

Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux
Centre Intégré Universitaire de Santé et Services Sociaux de l'Estrie
Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke

Pour des trajectoires de soins et de services performantes : **Un outillage pour l'analyse et la mesure**

Septembre 2020



Produit par l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dépôt légal 2020
Bibliothèque et archives nationales du Québec
Bibliothèque et archives Canada

ISBN 978-2-550-87249-8 (imprimé)
ISBN 978-2-550-87250-4 (PDF)

Toute reproduction totale ou partielle du présent document est autorisée à la condition que la source soit citée.

Conception

Coordination de la conception et de la rédaction

Georges-Charles Thiebaut, Ph.D.

Adjoint scientifique de IUPLSSS - CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Rédaction

Georges-Charles Thiebaut, Ph.D.

Adjoint scientifique de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux - CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Christyne Lavoie, Agente de recherche, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux - CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Sabrina Labrecque-Pégoraro, Agente de recherche, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux - CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Contribution à la conception

Lara Maillet, Ph.D., Conseil scientifique, Professeure adjointe à l'École nationale d'administration publique du Québec. Co-responsable de l'axe de la pratique à la gouvernance des services sociaux et de santé de l'IUPLSSS

Luiza-Maria Manceau, revue de la littérature, agente de recherche, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux - CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Jessica Gagnon, revue de la littérature, agente de recherche, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux - CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Émilie Robert, Ph.D, conseil en transfert de connaissances, consultante en évaluation et transfert de connaissances, ICARES et chercheuse collaboratrice à l'institut universitaire SHERPA

IUPLSSS

Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux

CIUSSS

Centre Intégré Universitaire de Santé et Services Sociaux

Composition du Comité de travail provincial

Georges-Charles Thiebaut, Ph.D.

Adjoint scientifique de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux - CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Christyne Lavoie, Agente de recherche, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux - CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Lara Maillet, Ph.D., Conseil scientifique, Professeure adjointe à l'École nationale d'administration publique du Québec

Carine Fortin, Directrice adjointe de la direction des services généraux, CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Patrick Bourgoin, Chef de service Performance et optimisation, Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Nicole St Pierre, Chef de service amélioration continue et partenariat, direction qualité, évaluation, performance et éthique, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Mélanie Desroches, Conseillère cadre amélioration continue et partenariat, direction qualité, évaluation, performance et éthique, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Johan Deloffre, Chef de service - Analyse de la performance, de l'intégrité des données et de l'entente de gestion, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Julie-Alexandra Langué Dubé, Agente de planification, de programmation et de recherche - Accès et trajectoire de soins, direction qualité, évaluation, performance et éthique, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Davis Onslow, Agent de planification, de programmation et de recherche au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Marie-France Hallé, Adjointe Exécutive, Direction générale des aînés et des proches aidants, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

Dre Stéphanie Gougoux, MD

Adjointe médicale - Accès et trajectoires de soins, Direction qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Révision linguistique

Catherine Lambert, Agente de secrétariat, Direction de l'enseignement et de la recherche, École nationale d'administration publique

Sylviane Fumas, Technicienne Administrative, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux - CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Graphisme

Paloma | atelier de branding et design
atelierpaloma.com

Remerciements

Nous remercions les professeurs de l'Université de Montréal:

François Champagne et
André-Pierre Contandriopoulos

qui nous ont permis d'utiliser les résultats de leurs projets de recherche sur l'optimisation de l'utilisation des données de performance pour la gestion et la gouvernance des systèmes et organisations de santé. Nous remercions également toutes les personnes qui ont contribué à améliorer le Modèle, les outils et le guide d'utilisation de l'outillage.

Financement

Le financement pour concevoir cet outillage a été octroyé à part égale pour les CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, de Mauricie-Centre du Québec, de l'Estrie-Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke, en partenariat avec le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.

Partenaires

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Ministère de la santé et des services sociaux
École nationale d'administration publique

Pour citer ce document

Thiebaut, G-C; Lavoie, C; Labrecque-Pégoraro, S; Maillet, L (2020). Pour de trajectoires de soins et services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure. Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Présentation

Depuis 2015, les Centres intégrés (universitaires) en santé et services sociaux du Québec (CISSS/CIUSSS) développent une modalité inédite d'organisation des services sociaux et médicaux fondée sur les trajectoires de soins et services. Ce mode d'organisation des services, développé dans les pays anglo-saxons, est habituellement centré sur des épisodes de soins et a pour objectif de formaliser le séquençage de la prise en charge et des interventions par des équipes multidisciplinaires, et à l'aide de guide de bonnes pratiques. Au Québec, l'approche par trajectoire est à la fois plus étendue et plus large. En effet, elle regroupe plusieurs épisodes de soins et peut s'étendre sur l'ensemble de la vie d'une personne. De plus, le développement et le fonctionnement des trajectoires se font avec les partenaires sectoriels et intersectoriels du territoire, et avec les usagers. Les trajectoires de soins et services au Québec reposent sur la responsabilité populationnelle, l'intégration des sphères médicales et sociales afin d'offrir l'ensemble des services répondant aux besoins de la population cible.

Afin de mettre en œuvre et d'améliorer de façon continue ces trajectoires, le Ministère de la santé et des services sociaux et plusieurs CIUSSS du Québec se sont associés pour concevoir un guide de gestion par trajectoire. L'outillage présenté dans ce document découle de ces travaux. **L'objectif de cet outillage est de soutenir la prise de décision des intervenants, gestionnaires, partenaires et usagers responsables de la gestion par trajectoire, afin d'améliorer la performance.** Nous abordons la performance comme multidimensionnelle et dynamique. En effet, l'analyse et la mesure de la performance nécessitent d'étudier simultanément les différentes dimensions la composant ainsi que la nature des relations entre ces dimensions. Ainsi, la performance ne correspond pas à l'amélioration ou l'atteinte d'objectifs pour une dimension spécifique (p. ex. l'accessibilité aux soins et services) mais découle d'un équilibre entre plusieurs dimensions qu'il faut analyser et mesurer simultanément. Cette approche multidimensionnelle et dynamique ainsi que son opérationnalisation par des outils d'aide à la prise de décision constituent l'originalité et l'apport de notre outillage. Chaque dimension de la performance est analysée en fonction des relations avec les autres dimensions de la performance selon un modèle où chacune des dimensions peut agir comme déterminant de la dimension analysée, ou en est un effet. Notre outillage permet de contextualiser la performance en fonction des caractéristiques de la population, des partenaires et du territoire afin de comprendre les besoins de la population cible et les ressources collectives et communautaires disponibles.

Notre outillage est constitué de trois éléments :

1. Un Modèle d'Analyse multidimensionnel de la performance (MAP) composé de 11 dimensions de la performance et de deux dimensions contextuelles. Ce Modèle (MAP) est accompagné d'un glossaire définissant chacun des termes.
2. Des outils d'analyse et de mesure de la performance qui se déclinent sous trois formes :
 - a. Deux tableaux décrivant les relations entre les dimensions de la performance. Le premier décrit les déterminants de la performance de chacune des dimensions, alors que le second décrit les effets de chacune de dimensions sur les autres.
 - b. 11 fiches relatives aux dimensions de la performance qui présentent les définitions des dimensions, des exemples d'indicateurs pour les mesurer, ainsi que des exemples issus de la littérature scientifique décrivant la nature des relations entre les dimensions de la performance.
 - c. 2 fiches contextuelles qui présentent les définitions de ces dimensions ainsi que des indicateurs pour les mesurer.
3. Un guide d'utilisation qui décrit comme utiliser cet outillage selon trois types d'analyse :
 - a. L'analyse de type 1 permet de faire une analyse globale de la trajectoire et a pour objectif de dresser un portrait de la performance d'une trajectoire en fonction des 11 dimensions du Modèle et d'identifier les zones critiques d'une trajectoire.
 - b. L'analyse de type 2 permet d'analyser les zones critiques afin d'identifier les causes racines des zones critiques et d'identifier des actions à implanter pour améliorer la trajectoire.
 - c. L'analyse de type 3 permet de suivre la performance de la trajectoire et donc de l'évaluer et de s'assurer que les actions entreprises entraînent une amélioration de la performance.

Ces trois composantes sont les fondements pour une analyse complète d'une trajectoire. Cependant, pour la réaliser, il est primordial de le faire conjointement avec l'ensemble des acteurs concernés (intervenants, gestionnaires, partenaires et usagers) afin de construire un jugement collectif et partagé fondé sur le débat. Les données quantitatives seules ne permettent pas de dégager une évaluation de la performance tenant compte du contexte et permettant le développement d'actions raisonnées et justifiées pour soutenir l'amélioration continue.

Table des matières

Section I Le MAP et le guide d'utilisation	8
Introduction	9
1. Contexte	9
2. La nature de l'outillage	10
3. À qui s'adresse cet outillage	10
I. Le concept de trajectoire de soins et des services	11
II. Les objectifs et le contenu de l'outillage	14
1. Notre démarche	14
2. Les objectifs de l'outillage	14
3. Le contenu de l'outillage	15
III. Méthodologie	17
IV. Le Modèle d'analyse de la performance (MAP) d'une trajectoire	18
V. Les tableaux des liens entre les dimensions	33
VI. Guide d'utilisation de l'outillage	36
Analyse de type 1 : Analyse globale de la performance d'une trajectoire	37
Analyse de type 2 : Analyse des zones critiques d'une trajectoire	41
Analyse de type 3 : Suivi de la performance d'une trajectoire.	47
Section II Les fiches des dimensions de la performance et des dimensions contextuelles	56
Fiche performance 1 : Viabilité	57
Fiche performance 2 : Accessibilité aux soins et services	69
Fiche performance 3 : Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire	81
Fiche performance 4 : Coordination et continuité de soins et des services	92
Fiche performance 5 : Pertinence	106
Fiche performance 6 : Sécurité	117
Fiche performance 7 : Humanisme	131
Fiche performance 8 : Productivité	139
Fiche performance 9 : Efficacité de soins et des services	146
Fiche performance 10 : Efficience	158
Fiche performance 11 : Expérience usager	162
Fiche contextuelle 1 : Caractéristiques du territoire, des individus et des partenaires	172
Fiche contextuelle 2 : Équité	163

Section III Les annexes	188
Annexe 1 : Modèle logique de l'utilisation des soins et des services de santé et sociaux	189
Annexe 2 : Sens du lien entre les dimensions	193
Annexe 3 : Notes méthodologiques des fiches de la performance et contextuelles	194
Annexe 4 : Tableau de sélection des indicateurs en fonction des dimensions de la performance et des zones critiques	195
Annexe 5 : Cartographie associée à l'exemple 2	

197

Liste de tableaux

Tableau 1 : Types d'analyse et objectifs de l'outillage d'analyse et de mesure de la performance d'une trajectoire	15
Tableau 2 : Liste des dimensions de la performance et des dimensions contextuelles	16
Tableau 3 : Glossaire des dimensions du Modèle d'Analyse de la Performance (MAP)	20
Tableau 4 : Déterminants des dimensions de la performance	34
Tableau 5 : Effets des dimensions de la performance	35
Tableau 6 : Étapes et sous-étapes pour réaliser l'analyse globale de la performance d'une trajectoire	38
Tableau 7 : Étapes et sous-étapes pour réaliser l'analyse des zones critiques	42
Tableau 8 : Questions élaborées en fonction des dimensions de la performance pour guider l'analyse des actions entreprises pour agir sur la zone critique	46
Tableau 9 : Étapes et sous-étapes pour suivre la performance globale de la trajectoire	48
Tableau 10: Étapes et sous-étapes pour évaluer l'impact des actions d'amélioration de la ou les zones critiques	49
Tableau 11: Méthodes et exemples de calcul de l'indice de performance	50
Tableau 12: Apprécier la performance en fonction de l'indice de performance [104]	50
Tableau 13: Descriptions des composantes d'un tableau de bord pour le suivi de la performance globale d'une trajectoire	51

Section I
**Le MAP et le guide
d'utilisation**

Introduction

1. Contexte

Les trajectoires de soins et services sont apparues aux États-Unis puis en Angleterre au milieu des années 1980 dans le but d'accroître la coordination des soins, l'intégration des services et d'améliorer la qualité des soins et services, notamment par la généralisation de l'utilisation des données probantes [1, 2, 3, 4].

Au Québec, l'intérêt pour la conception et l'implantation des trajectoires¹ est plus récent puisqu'il date de 2015. Cet intérêt est le corollaire de la réorganisation majeure du réseau de la santé et des services sociaux qui a abouti à la fusion de nombreux établissements et la création des centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS). Dans ce contexte, les trajectoires visent une meilleure intégration des soins et des services pour améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services. L'originalité de cette démarche dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec repose sur une approche de gestion par trajectoire structurée autour de quatre assises: le partenariat et la responsabilité partagée avec les usagers et les partenaires sectoriels et intersectoriels, l'amélioration continue, l'évaluation de la performance et le suivi des indicateurs, et la gouvernance matricielle [5]. Cette démarche et ces assises sont décrites dans le *Guide de gestion par trajectoires de soins et de services* qui propose une méthodologie et des outils pour déployer la gestion par trajectoire [5].

L'outillage d'analyse et de mesure de la performance des trajectoires présenté dans ce document soutient l'opérationnalisation de l'assise de l'évaluation de la performance et le suivi des indicateurs d'une trajectoire. L'évaluation de la performance d'une trajectoire doit soutenir la mise en œuvre et le suivi des cycles d'amélioration continue afin d'atteindre les objectifs ultimes d'une trajectoire, soit de meilleurs résultats populationnels et cliniques, une meilleure expérience de l'utilisateur et l'utilisation judicieuse des ressources.

¹ Le terme trajectoire est utilisé pour désigner les trajectoires de soins et services afin d'alléger le texte.

2. La nature de l’outillage

L’outillage d’analyse et de mesure de la performance des trajectoires présenté dans ce document vise à soutenir les prises de décisions des acteurs travaillant sur les trajectoires afin d’en améliorer la performance. Cet outillage repose sur un modèle multidimensionnel et interrelié de la performance où chaque dimension le composant est en relation avec d’autres. Ceci favorise une analyse systématique permettant d’identifier les principaux leviers sur lesquels agir pour améliorer la performance. L’outillage comprend trois éléments pour analyser et mesurer la performance d’une trajectoire de soins et de services :

1

Un Modèle d’Analyse de la Performance (MAP)

d’une trajectoire et son glossaire définissant chacune des dimensions.

2

Des outils

pour soutenir l’analyse et la mesure de la performance se déclinant en fiches pour chacune des dimensions de la performance et pour les dimensions contextuelles, et deux tableaux synthétisant les liens entre les différentes dimensions de la performance.

3

Un guide

d’utilisation proposant trois types d’analyse complémentaires qu’il est possible de réaliser avec l’outillage.

3. A qui s’adresse cet outillage

Cet outillage cible les gestionnaires et tous les intervenants des directions cliniques responsables de l’implantation, du pilotage ou de la gestion d’une trajectoire. Il s’adresse également aux gestionnaires et intervenants des directions de soutien qui accompagnent les directions cliniques dans l’analyse de la performance et dans la sélection des indicateurs et des normes pour en faire le suivi.

Une version courte de cet outillage est disponible dans la boîte à outils du Guide de gestion par trajectoire élaboré par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec [6]. Cette version courte est destinée aux usagers, partenaires et intervenants qui ont besoin de comprendre rapidement les principales dimensions de la performance d’une trajectoire, leurs interrelations et comment les mesurer sans entrer dans les détails sur la nature de ces relations.

Ce document est structuré en deux sections. La première section, composée de cinq parties, décrit le concept de trajectoires, les objectifs et contenu de l’outillage, la méthodologie sur laquelle repose la conception de l’outillage, le Modèle d’Analyse de la Performance (MAP), les tableaux de liens entre les dimensions et le guide d’utilisation présentant les trois types d’analyse. La seconde section est consacrée aux 11 fiches des dimensions de la performance et aux deux fiches des dimensions contextuelles.

I. Le concept de trajectoire de soins et des services

On retrouve dans les systèmes de santé, tout comme dans la littérature scientifique, de nombreuses définitions et appellations pour aborder la notion de trajectoire. Les expressions de « *care pathways, clinical pathway, critical pathway, integrated care pathways* » ou de « *parcours ou chemin clinique* » sont communément utilisées [2, 3, 7].

L'Association européenne des trajectoires (*European Pathway Association, E-P-A*) propose une définition qui synthétise les différentes définitions existantes. Une trajectoire est définie comme :

« Une intervention complexe soutenant la prise de décision mutuelle et l'organisation de soins prédictibles pour un groupe de patients défini, pendant une période définie. Les caractéristiques d'une trajectoire sont: un énoncé explicite des objectifs de la trajectoire, l'identification des éléments clés de la trajectoire de soins selon les données probantes, les meilleures pratiques et la prise en compte des attentes des patients; la facilitation de la communication et de la coordination, le séquençage des activités de l'équipe de soins multidisciplinaires avec les patients et leurs proches, la documentation, le suivi et l'évaluation des écarts et des résultats; et l'identification des ressources pertinentes pour l'implantation et le fonctionnement de la trajectoire » (adapté de Vanhaecht, De Witte et Sermeus 2007, p. 3) [8].

Les trajectoires sont donc une modalité d'intégration des soins et des services fondée sur le travail multidisciplinaire et l'utilisation des données probantes dont l'objectif est d'améliorer la coordination et la communication entre les professionnels et les usagers. L'utilisation de protocoles basés sur des données probantes soutient la formalisation des étapes de la trajectoire et permet d'intégrer les meilleures pratiques dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services [2, 3]. L'implantation des trajectoires génère une formalisation des parcours des usagers à l'intérieur du système de santé et de services sociaux et permet la définition de l'ensemble des interventions tout comme leur séquençage [9]. Une telle démarche vise à réduire la variabilité des pratiques et entraîner la mise en œuvre d'action d'amélioration de la qualité dont le but serait la réduction des écarts entre la situation idéale et la situation réelle [10]. L'analyse de la littérature scientifique montre que le degré de standardisation des trajectoires est un continuum allant d'une formalisation souple des étapes de la trajectoire, des pratiques cliniques, des modalités de coordinations (p. ex. document décrivant les modalités idéales de coordination de services lors de la prise en charge, mise à disposition d'outils d'aide à la prise de décision), à des stratégies prescriptives formalisant de façon très détaillée le cheminement de l'utilisateur (p. ex. plan de soins, procédure formalisée de prise en charge, guide de bonnes pratiques) [2, 3, 9, 11].

Les trajectoires concernent des populations atteintes d'une maladie spécifique (p. ex. maladie pulmonaire obstructive chronique, syndrome coronarien aigu) en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion explicites. Les critères d'inclusion suivants sont fréquemment cités : la trajectoire cible une maladie touchant un volume important d'usagers; elle devrait cibler 60 à 80% des usagers du groupe cible; afin d'être standardisé, le degré de prédictibilité du séquençage des interventions devrait être très élevé et se fonder sur une certaine invariabilité des pratiques; la trajectoire devrait cibler une maladie ayant un coût de prise en charge important et privilégier les maladies nécessitant une prise en charge multidisciplinaire [7, 9, 11].

Ainsi, les trajectoires visent à :

- formaliser le séquençage des processus et des actions de prise en charge et ce, parfois jusqu'à la standardisation et par l'utilisation de données probantes et de guides de bonnes pratiques [2, 8];
- soutenir la prise de décision partagée [12];
- diminuer les variations dans la prise en charge des usagers, autant dans le cheminement que dans les interventions [10];
- accroître la qualité de la prise en charge en termes de la pertinence, de compétence d'exécution et la sécurité [2, 7, 10, 11, 12].

Ce type de trajectoire est centré sur des épisodes de soins et de services pour lesquels un début et une fin sont clairement identifiables, et pour lesquels des guides de bonnes pratiques sont disponibles. Ce type de trajectoire que l'on pourrait qualifier de clinique, est répandu dans la sphère médicale, mais s'applique mal à la sphère sociale.

Au Québec, le réseau de la santé et des services sociaux aborde les trajectoires différemment en allant au-delà des trajectoires de type clinique centrées sur les épisodes de soins et services pour inclure des trajectoires intégrant les sphères sociale et santé. Ce type de trajectoire se caractérise par un enchevêtrement de plusieurs épisodes de soins et de services sur des périodes de temps long. En effet, selon le Guide de gestion par trajectoire [5], une trajectoire correspond à une « portion du parcours (un ensemble d'interventions et d'épisodes de soins) d'un regroupement d'usagers ayant une condition clinique ou un profil similaire. La trajectoire intègre de manière transversale les mécanismes d'accès, les interventions de promotion de la santé, de prévention, d'évaluation/d'investigation/d'orientation, de traitement, de suivi/accompagnement et de soutien en fin de vie. Les séquences de la trajectoire découlent des interventions et actions qui nécessitent une coordination en interdisciplinarité avec les usagers, leurs proches, les intervenants et les partenaires à l'intérieur d'un continuum de soins et de santé sur le territoire de desserte ».

On constate donc que cette conception des trajectoires dépasse les épisodes aigus de soins et services, car elle débute avec des activités de promotion et de prévention jusqu'à des interventions en réadaptation ou en soin de fin de vie. Ces types de trajectoires sont également plus étendus dans le temps, puisqu'un usager atteint d'une maladie chronique pourrait « rester » dans une trajectoire toute sa vie. Enfin elle ne se limite pas à certaines institutions (hôpitaux ou groupe de médecins de famille), mais concerne toutes les organisations dispensant des services qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé et au bien-être de la personne et de la population [5]. Ceci signifie que la gestion par trajectoire doit être fondée sur une approche intersectorielle pour apporter une réponse globale et écosystémique aux besoins de la population et des usagers ciblés par la trajectoire. Par

ailleurs, les modalités d'organisation des services permettant une meilleure coordination de soins et services et une amélioration de l'accessibilité et de la qualité peuvent varier selon les territoires et les besoins de la population cible afin de s'y adapter. Ce type de trajectoire plus large et plus étendu soulève des enjeux importants en lien avec l'harmonisation des étapes d'une trajectoire et des pratiques des intervenants. En effet, les trajectoires de type clinique ont été conçues pour formaliser le séquençage des interventions et les pratiques médicales afin de réduire la variabilité et donc assurer une plus grande conformité aux bonnes pratiques afin de garantir la qualité des soins et des services. Au Québec, l'étendue de la trajectoire, ainsi que le nombre important d'acteurs et d'organisation engagés constituent une limite à une harmonisation fine des séquences d'interventions et des pratiques. Cependant, le succès des trajectoires de soins et de services au Québec dépendra en partie de la capacité à résoudre cette tension entre l'adaptation aux spécificités des territoires et des usagers, et la nécessité d'harmoniser le séquençage des interventions et des pratiques à partir des données probantes pour en garantir la qualité.

II. Les objectifs et le contenu de l’outillage

1. Notre démarche

L’outillage présenté soutient la prise de décision pour améliorer la performance des trajectoires. En effet, cet outillage permet une analyse globale et ciblée de la performance d’une trajectoire afin d’identifier les zones critiques de celle-ci, d’identifier les causes racines de ces zones critiques, de déterminer des actions ciblant ces causes racines et d’en suivre les impacts. Cette démarche repose sur une compréhension des relations entre les dimensions de la performance qui constituent le MAP. Ces relations et leur nature ont été identifiées par une synthèse d’études scientifiques.² Dans notre MAP, la performance est abordée comme un construit multidimensionnel qui permet aux différentes parties prenantes de débattre et d’élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques d’une trajectoire de soins et de services en fonction de l’interaction entre les dimensions de la performance et des dimensions contextuelles (adapté de Contandriopoulos et Champagne, 2011) [13].

L’utilisation du modèle et des outils d’analyse et de mesure de la performance d’une trajectoire repose sur une démarche compréhensive et délibérative. En effet, cet outillage mobilise des données scientifiques (le modèle et la nature des relations entre les dimensions de la performance), des données quantitatives (des indicateurs mesurant les différentes dimensions de la performance) et des données qualitatives (le savoir expérientiel des usagers ainsi que le savoir des professionnels) qui permettent de comprendre et de juger du niveau de performance de la trajectoire. Cependant, pour juger du niveau de performance de la trajectoire puis identifier les actions à mettre en œuvre pour l’améliorer, les acteurs responsables du déploiement et de la performance d’une trajectoire (intervenants, gestionnaires, usagers, partenaires sectoriels et intersectoriels) devront débattre pour dégager un consensus sur les zones critiques de la trajectoire, les causes racines de celles-ci et les actions à mettre œuvre pour les améliorer.

2. Les objectifs de l’outillage

Cet outillage peut être utilisé pour mener trois types d’analyse complémentaires qui peuvent être répétés plusieurs fois pour soutenir les multiples cycles d’amélioration continue. Chaque analyse est structurée en étapes qui permettent d’atteindre des objectifs spécifiques.³

² La méthodologie décrivant la conception de l’outillage est précisée dans la section Méthodologie de ce document.

³ Les étapes associées à chacun des types d’analyse sont présentées à la partie VI de la section I de ce document.

TABLEAU 1

Types d'analyse et objectifs de l'outillage d'analyse et de mesure de la performance d'une trajectoire

	ANALYSE DE TYPE 1	ANALYSE DE TYPE 2	ANALYSE DE TYPE 3
	Analyse globale de la performance de la trajectoire	Analyse des zones critiques	Suivi de la performance de la trajectoire
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> Juger de la performance globale de la trajectoire en constituant un portrait selon les 11 dimensions de la performance et les deux dimensions contextuelles Identifier les zones critiques de la trajectoire 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier et analyser les causes racines des zones critiques identifiées Soutenir l'identification et s'assurer de la pertinence des actions à implanter pour améliorer les zones critiques de la trajectoire 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorer la performance globale de la trajectoire Évaluer l'impact des actions entreprises sur la performance de la zone critique et de la trajectoire

3. Le contenu de l'outillage

L'originalité de cet outillage repose sur l'identification et la description de la nature des relations, selon les évidences scientifiques, entre les dimensions de la performance qui constituent le MAP. En effet, chacune des dimensions de la performance du modèle est analysée en fonction de ses déterminants, et en fonction des effets que celle-ci peut avoir sur d'autres dimensions du MAP d'une trajectoire⁴.

L'outillage est composé des **trois** éléments :

1. Le MAP d'une trajectoire et son glossaire définissant chacune des dimensions. Le MAP est composé de 11 dimensions de la performance regroupées en trois catégories (les structures et ressources, les processus et les résultats) et de deux dimensions contextuelles. Ce modèle est contextualisé en fonction des différents territoires et populations pour lesquels la trajectoire est conçue.

⁴ La force des liens présentés dans cette fiche sont tirés des travaux réalisés par l'équipe de recherche des professeurs François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Michèle Rivard, Nicole Leduc et Lambert Farand, dans le cadre d'une subvention des IRSC (2013-2019) sur l'optimisation de l'utilisation des données de performance pour la gestion et la gouvernance des systèmes et organisations de santé. Ces travaux ont été complétés par la synthèse des revues de la littérature réalisée par l'équipe pilotant le projet. Ceci signifie que d'autres relations que celles présentées peuvent exister, mais qu'elles n'ont pas été spécifiées dans ces travaux.

TABLEAU 2

Liste des dimensions de la performance et des dimensions contextuelles

DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE		DIMENSIONS CONTEXTUELLES
STRUCTURES ET RESSOURCES	1 Viabilité 2 Accessibilité 3 Ajustement aux besoins de la population cible	Caractéristiques du territoire, des individus et des partenaires Équité
PROCESSUS	4 Coordination et continuité 5 Pertinence 6 Sécurité 7 Humanisme 8 Productivité	
RÉSULTATS	9 Efficacité clinique et populationnelle 10 Efficience 11 Expérience usager	

2. Des outils pour soutenir l'analyse et la mesure de la performance qui se déclinent en :

- 11 fiches correspondant à chacune des dimensions de la performance du MAP d'une trajectoire. Ces fiches incluent la définition de la dimension et des sous-dimensions qui la constituent, des exemples de thématiques et d'indicateurs permettant de mesurer la dimension et ses sous-dimensions, une figure synthétisant les relations entre les dimensions et des exemples illustrant la nature des relations entre les dimensions.
- 2 fiches décrivant les dimensions contextuelles qui influencent le fonctionnement et la performance d'une trajectoire de soins et de services. Ces fiches incluent la définition des dimensions et la description de leur influence sur la trajectoire.
- Deux tableaux présentant les déterminants et les effets de chacune des dimensions sur les autres dimensions de la performance.

3. Un guide d'utilisation proposant trois types d'analyses complémentaires :

- L'analyse globale de la performance de la trajectoire et l'identification des zones critiques.
- L'analyse des zones critiques et l'identification des causes racines.
- Le suivi de la performance et des résultats des actions d'amélioration continue.

III. Méthodologie

L'outillage d'analyse et de mesure de la performance a été conçu par une équipe de recherche de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, en collaboration avec des représentants des Centres intégrés universitaires en santé et services sociaux de l'Estrie - CHUS, de Mauricie-Centre-du Québec, du du Nord-de-l'Île-de-Montréal, et avec des représentants du Ministère de la santé et des services sociaux.

Le contenu de ce matériel est issu :

- Du travail et de l'expertise des membres de l'équipe de recherche qui ont conçu le modèle et les fiches. Ce matériel a été présenté au fur et à mesure à un comité de travail composé d'intervenants et de professionnels des CIUSSS de l'Estrie - CHUS, du du Nord-de-l'Île-de-Montréal, de la Mauricie-Centre-du-Québec et de représentants du MSSS qui étaient en charge de la conception du guide de gestion par trajectoire. La collaboration entre l'équipe de recherche et comité de travail a permis d'approfondir et d'améliorer les différents éléments de l'outillage. Cela a également favorisé l'arrimage de ce matériel avec les besoins des intervenants des CISSS et des CIUSSS responsables de l'implantation de la gestion par trajectoire et de garantir la cohérence entre le MAP et le guide de gestion par trajectoire.
- De revues de la littérature scientifique et grise qui ont permis de construire le modèle et définir les dimensions de la performance et les dimensions contextuelles, d'identifier les thématiques et les indicateurs de mesure. Les exemples utilisés dans les fiches des dimensions de la performance illustrant les liens entre les dimensions du modèle proviennent de revues systématiques ou de méta-analyses de la littérature scientifique. L'identification des liens entre les dimensions présentées dans les fiches et dans les tableaux des liens proviennent de travaux réalisés par l'équipe de recherche des professeurs François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Michèle Rivard, Nicole Leduc et Lambert Farand, dans le cadre de la subvention obtenue des IRSC (2013-2019) intitulée « L'optimisation de l'utilisation des données de performance pour la gestion et la gouverne des systèmes et organisations de santé ». Les résultats de leurs travaux ont été complétés par les résultats des revues de la littérature effectuées par notre équipe de recherche.
- De consultations auprès d'un comité consultatif qui a revu et commenté le MAP, les tableaux de liens ainsi que les fiches Accessibilité aux soins et services, Efficacité clinique et populationnelle et Expérience usagers. Ce comité était composé de professionnels et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, d'usagers et de chercheurs des trois CIUSSS participant à la démarche.
- D'une expérimentation auprès de deux instances de gestion par trajectoire au sein des CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec et du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Ces expérimentations d'une durée de 3 mois sous forme d'atelier de travail avaient pour objectif de tester les différents éléments de l'outillage ainsi que les types d'analyse. Ce processus d'expérimentation a permis de proposer des exemples concrets pour illustrer l'outillage développé.

IV. Le Modèle d'analyse de la performance (MAP) d'une trajectoire

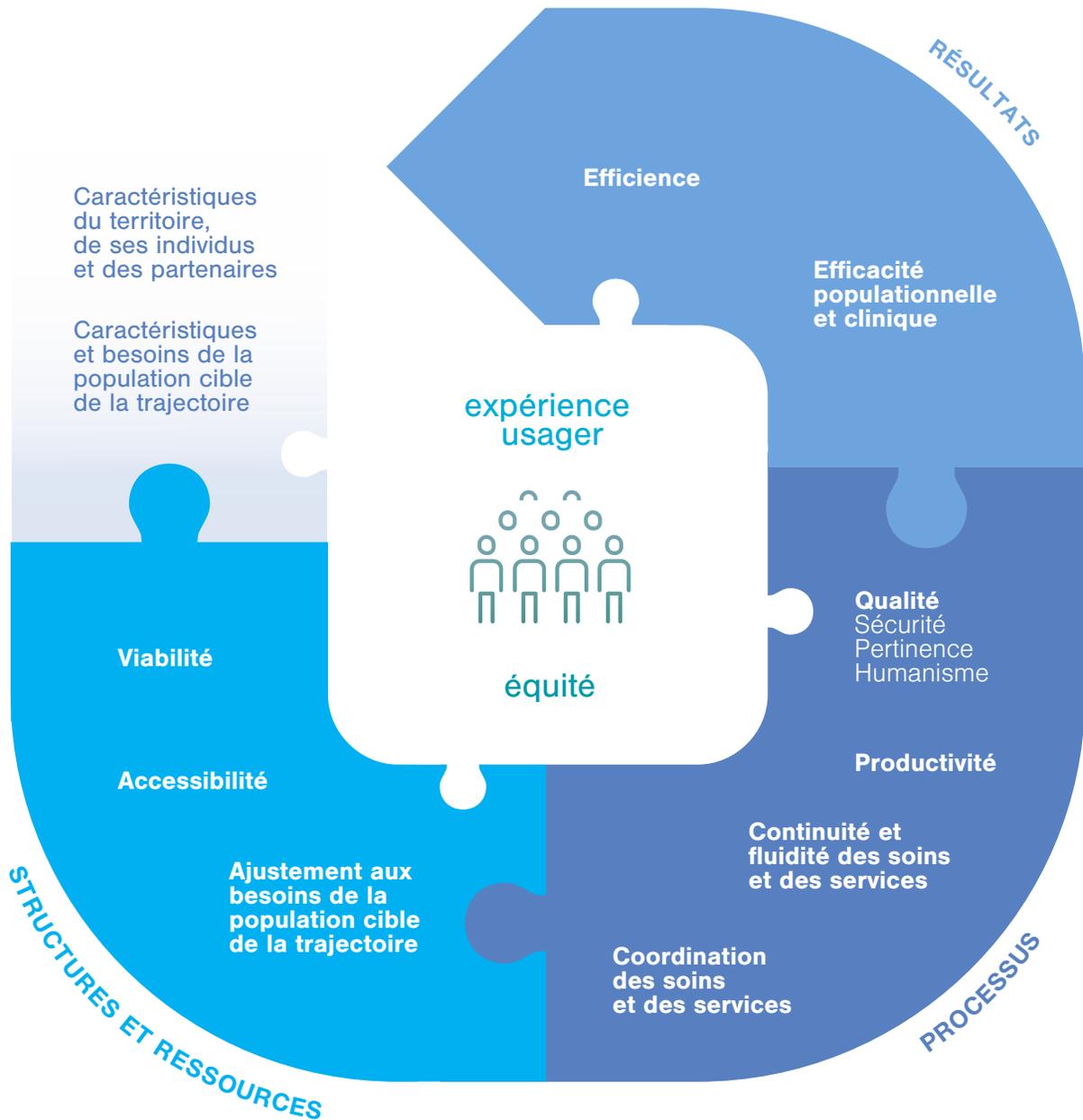
Le MAP d'une trajectoire est constitué de 11 dimensions de la performance et de deux dimensions contextuelles, représentées dans la Figure 1. Les dimensions de la performance sont regroupées dans trois catégories : les structures et les ressources, les processus et les résultats. Malgré la présentation linéaire partant des structures jusqu'aux résultats, ces dimensions sont dynamiques et s'influencent mutuellement. Par exemple, la Coordination et la Continuité des soins et des services est un déterminant de l'Accessibilité aux soins et services. La présentation sous forme de puzzle représente cette interdépendance.

La dimension Expérience usager se trouve au centre du MAP, car son amélioration est un des objectifs central du développement des trajectoires de soins et services au Québec. Les Caractéristiques du territoire, des individus et des partenaires, et les Caractéristiques et les besoins de la population cible, sont placées au début du MAP, car elles permettent d'analyser le contexte dans lequel la trajectoire se déploie et les besoins des usagers et de la population auxquels la trajectoire est censée répondre. La seconde dimension contextuelle, l'Équité, est positionnée au centre du modèle, juxtaposée à l'Expérience usager, car toutes les dimensions de la performance l'influencent et que toutes les dimensions de la performance devraient être abordées sous l'angle de l'équité.

Le MAP est accompagné d'un glossaire permettant un accès rapide à la définition de chacune des dimensions et sous-dimensions du modèle.

FIGURE 1

MAP : Modèle d'Analyse de la performance d'une trajectoire



Gestion par trajectoires de soins et de services avec les usagers, les intervenants et les partenaires

TABLEAU 3

Glossaire des dimensions du MAP

Structures et ressources de la trajectoire

Réfère à l'acquisition et à la configuration des ressources (financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles), à la capacité à produire les services requis et adaptés aux besoins des usagers, ainsi qu'à l'accessibilité aux soins et services des trajectoires [14, 15].

Viabilité

La viabilité réfère à la capacité à acquérir, configurer et maintenir les ressources (financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles) et les connaissances afin que les trajectoires de soins et services soient adaptées aux besoins présents et futurs des usagers [16, 17].

Assurer la durabilité de la réponse aux besoins présents et futurs des usagers : Capacité d'une trajectoire de soins et services à maintenir ses ressources et à anticiper l'évolution des besoins des usagers et de leurs proches, afin d'acquérir et de configurer les ressources en fonction de ces évolutions.

Conditions pour assurer la durabilité :

- assurer une bonne qualité de vie au travail [18];
- disposer d'informations sur les transformations du contexte populationnel, territorial et épidémiologique [15, 19];
- mettre en œuvre des processus d'appropriation de nouvelles connaissances et développer ou implanter des innovations cliniques et organisationnelles [17].
- Cela nécessite également de mettre en œuvre des politiques de développement durable « qui répond[ent] aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. » (Gouvernement du Québec, 2019) [20].

Acquisition et configuration agile et judicieuse des ressources (matérielles, technologiques, financières, humaines, informationnelles) : la capacité à acquérir et configurer de façon agile et judicieuse les ressources financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles et des connaissances issues de l'environnement pour répondre aux besoins de la population [17] en complémentarité avec les partenaires intersectoriels [21].

DIMENSION

SOUS-DIMENSIONS

Accessibilité aux soins et services

L'accessibilité aux soins et services est la facilité pour un usager d'obtenir un soin ou un service qui répond à ses besoins à toutes les étapes d'une trajectoire du fait de l'absence de barrières géographiques, économiques, individuelles, socioculturelles, organisationnelles [22]. L'accessibilité est l'adéquation entre les caractéristiques de l'offre de soins et services d'une organisation ou d'une trajectoire, et les besoins de la population afin de fournir les soins et les services, à l'endroit et au moment opportun [14, 22, 23].

Géographique : La sous-dimension géographique de l'accessibilité réfère à la localisation des soins et des services, à la distance et au temps de déplacement de l'utilisateur pour atteindre les soins et les services [14, 24, 25, 26]. Ces éléments, qui peuvent constituer des barrières, sont mesurés par la distance linéaire, la distance de déplacement prenant en compte les obstacles physiques ou d'aménagement, le temps nécessaire au déplacement, l'effort à prodiguer pour atteindre le service, les modes de transport disponibles, et les coûts associés au transport/déplacement [14, 22, 23, 27].

Économique : les barrières financières directes ou indirectes nuisant à l'accès aux soins et services [14, 23, 25, 27, 28, 29]. L'accessibilité financière réfère à la capacité individuelle de payer pour obtenir les soins de santé et services sociaux requis. Cette barrière est présente à certains niveaux, même dans un système public [30]. Elles prennent la forme de frais de consultation, de coûts pour l'achat des médicaments, des ressources mobilisées par l'utilisateur pour atteindre les soins et les services, etc. [23, 95].

Individuelle et socioculturelle : La sous-dimension individuelle et socio-culturelle de l'accessibilité réfère aux caractéristiques individuelles et socioculturelles des usagers [22, 24, 25, 26, 29, 30, 31] telles que l'âge, le sexe, la langue, les normes et références culturelles, le niveau de revenu, l'appartenance à un groupe minoritaire, les valeurs et croyances, l'attitude face aux soins et services et face aux personnels soignants (acceptabilité des soins et services) [14, 22, 26, 27, 30, 31, 32]. Ces éléments, s'ils ne sont pas pris en compte dans la conception de l'offre de soins et services, peuvent représenter des barrières à l'accessibilité aux soins et services. Cela inclut également l'autonomie de la personne, son aptitude à choisir les soins et services, à obtenir de l'information sur les diverses options disponibles ainsi que sa capacité à connaître et à faire respecter ses droits [30, 31].

Organisationnelle : La sous-dimension organisation et de l'accessibilité réfère aux modalités d'organisation des services pour faciliter l'accès ainsi qu'aux mécanismes de gestion de l'accès implanté dans l'organisation, tels que la gestion du temps d'attente, les heures d'ouverture, la priorisation des listes d'attente (transparence, respect des normes et des critères) etc. [14, 26, 29, 33, 34].

Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire

La capacité d'une trajectoire de soins et de services, en collaboration avec ses partenaires, à s'adapter et à répondre à l'évolution des besoins de la population en fonction du contexte, et ce, grâce à une planification et une organisation de l'offre de soins et de services [17, 35, 36].

Adaptation de l'offre : la pertinence des services sociaux et de santé grâce à une planification de l'offre des services en fonction des besoins et des caractéristiques de la population et en complémentarité des services offerts par les partenaires intersectoriels [35].

Couverture : la proportion de la population ayant besoin d'une intervention et qui bénéficie de celle-ci [37].

Globalité : réfère à la capacité à offrir des soins et services prenant en compte toutes les dimensions de la personne (biologique, psychologique et sociale), toutes les dimensions de la santé et du bien-être (capacité fonctionnelle, sensation et cognition) à toutes les étapes de la trajectoire de soins et de services (promotion de la santé, prévention, évaluation / investigation / orientation, traitement, suivi / accompagnement et soutien en fin de vie), et ce, en adéquation avec les besoins de santé et de bien-être de l'utilisateur [38].

Processus au sein de la trajectoire

Réfère au fait que les services fournis sont appropriés, sécuritaires, coordonnés et continus [15].

Coordination des soins et des services

La capacité de mettre en lien de manière synchronisée les acteurs et les soins et services, afin [19, 39, 40, 41] :

- d'accomplir un ensemble de tâches;
- d'assurer une offre de services cohérente centrée sur les besoins de l'utilisateur tout au long de la trajectoire;
- de soutenir l'amélioration de leur état de santé et de bien-être;
- d'atteindre les objectifs de performance de l'organisation.

La coordination des soins et services s'applique à plusieurs niveaux de manière transversale :

- Entre les trajectoires des établissements de santé et services sociaux, les partenaires (multisectoriels et intersectoriels) et les directions de soutien.
- Entre les trajectoires des établissements de santé et services sociaux et l'ensemble des acteurs et des directions cliniques et de soutien œuvrant aux trajectoires.
- Entre les acteurs et les services qui la composent et les directions de soutien d'une trajectoire.

Stratégique [43, 45] : coordination entre les organisations qui œuvrent dans un même système de santé et services sociaux et l'ensemble de ses partenaires sectoriels et intersectoriels, mais qui n'exercent pas une compétition directe l'une envers l'autre (par exemple, des organisations offrant un même service à des groupes d'utilisateurs différents ou des organisations offrant des services à un même groupe d'utilisateurs, mais à des étapes différentes de la trajectoire) ou entre les établissements d'une même institution [43, 44]. Ce niveau de coordination repose également sur le fait que ces différentes organisations partagent une philosophie semblable et poursuivent un objectif commun [43, 45]. La coordination stratégique facilite l'orientation de l'utilisateur vers la bonne organisation, selon sa situation particulière [43]. Elle permet aux différents intervenants d'un même territoire d'aligner leurs actions et d'assurer la cohérence globale de l'accompagnement.

Clinique [43] : prend place au niveau opérationnel, entre les divers intervenants qui interagissent avec l'utilisateur. On la voit à l'œuvre au sein des équipes multidisciplinaires, dans l'action de l'intervenant pivot à l'intérieur d'un service, entre les équipes de différents services ou programmes, aux différentes étapes de la trajectoire de même que dans le travail avec les partenaires intersectoriels (organismes communautaires, CPE, etc.). Ce type de coordination permet que le bon utilisateur reçoive les bons soins dans la bonne séquence [43].

Administrative [43] : La coordination administrative permet de s'assurer que les ressources nécessaires à la dispensation des soins et des services sont disponibles et séquencées adéquatement pour soutenir l'action des intervenants. Elle se traduit par exemple par le partage de locaux ou par

un financement intégré des services [43]. La coordination administrative s'appuie sur des méthodes formelles de communication afin d'assurer la rétroaction de l'information (réunions régulières, politiques écrites, règles et procédures, etc.) [45, 39].

Informationnelle [43] : La coordination informationnelle est à la fois interne et externe à l'organisation. À l'externe, elle concerne le degré de disponibilité et de partage de l'information sur les programmes de soins et services disponibles aux personnes qui ne sont pas encore entrées dans la trajectoire, ainsi qu'aux intervenants et aux partenaires collaborant à la trajectoire de soins et services. À l'interne, elle concerne la circulation de l'information permettant la dispensation des services et leur évaluation [43].

Continuité des soins et des services

Un jugement porté par le professionnel et/ou par l'utilisateur et ses proches sur la fluidité des soins et des services selon une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs ressources ou services sont impliqués [39]. La fluidité des soins et des services de la trajectoire représente le parcours de soins sans heurt et sans atteinte déraisonnable, même une fois la prise en charge entamée [39].

Clinique : réfère à la souplesse, la complémentarité, la cohérence et la non-répétitivité des soins et des services prodigués par les différents intervenants au sein d'une trajectoire de soins et services [102]. La continuité clinique favorise la fluidité des soins et des services et renforce la prédictibilité perçue par l'utilisateur dans le séquençage des soins et des services [103]. La transition d'un établissement à un autre, d'une étape de la trajectoire à une autre, ou d'un contexte à un autre, sont des moments particulièrement importants, car le risque de rupture dans la continuité clinique est beaucoup plus grand [102].

Relationnelle : réfère à la relation, tout au long du parcours de l'utilisateur, unissant ce dernier à l'intervenant ou à l'équipe d'intervenants afin de construire et de maintenir l'alliance thérapeutique [42]. La relation où s'installe une alliance thérapeutique se construit sur une longue période et se caractérise par une confiance et une responsabilité réciproque entre l'intervenant et l'utilisateur [47, 96, 97]. Cette continuité vise à donner à l'utilisateur un élément de prédictibilité et de cohérence dans les soins et services reçus [97]. Elle réfère non seulement à la fréquence des contacts, mais surtout à la qualité de la relation [48]. La continuité relationnelle lie les soins passés et présents tout en projetant l'utilisateur dans la relation de soins future, laissant présager que la relation s'adaptera aux besoins et aux contextes changeants [96, 98].

Informationnelle : réfère à l'accès, la circulation et l'utilisation fluides des informations collectées avec l'utilisateur. C'est le fait d'avoir l'information requise au bon moment afin de lier les intervenants ou les épisodes de soins et de services les uns aux autres [42, 47, 48, 49] au sein ou à l'extérieur de l'établissement [50]. Elle permet l'utilisation de l'information sur l'historique de soins ou de l'utilisateur afin que l'intervention actuelle soit réalisée de manière appropriée [48, 97, 98].

Productivité

La productivité est la capacité d'optimiser la production des soins et des services de santé et sociaux en fonction des ressources disponibles au sein d'une trajectoire, dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans les organisations partenaires [16, 17].

L'optimisation est le fait d'améliorer les services, de réduire les coûts administratifs ou d'augmenter la production de services en utilisant des ressources équivalentes ou moindre. La productivité est donc une relation entre des ressources disponibles et le volume de production (par exemple, le nombre d'interventions réalisées).

Productivité technique : capacité d'utiliser les ressources matérielles de façon optimale pour offrir une intensité appropriée de soins et services aux usagers [16, 98].

Productivité financière : capacité d'utiliser les ressources financières de façon optimale pour offrir une intensité appropriée de soins et services aux usagers [16, 98].

Productivité clinique : capacité à produire des soins et services et à mobiliser les ressources humaines de façon optimale pour répondre aux besoins des usagers sans compromettre la santé des intervenants du système de santé et de services sociaux et des partenaires [16, 98].

Qualité des soins et des services est composé de 3 dimensions :

Securité, Pertinence et Humanisme.

Un ensemble d'attributs du processus de coproduction de soins et de services (entre les usagers et les équipes de soins et de services) qui favorisent le meilleur résultat possible, tel que défini par rapport aux données probantes, à la technologie, aux attentes et besoins des usagers, ainsi qu'en rapport aux normes sociales [17]. La qualité des soins et services est constituée de la qualité technique, incluant la pertinence (connaissances et jugement professionnel), la sécurité et la qualité interpersonnelle ou humaniste [51].

Qualité des soins et des services : Sécurité

La sécurité est définie comme la capacité à prévenir et minimiser les risques associés aux soins et services et au milieu dans lesquels ils sont prodigués [52, 53], via l'utilisation de meilleures pratiques. C'est un attribut du système qui vise à minimiser l'incidence et l'impact des événements indésirables ou nuisibles non planifiés et non désirés [54, 55].

Incidents : actions ou situations qui n'entraînent pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un intervenant concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourraient entraîner des conséquences [56].

Accidents : actions ou situations où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un intervenant concerné ou d'un tiers [56].

Événements sentinelles : les événements sentinelles sont des événements classés sur une échelle de gravité correspondant aux critères suivants [55] :

- événement qui a provoqué des conséquences graves ou catastrophiques (selon l'échelle de gravité); ou
- événement qui aurait pu provoquer des conséquences graves ou catastrophiques (selon l'échelle de gravité), mais ayant été intercepté avant l'apparition de conséquences; ou
- événement qui se produit à une grande fréquence (touchant un grand nombre de personnes par exemple) même s'il n'est pas à l'origine de conséquences graves.

Prévention des risques : la prévention des risques est associée à des actions de prévention, de protection ou d'élimination des événements indésirables et de leurs conséquences. Prévenir implique d'empêcher qu'un événement se produise par l'implantation de barrières organisationnelles. Éliminer les événements indésirables implique d'éliminer les causes profondes qui les provoquent. Se protéger des événements indésirables implique de réduire les conséquences des événements indésirables [55].

Qualité des soins et des services : Pertinence

La capacité à prendre les bonnes décisions avec l'utilisateur au bon moment grâce à des méthodes, procédures, techniques et équipements appuyés sur les meilleures pratiques. Celles-ci doivent être adaptées aux besoins des usagers et entraîner des bénéfices excédant les risques [57, 58, 59]. La notion de pertinence s'applique à un soin, un service ou un plan d'intervention, à la décision de débiter ou de poursuivre des soins, et ce, à toutes les étapes de la trajectoire [60].

Sous-utilisation (underuse) : la sous-utilisation de soins ou de services réside dans l'absence ou la sous-utilisation d'un soin ou d'un service social [60, 61].

Surutilisation (overuse) : la surutilisation renvoie à un soin ou un service inutile ou utilisé de façon excessive pour un usager ou un groupe d'usagers ayant le même diagnostic ou les mêmes besoins et qui entraîne des préjudices ainsi qu'un gaspillage des ressources [60, 61]. On peut aussi parler de surdiagnostic ou de surtraitement [62].

Mauvaise utilisation (misuse) : la mauvaise utilisation réfère au fait de prodiguer des soins et services inappropriés [63]. La question de désuétude ou d'obsolescence est aussi importante dans une perspective de pertinence [42].

Qualité des soins et des services : Humanisme

Une approche visant à assurer des relations et offrir des soins, des services et des lieux qui respectent les valeurs d'empathie, d'écoute, de dignité humaine, de reconnaissance de l'intégrité, de confidentialité, de liberté de choix, et de respect de la personne. L'humanisme nécessite la reconnaissance et l'intégration de l'expérience de l'utilisateur et de ses proches à l'ensemble d'un processus thérapeutique [64, 65, 66].

Humanisme interpersonnel : la mise en pratique de ces valeurs humanistes lors du processus de coproduction des soins et des services (entre les usagers, intervenants et partenaires) au sein d'une trajectoire, dans le but de favoriser le développement d'une relation de confiance qui est à la base de l'alliance thérapeutique [67, 68].

Humanisme architectural : L'aménagement des lieux afin qu'ils soient accueillants, et sécurisants pour les usagers et l'ensemble des intervenants prodiguant des soins et des services (espaces extérieurs, aires de déplacement, salles d'attente et d'examen, etc.) [69].

Humanisme organisationnel : l'intégration de valeurs humanistes dans l'ensemble des processus et des procédures des organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types [70]

Résultats associés à la trajectoire

Résultats cliniques, populationnels ou perçus [2]

DIMENSION

Efficacité

La mesure des résultats de santé et de bien-être atteints et attribuables aux services de santé et sociaux [17, 51]. Elle permet de mesurer l'amélioration de la santé et du bien-être d'un individu ou de la population en fonction des interventions réalisées

SOUS-DIMENSIONS

Efficacité clinique : les résultats d'une intervention de soins et de services pour les usagers qui en ont bénéficié [51]. Cette sous-dimension mesure les effets des interventions sur la durée, l'intensité, et les conséquences physiques et psychologiques des problématiques de santé ou sociales, ainsi que les effets sur la qualité de vie, la santé et le bien-être des usagers.

Efficacité populationnelle : les résultats généralisés à la population visée par la trajectoire [71].

DIMENSION

Expérience usager

L'expérience usager réfère aux perceptions et aux faits vécus par les usagers lors d'interactions ou de l'absence d'interaction clinique et non clinique avec les acteurs du système de santé et de services sociaux, et ce, tout au long de la trajectoire de soins et de services [72,73]; c'est-à-dire du tout premier contact avec le système jusqu'à son dernier, ce qui peut inclure des soins et services de fin de vie, de la prévention et de la promotion de la santé.

SOUS-DIMENSIONS

Fonctionnelle : il s'agit de composantes liées à l'efficacité, au renforcement du pouvoir d'agir, à la compréhension des moyens pour prendre soin de soi et des prochaines étapes de la trajectoire [73, 74, 75].

Relationnelle : il s'agit des composantes liées au soutien émotionnel, à l'expérience physique et émotionnelle vécue, à la participation des usagers, à l'importance des interactions interpersonnelles et à la communication [73, 74, 75].

Efficiencia de la trayectoria

L'utilisation judicieuse de recursos (materiales, tecnologicas, financieras, humanas, informaticas), a cada etapa de la trayectoria de cuidados y de servicios, para alcanzar los mejores resultados de salud y de bienestar posibles, en el plan clinico, experiencial y poblacional [99, 100].

Efficiencia tecnica : la capacidad de alcanzar el maximum de resultados de salud con una cantidad de recursos dadas. Un programa, un servicio o una intervencion pueden ser considerados como ineficientes si es posible de producir los mismos resultados con menos recursos configurados de la misma manera o con una configuracion de recursos diferentes a un costo mas bajo [99, 100]. La eficiencia tecnica puede ser considerada como una medida retrospectiva de costo-eficacia [88].

Efficiencia allocativa : permite de tomar decisiones en un contexto mas amplio (un sistema de salud y de servicios sociales, un centro integrado universitario de salud y de servicios sociales o una trayectoria), que superen el ratio costo - eficacia. Ella se interesa a la manera en que los recursos son distribuidos y configurados a traves de varios programas, servicios, trayectorias o etapas de una trayectoria para generar los mejores resultados de salud para el conjunto de una poblacion [99, 100].

La eficiencia allocativa es alcanzada cuando los recursos son asignados para producir servicios que maximizaran el bienestar y la salud de toda la poblacion [99, 100]. El analisis de la eficiencia allocativa permite de hacer elecciones y de priorizar la asignacion de recursos limitados entre diferentes componentes de un sistema de salud, de un establecimiento de salud o de una trayectoria de cuidados y servicios [100].

Contexte général

Contexte sociétal et local dans lequel s'inscrit le système de santé et de services sociaux et, plus spécifiquement, la trajectoire ciblée. Cela comprend les normes, les valeurs, les lois, les territoires, la situation socioéconomique, ou les réseaux locaux (communautaires, institutionnels, etc.).

Caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires

Le contexte populationnel, territorial, social et partenarial dans lequel s'inscrit la trajectoire de soins et de services, avec les caractéristiques propres à ce territoire, qui agissent comme contraintes ou comme opportunités. La compréhension des éléments présents sur le territoire et des relations que ces éléments entretiennent entre eux est essentielle à la définition de la situation de départ d'une trajectoire de soins et de services, ainsi qu'à l'adaptation des interventions et de l'offre de soins et services au sein de cette trajectoire.

Population : la population est l'ensemble des personnes vivant sur un territoire donné ou encore un groupe de personnes qui présentent certaine(s) caractéristique(s) similaire(s) [76, 77]. On peut distinguer des sous-populations ou des populations dites vulnérables [78].

Territoire : le territoire est soit administratif, soit vécu [79]. Le territoire vécu se construit par l'interaction entre des individus ainsi que lors des interactions entre les individus, les attributs physiques du territoire, les institutions et les partenaires qui le composent, dans un (possible) cadre de valeurs partagées [79, 80, 81, 82]. Le territoire peut être décrit à 3 niveaux, soit institutionnel, physique et démographique.

Déterminants de la santé : les déterminants de la santé sont l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux [83], ce qu'on appelle plus simplement les conditions de vie [80], qui ont une influence sur l'état de santé (physique, mentale et globale) des individus et de la population tout au long de la vie [80, 83, 84]. Parmi ces déterminants de la santé, les aspects structurels et les conditions de vie qui causent les inégalités sociales prennent une importance particulière [85]. On les nomme « déterminants sociaux de la santé ».

Partenaires : réfère tant aux acteurs (usagers, intervenants, gestionnaires et décideurs, chercheurs, formateurs et enseignants) qu'aux organisations (institutions, organismes, associations, regroupements, instituts et centres de recherche, organismes paragonementaux, etc.) impliqués dans le système de santé et de services sociaux ou qui interagissent avec lui de manière significative [86, 87]. Le partenariat prend forme, entre autres, dans l'action intersectorielle, qui s'articule autour d'une problématique, d'une clientèle ou encore d'un territoire [88]. Il comprend tous les partenaires présents dans l'environnement de la trajectoire et non seulement les partenaires formellement engagés dans l'instance de coordination de la trajectoire.

Contexte de la trajectoire de soins et de services

Éléments du contexte qui ont une influence directe sur la trajectoire de soins et de services.

DIMENSION

Caractéristiques et besoins de la population cible de la trajectoire

Caractéristiques de la population appliquées à la sous-population cible de la trajectoire, c'est-à-dire à un regroupement d'utilisateurs ayant une condition clinique ou un profil similaire.

DIMENSION

Équité

L'équité en santé est l'absence d'écarts injustes et évitables relatifs à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux, à leur qualité et à leurs résultats [76]. L'équité en santé est la valeur qui guide l'atteinte d'un état idéal par lequel tous les individus sont en mesure d'atteindre leur plein potentiel de santé et de bien-être [77, 78, 79].

L'équité nécessite un ajustement de l'offre de soins de santé et de services sociaux en fonction des besoins des utilisateurs pour atteindre des résultats de santé et de bien-être semblables entre les groupes populationnels [80, 81].

L'équité est transversale au MAP des trajectoires.

SOUS-DIMENSIONS

Trois pôles majeurs se distinguent, soit l'équité d'accès, l'équité de qualité (sécurité, pertinence et humanisme) de même que l'équité de résultats cliniques et populationnels.

Gestion par trajectoires de soins et de services avec les usagers, les intervenants et les autres partenaires

La gestion par trajectoires avec les usagers, les intervenants et les partenaires consiste à amener les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (intervenants et gestionnaires), les partenaires et les usagers à travailler ensemble à l'amélioration continue des soins et services et de l'organisation du système de soins et services sociaux. Elle vise la réponse aux besoins des usagers et de la population, ainsi que l'atteinte de résultats de santé et de bien-être perceptibles par l'utilisateur de même qu'au niveau de la population, dans la limite de la capacité des organisations. Elle s'actualise par une implication des acteurs au niveau de la gouvernance, de l'organisation et de l'évaluation des services. Elle nécessite la reconnaissance des savoirs de chacun des acteurs, incluant le savoir expérientiel.

Cette nouvelle forme de gestion comporte des défis particuliers et l'adoption d'une posture de responsabilité partagée par l'ensemble des acteurs impliqués dans la gestion par trajectoires de soins et de services envers les résultats de santé et de bien-être. La gestion matricielle par trajectoire adopte une perspective à la fois hiérarchique et transversale des soins de santé et des services sociaux allant de la promotion de la santé à la réadaptation ou au soutien en fin de vie, incluant les usagers et l'ensemble des partenaires.

V. Les tableaux des liens entre les dimensions

Ces outils seront mobilisés pour conduire trois types d'analyse en se basant sur les relations entre les dimensions du modèle et les indicateurs permettant de les mesurer.

Les tableaux 4 et 5 synthétisent les relations entre les dimensions de la performance en présentant les déterminants de la performance de chaque dimension (tableau 4) et en synthétisant les effets des dimensions de performances sur les autres dimensions (tableau 5). En effet, certaines dimensions peuvent influencer une dimension en particulier, et sont donc considérées comme des déterminants de cette dimension. Par exemple, le niveau de performance de l'Accessibilité est déterminé, selon la littérature scientifique, par les dimensions Viabilité, Ajustement aux besoins de la population cible, Coordination et Continuité, Productivité et Pertinence. Ainsi, le tableau 4 met en relation chaque dimension de la performance avec ses déterminants. De même, certaines dimensions influencent le niveau de performance d'autres dimensions et sont donc considérées comme ayant des effets sur sur elles (tableau 5). Par exemple, la Pertinence a des effets sur la Productivité, la Sécurité, l'Efficacité et sur l'Expérience usager. Les interactions entre chaque dimension sont signalées par une pastille dans les cellules pertinentes.

Exemple pour lire les tableaux :

La lecture des tableaux fonctionne de cette manière : si l'on s'intéresse à l'Accessibilité des soins et services, on repère cette dimension dans la colonne de gauche du tableau 4 pour identifier les pastilles indiquant les cinq dimensions qui influencent l'Accessibilité (déterminants): Viabilité, Ajustement aux besoins de la population cible, Coordination-continuité, Productivité et Pertinence. De même, on repère cette dimension dans la colonne de gauche du Tableau 5 pour identifier les pastilles indiquant les quatre dimensions sur lesquelles l'Accessibilité a un effet : Ajustement aux besoins de la population cible, Sécurité, Efficacité et Expérience de l'utilisateur.

La dimension Viabilité est la seule dont les sous-dimensions s'interinfluencent. Par exemple, l'acquisition et la configuration des ressources déterminent en partie la qualité de vie au travail. De même, l'acquisition des ressources agit comme déterminant de l'innovation.

TABLEAU 4

Déterminants des dimensions de la performance

		DÉTERMINANTS									
		Viabilité	Accessibilité	Ajustement aux besoins de la population cible	Coordination-Continuité	Productivité	Sécurité	Pertinence	Humanisme	Efficacité populationnelle et clinique	Expérience usager
DIMENSIONS	Viabilité	●									
	Accessibilité	●	●	●	●	●		●			
	Ajustement aux besoins de la population cible	●	●	●	●						
	Coordination-Continuité	●	●	●	●						
	Productivité	●		●	●		●		●		
	Sécurité	●	●	●	●			●	●		
	Pertinence	●	●		●				●		
	Humanisme	●			●						
	Efficacité populationnelle et clinique	●	●	●	●		●	●	●		●
	Expérience usager	●	●	●	●		●		●	●	

TABLEAU 5

Effets des dimensions de la performance

		EFFETS										
		Viabilité	Accessibilité	Ajustement aux besoins de la population cible	Coordination-Continuité	Productivité	Sécurité	Pertinence	Humanisme	Efficacité populationnelle et clinique	Expérience usager	
DIMENSIONS	Viabilité	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Accessibilité			●			●	●		●	●	
	Ajustement aux besoins de la population cible		●			●	●			●	●	
	Coordination-Continuité			●		●	●	●	●	●	●	
	Productivité	●	●									
	Sécurité					●				●	●	
	Pertinence		●				●			●	●	
	Humanisme					●	●	●		●	●	
	Efficacité populationnelle et clinique										●	
	Expérience usager									●		

VI. Guide d'utilisation de l'outillage

Ce guide d'utilisation décrit comment utiliser le MAP, les tableaux des liens et les fiches de la performance et contextuelles afin de réaliser trois types d'analyse :

- 1 **Analyse globale de la trajectoire**
- 2 **Analyse des zones critiques**
- 3 **Suivi de la performance de la trajectoire.**

Ces trois types d'analyse sont complémentaires et peuvent être menées l'une après l'autre, puis répétées à chaque nouveau cycle d'amélioration continue de la trajectoire. Chaque type d'analyse est structuré en étapes et sous-étapes qui guident les utilisateurs dans leur réalisation.

Il est primordial de préciser que les analyses reposent sur deux processus.

Processus 1 : Le croisement entre des données quantitatives (les indicateurs), des données qualitatives (les expériences des intervenants, usagers, professionnels) et l'outillage construit à partir des connaissances scientifiques qui permet d'analyser la performance selon les dimensions du Modèle et leurs relations.

Processus 2 : Un débat argumenté entre les acteurs travaillant à améliorer la performance dont le but est de porter un jugement sur la performance globale de la trajectoire, d'identifier les zones critiques, et de prendre des décisions sur les actions à entreprendre pour améliorer ces zones critiques.

Ainsi, l'outillage constitue un outil soutenant des prises de décisions justifiées et raisonnées.

Dans les trois prochaines sections, nous décrirons chacun des types d'analyse ainsi que les étapes et les sous-étapes pour les réaliser. Nous présentons également des exemples afin d'illustrer l'utilisation de l'outillage.

ANALYSE DE TYPE 1

Analyse globale de la performance d'une trajectoire

L'analyse de type 1 a deux objectifs :



Cette analyse de type 1 devrait être réalisée, en premier, lors du lancement d'une trajectoire et avant de débiter un cycle d'amélioration continue afin de disposer d'un portrait exhaustif de la performance en fonction de chacune des dimensions. Par ailleurs, il est essentiel de disposer d'une cartographie de l'offre de soins et services existante avant de mener cette analyse.

Cette analyse repose sur la mesure de chacune des dimensions du MAP à l'aide d'indicateurs en fonction de normes, et sur l'analyse des relations entre les dimensions de la performance selon une logique de déterminants et d'effets telle que présentée dans les tableaux des liens et dans les fiches par dimension de la performance. Sur la base de ces données, et suite à une analyse conjointe entre les acteurs responsables de la gestion des trajectoires, il est possible de juger de la performance de la trajectoire et d'identifier les zones critiques.

Dans les tableaux suivants, une zone critique correspond à des structures, processus, services ou interventions décrits dans la cartographie qui modélise l'offre de soins et de services selon les étapes de la trajectoire. Ces zones critiques peuvent être analysées selon une ou plusieurs dimensions de la performance, qui semblent selon les résultats des indicateurs et l'expérience des intervenants, des usagers et des partenaires, problématiques.

TABLEAU 6

Étapes et sous-étapes pour réaliser l'analyse globale de la performance d'une trajectoire

ÉTAPE 1	
Portrait de la performance de la trajectoire	
SOUS-ÉTAPES	OUTILS
<p>1 Statuer sur les indicateurs nécessaires pour mener l'analyse en fonction des 11 dimensions de la performance et des étapes de la trajectoire</p> <ul style="list-style-type: none">• identifier les indicateurs dont les données sont immédiatement disponibles• identifier et prioriser les indicateurs à développer en fonction de leur importance pour analyser la trajectoire, de la facilité à obtenir les données, et de la facilité à automatiser la collecte• construire un échéancier de développement des indicateurs (celui-ci peut s'échelonner sur plusieurs mois)• documenter les indicateurs : numérateur, dénominateur, dimension auquel il réfère, impact positif ou négatif sur la performance, normes ou standards internes ou externes existants	<p>Pour connaître et comprendre les dimensions de la performance, utiliser :</p> <ul style="list-style-type: none">• MAP• Glossaire du modèle <p>Pour guider le choix ou la conception des indicateurs, utiliser :</p> <ul style="list-style-type: none">• 11 fiches des dimensions de la performance• 2 fiches contextuelles
<p>2 Collecter les données quantitatives nécessaires pour :</p> <ul style="list-style-type: none">• Mesurer les indicateurs des 11 dimensions de la performance• Mesurer les indicateurs des 2 dimensions contextuelles• Identifier les indicateurs les dimensions et les étapes pour lesquelles aucune donnée quantitative n'est disponible <p>Note : Les données recueillies proviennent des systèmes clinico-administratifs, des ententes de gestion, des normes d'agrément.</p>	
<p>3 Collecter des données qualitatives pour toutes les dimensions en portant une attention particulière aux dimensions pour lesquelles il n'y a pas d'indicateurs</p> <p>Note : Les données recueillies proviennent de la voix des usagers, des intervenants, des gestionnaires, des employés, des médecins et des partenaires.</p>	
<p>4 Porter un jugement sur le niveau de performance de chacun des indicateurs et de chacune des dimensions en fonction des étapes de la trajectoire.</p> <ul style="list-style-type: none">• Statuer sur une norme ou une cible pour chacun des indicateurs• Calculer l'indice de performance pour chaque indicateur (Cf. tableau 11)• Apprécier le niveau de performance en fonction de l'indice de performance (Cf. tableau 12)	

5

Juxtaposer les dimensions de la performance et les indicateurs sur la cartographie en fonction des étapes de la trajectoire

Note : Chaque dimension peut être présente à plusieurs endroits sur la cartographie. Par exemple, la pertinence réfère à toutes les interventions ou programmes réalisés dans une trajectoire. La coordination et la continuité concernent l'ensemble des étapes d'une trajectoire. Chaque intervention et programme peuvent être caractérisés par leur niveau d'efficacité clinique et/ou populationnel.

Pour connaître et comprendre les dimensions de la performance, utiliser :

- MAP
- Glossaire du modèle
- Cartographie de la trajectoire de soins et services

6

Analyser collectivement la performance de la trajectoire

- Identifier à l'aide des indicateurs et des indices de performance, les dimensions préoccupantes en fonction des étapes, des services et/ou des interventions de la trajectoire.
- Lister l'ensemble des éléments problématiques en fonction des étapes de la trajectoire en y associant les dimensions et les indicateurs correspondants.

Pour comprendre les dimensions de la performance, utiliser :

- MAP
- Glossaire du modèle
- 11 fiches des dimensions de la performance

ÉTAPE 2

Identifier les zones critiques de la trajectoire

SOUS-ÉTAPES

OUTILS

1

Identifier les zones critiques de la trajectoire : Utiliser la juxtaposition de la cartographie de la trajectoire et des dimensions de la performance pour identifier la ou les zones critiques en fonction

- des résultats des indicateurs de performance par dimension,
- des objectifs de la trajectoire,
- des besoins des usagers.

- MAP
- Cartographie de la trajectoire de soins et services

2

Statuer sur les zones critiques de la trajectoire : Approfondir l'analyse des zones critiques identifiées pour s'assurer de leurs pertinences et statuer sur la liste des zones critiques de la trajectoire. Pour ce faire :

- Identifier la ou les dimensions de la performance auxquels correspond la zone critique (p. ex. accessibilité ou ajustement).
- Identifier les déterminants et les conséquences de la performance de la ou des dimensions et analyser la nature des liens entre ces dimensions.
- Vérifier que la zone critique identifiée et la ou les dimensions de la performance qui s'y rattachent représentent la réelle zone problématique que l'on veut améliorer

Pour sélectionner les dimensions relatives aux zones critiques :

- MAP et glossaire

Pour identifier déterminants et les conséquences et comprendre la nature des liens :

- Fiches des dimensions de la performance
- Tableaux des liens

P. ex. les résultats de la performance appliqués à la cartographie montrent qu'il y a une problématique d'accessibilité à certains services, cependant après une analyse approfondie il apparaît que ce service n'est pas pertinent pour toute la population cible et il conviendrait plutôt d'améliorer les critères d'inclusion et d'exclusion pour renforcer la pertinence du service et de simultanément développer d'autres services plus adaptés aux besoins de la population cible. Suite à cette analyse, il apparaît que la dimension critique n'est plus seulement l'accessibilité, mais l'ajustement aux besoins de la population cible par le développement de services plus adaptés aux besoins des usagers.

ÉTAPE 3

Priorisation des zones critiques

SOUS-ÉTAPES

OUTILS

Prioriser les zones critiques en fonction:

- des besoins des usagers
- de la faisabilité des actions à mettre en œuvre
- du rapport coûts/résultats
- de l'existence d'initiatives ministérielles ou dans l'établissement en cours de développement ou d'implantation.

ANALYSE DE TYPE 2

Analyse des zones critiques d'une trajectoire

L'analyse de type 2 a deux objectifs :



L'analyse de type 2 repose sur un examen détaillé des zones critiques identifiées et priorisées par le biais de l'étude des déterminants et des effets de celles-ci selon le MAP. Tout comme l'analyse de type 1, la détermination des causes racines et des actions d'amélioration continue de la zone critique doivent découler d'une délibération des différents acteurs participant à la gestion de la trajectoire afin de dégager un consensus fondé sur l'outillage, les données quantitatives, les données qualitatives et leurs expériences.

TABLEAU 7

Étapes et sous-étapes pour réaliser l'analyse des zones critiques d'une trajectoire

ÉTAPE 1		
Documenter la ou les zones critiques		
	SOUS-ÉTAPES	OUTILS
1	Valider la zone critique identifiée et priorisée et la ou les dimensions de la performance s'y rapportant (cf. Tableau 6 Étapes 3 de l'analyse globale de la performance de la trajectoire).	
2	Valider les dimensions de la performance se rapportant à la ou les zones critiques identifiées et priorisées. (Cf. exemple1)	<ul style="list-style-type: none"> • MAP • Glossaire des dimensions
3	Identifier les déterminants et les effets de la ou des dimensions de la performance se rapportant à la zone critique.	<ul style="list-style-type: none"> • Tableaux des liens • Fiches des dimensions de la performance
4	Statuer sur les indicateurs complémentaires associés aux dimensions représentant les déterminants et les effets, à obtenir	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches des dimensions de la performance
5	<p>Collecter les données quantitatives et qualitatives nécessaires pour mesurer les indicateurs pour chacune des dimensions</p> <p><small>Note : Les données recueillies proviennent des systèmes clinico-administratifs, des ententes de gestion, des normes d'agrément, ainsi que de la voix des usagers, intervenants, gestionnaires, employés, médecins et partenaires.</small></p>	
6	<p>Porter un jugement sur le niveau de performance de chacun des indicateurs et de chacune des dimensions de la zone critique et des dimensions associées aux déterminants et aux effets</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statuer sur une norme ou une cible pour chacune des indicateurs • Calculer l'indice de performance pour chaque indicateur (Cf. Tableau 11) • Apprécier le niveau de performance en fonction de l'indice de performance (Cf. Tableau 12) 	

ÉTAPE 2

Identifier les causes racines de la ou des zones critiques

SOUS-ÉTAPES	OUTILS
<p>1 Identifier les possibles causes racines en fonction des relations entre les dimensions de la performance : Analyser les relations entre les dimensions de la performance relative à la zone critique et à ses déterminants et effets.</p> <p>P. ex. Parmi les dimensions et les indicateurs mesurant des déterminants de la performance de la zone critique, lesquels présentent une performance préoccupante? (ceux-ci pourraient être une des causes racines).</p>	<p>Pour analyser les relations et la nature des liens :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tableaux des liens• Fiches des dimensions de la performance
<p>2 Statuer sur les causes racines associées à la ou les zones critiques. Ces causes racines sont les raisons principales qui expliquent la performance préoccupante de la zone critique.</p>	

ÉTAPE 3

Prioriser les causes racines

SOUS-ÉTAPES	OUTILS
<p>1 Prioriser ces causes racines en fonction des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• Besoin(s) des usagers• Faisabilité des actions à mettre en œuvre• Rapport coûts/résultats des actions• Existence d'initiatives ministérielles ou dans l'établissement déjà en cours de développement ou d'implantation	

ÉTAPE 4

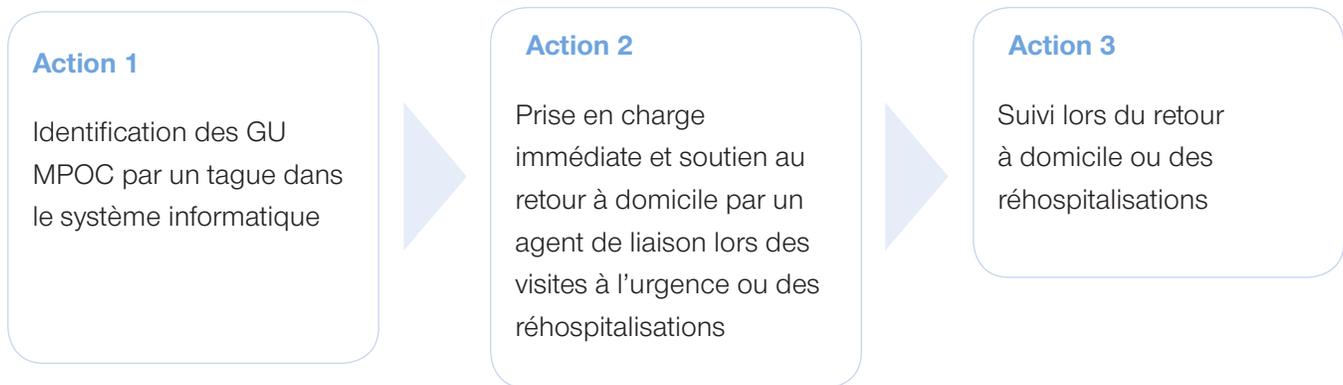
Identifier des actions d'amélioration continue et s'assurer de leur pertinence

SOUS-ÉTAPES		OUTILS
1	Pour chacune des causes racines, valider les dimensions de la performance qui y sont associées	<ul style="list-style-type: none">• MAP• Glossaire des dimensions
2	Pour chacune des causes racines, élaborer collectivement des actions visant à les améliorer afin d'améliorer la performance de la zone critique	
3	<p>Valider que chacune des actions correspond bien à une dimension de la performance et que des indicateurs de suivi ont été identifiés. Ceci permet de s'assurer que les actions sont les bonnes pour avoir un effet sur la cause racine.</p> <p>P. ex. Les actions élaborées visent une amélioration de la pertinence des interventions et des services. Il est nécessaire de s'assurer que les actions entreprises visent soit a) la sélection et l'implantation d'interventions ou de services, qui selon les données probantes, sont les plus appropriées pour les conditions cliniques et sociales des usagers, b) la diminution des variations de pratiques entre des intervenants, les établissements ou les territoires, c) l'accroissement de la conformité des pratiques aux données probantes</p>	<ul style="list-style-type: none">• MAP• Glossaire des dimensions• Fiches des dimensions de la performance

EXEMPLE 1

Analyse des déterminants de la performance d'une zone critique de la trajectoire maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal a mis en place plusieurs chantiers d'amélioration continue de la performance de la trajectoire MPOC. L'un de ces chantiers vise les grands utilisateurs (GU) de services qui cible deux zones critiques : le nombre de visites à l'urgence et le nombre de cas de réhospitalisation pour les personnes atteintes de MPOC. Afin de mesurer l'évolution de cette zone critique, un groupe de travail a été mis sur pied et a sélectionné l'indicateur suivant : le pourcentage de grands utilisateurs identifiés comme étant atteints d'une MPOC qui ont été vus par un agent de liaison lors de leur visite à l'urgence ou de leur hospitalisation. L'introduction d'agent de liaison rejoignant les usagers lors de leurs visites à l'urgence ou lors de leur réhospitalisation devrait permettre un meilleur suivi et une meilleure coordination et continuité des soins et donc entraîner la diminution de nouvelles visites aux urgences ou de réhospitalisations. Le groupe de travail a ensuite identifié trois actions pour améliorer la zone critique :



Comme ces actions ont été identifiées avant l'introduction de l'outillage, le groupe de travail a donc utilisé l'outillage et les étapes de l'analyse des zones critiques pour valider les actions identifiées et analyser les facteurs de succès et les limites des différentes actions mises en œuvre pour améliorer la zone critique. Le groupe de travail a mobilisé l'outillage pour les étapes suivantes :

1. Identification des dimensions de la zone critique

Le groupe de travail a identifié les dimensions de la performance associées à la zone critique et à l'indicateur sélectionné pour suivre les actions d'amélioration continue (le pourcentage de grands utilisateurs identifiés comme étant atteints d'une MPOC qui ont été vus par un agent de liaison lors de leur visite à l'urgence ou de leur hospitalisation). Selon le Modèle, la zone critique et les actions ciblées pour l'amélioration correspondent aux dimensions : Pertinence des soins et des services et Coordination et Continuité des soins et des services. En effet, l'action de l'agent de liaison devrait permettre d'améliorer la coordination des soins et services, notamment le retour et le suivi à domicile, ainsi que la continuité informationnelle. Parallèlement, les interventions des agents de liaison devraient améliorer la pertinence de la prise en charge et du plan d'action individualisé.

2. Identification des déterminants de la performance de la zone critique

Le groupe a par la suite identifié les déterminants de ces deux dimensions afin d'identifier les actions à mettre en œuvre et sélectionner les éléments qui pourraient faciliter ou freiner l'implantation des actions identifiées. Selon les figures représentant les liens entre les dimensions (dans chacune des fiches performance) et les tableaux synthétisant les relations entre les dimensions, les déterminants des deux dimensions sont la Viabilité, l'Accessibilité aux soins et services, la Coordination et Continuité, l'Ajustement aux besoins de la population cible, et l'Humanisme.

3. Analyse des actions mises en œuvre pour améliorer la zone critique

Pour chacun de ces cinq déterminants, le groupe de travail a analysé si les trois actions identifiées pour agir sur la zone critique étaient suffisantes pour l'améliorer. Ceci a été réalisé en reprenant chacune des dimensions qui sont des déterminants de la zone critique. Par ailleurs, nous avons utilisé ces mêmes déterminants pour voir si le contexte avait été pris en considération dans l'implantation de ces actions pour identifier les facteurs de succès ou les freins à la mise en œuvre. Le tableau 8 présente les questions qui ont guidé l'analyse lors de l'atelier. Ce tableau présente les questions pour deux des dimensions.

TABLEAU 8

Questions élaborées en fonction des dimensions de la performance pour guider l'analyse des actions entreprises pour agir sur la zone critique

DIMENSIONS	ENJEUX SOULEVÉS
VIABILITÉ	<p>Une formation visant le développement des compétences des agents de liaison a-t-elle été développée?</p> <p>Le choix des lieux d'expérimentation tient-il compte du taux d'absentéisme (frein à l'implantation)?</p>
COORDINATION ET CONTINUITÉ	<p>Des processus formels de coordination informationnelle ont-ils été mis en place entre l'agent de liaison et les autres professionnels et services offrant des services au GU MPOC pour assurer le suivi ?</p> <p>Des mécanismes de suivi à domicile accompagnent-ils la création de cette nouvelle fonction ?</p>

ANALYSE DE TYPE 3

Suivi de la performance d'une trajectoire.

L'analyse de type 3 a deux objectifs :



Ces deux objectifs sont associés aux analyses de type 1 et 2. En effet, les indicateurs sélectionnés pour mesurer les dimensions de la performance et les normes choisies pour chaque indicateur lors des analyses de type 1 et 2 seront réutilisés pour 1) monitorer la performance globale de la trajectoire, 2) évaluer l'impact des actions pour améliorer la zone critique. En revanche, le degré de précision des indicateurs sera différent en fonction de ces deux objectifs. En effet, les indicateurs pour mesurer la performance globale de la trajectoire seront plus généraux, si possible pour chacune des dimensions du modèle, et devront être des marqueurs sensibles des variations du niveau de performance des dimensions. Les indicateurs sélectionnés pour évaluer l'impact des actions mises en œuvre pour améliorer la zone critique seront plus spécifiques et choisis en fonction des dimensions de la performance reliées à la zone critique.

TABLEAU 9

Étapes et sous-étapes pour suivre la performance globale d'une trajectoire

Construire un tableau de bord	
SOUS-ÉTAPES	OUTILS
<p>1 Concevoir un canevas de tableau de bord spécifique à la trajectoire analysée comprenant (cf. tableau 13):</p> <ul style="list-style-type: none">• Les dimensions de la performance• La liste des indicateurs par dimension et si nécessaire par étape de la trajectoire• Les résultats de l'indicateur pour plusieurs périodes afin d'en connaître l'évolution• Les normes ou cibles associées à l'indicateur• L'indice de performance (cf. tableau 11)• Le jugement sur le niveau de performance (cf. tableau 12).	<ul style="list-style-type: none">• MAP
<p>2 Intégrer les indicateurs et les normes sélectionnés lors de l'analyse de type 1 dans le tableau de bord</p> <ul style="list-style-type: none">• S'assurer de l'existence de mécanismes de collecte systématique des données (numérateur et dénominateur) pour la mise à jour du tableau de bord	
<p>3 Développer les indicateurs manquant pour compléter le tableau de bord</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifier les indicateurs absents pour mesurer certaines dimensions ou étapes de la trajectoire• Prioriser et planifier la construction des indicateurs• Mettre en place des mécanismes de collecte systématique des données	<ul style="list-style-type: none">• Fiche des dimensions de la performance

Monitorer la performance	
SOUS-ÉTAPES	OUTILS
<p>1 Suivre à intervalle régulier (mensuel ou trimestriel) les indices de performance et le résultat des indicateurs</p>	
<p>2 Arrimer l'analyse et l'amélioration des zones critiques de la trajectoire avec ce suivi</p>	

TABLEAU 10

Étapes et sous-étapes pour évaluer l'impact des actions d'amélioration de la ou des zones critiques

Construire un tableau de bord		
	SOUS-ÉTAPES	OUTILS
1	<p>Concevoir un canevas de tableau de bord spécifique à la ou les zones critiques comprenant (cf. tableau 13):</p> <ul style="list-style-type: none">• Les dimensions de la performance associée à la zone critique, à ses déterminants et ses conséquences.• La liste des indicateurs associée à la zone critique ainsi qu'aux déterminants et aux conséquences sur lesquelles les actions d'amélioration continue devraient avoir un impact• Les résultats de l'indicateur pour plusieurs périodes afin d'en connaître l'évolution• Les normes ou cibles associées à l'indicateur• L'indice de performance• Le jugement sur le niveau de performance (cf. tableau 12). <p>Note : il est possible de construire un seul tableau de bord comprenant le suivi global de la performance et l'évaluation spécifique des actions d'amélioration continue.</p>	<ul style="list-style-type: none">• MAP
2	<p>Intégrer les indicateurs et les normes sélectionnés lors de l'analyse de type 2 dans le tableau de bord (Cf. Tableau 13)</p> <ul style="list-style-type: none">• S'assurer de l'existence de mécanismes de collecte systématique des données (numérateur et dénominateur) pour la mise à jour du tableau de bord	

Évaluer l'impact des actions d'amélioration continue		
	SOUS-ÉTAPES	OUTILS
1	<p>Analyser mensuellement l'évolution des résultats et des indices de performance des indicateurs associés à la ou les zones critiques ainsi qu'aux déterminants et aux conséquences de celles-ci</p>	
2	<p>Ajuster les actions entreprises pour améliorer la performance de la zone critique en fonction des résultats des indicateurs et des indices de performance</p>	

TABLEAU 11

Deux méthodes et exemples de calcul de l'indice de performance

A	B
Lorsque le résultat de l'indicateur doit être le plus bas possible (p. ex. taux d'assurance salaire, taux de réadmission dans les 28 jours [médecine et chirurgie]), le calcul est le suivant : $(1 - ((\text{résultat} - \text{cible}) / \text{cible})) \times 100 = X\%$	Lorsque le résultat de l'indicateur doit être le plus élevé possible (p. ex. pourcentage du respect du délai d'attente (90 jours) pour des examens électifs en imagerie médicale) : $(\text{Résultat} / \text{cible}) \times 100 = X\%$

TABLEAU 12

Apprécier la performance en fonction de l'indice de performance ^[104]



TABLEAU 13

Descriptions des composantes d'un tableau de bord pour le suivi de la performance globale d'une trajectoire

ACCESSIBILITÉ				
Barrières structurelles et organisationnelles				
Indicateurs	Résultat	Cible	Indice de performance	Jugement
Pourcentage du respect du délai d'attente (90 jours) pour les examens électifs en imagerie médicale	45%	100%	45%	Très préoccupant
EFFICACITÉ (dimension)				
Efficacité clinique (sous-dimension)				
Indicateurs	Résultat	Cible	Score	Jugement
Taux de réadmission dans les 28 jours (médecine et chirurgie) (par traceurs)	4%	6%	100%	Excellente performance

EXEMPLE 2

Identification et analyse des indicateurs de performance pour la trajectoire de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au CIUSSS Maurice-Centre-du-Québec (MCQ)

L'instance responsable de la gestion de la trajectoire MPOC du CIUSSS MCQ souhaitait valider les indicateurs permettant de suivre la performance de la trajectoire et les résultats des cycles d'amélioration continue. Pour ce faire, l'instance a utilisé l'outillage présenté pour valider les indicateurs existant et développer de nouveaux indicateurs. La finalité était de développer un tableau de bord. Ce processus de sélection en fonction des dimensions de la performance a entraîné de nouvelles analyses des zones critiques prioritaires préalablement identifiées. Lors des ateliers, nous avons oscillé entre une analyse de type 2 et de type 3. Par ailleurs, nous disposions avant de débiter l'atelier de la cartographie de la trajectoire comprenant les objectifs par étape de la trajectoire ainsi que certaines zones critiques préalablement identifiées. L'utilisation du modèle et des outils de mesure de la performance a permis la création d'outils complémentaires dont un tableau croisant les zones critiques et les objectifs de la trajectoire avec les dimensions et les indicateurs de performance (annexe 4). L'atelier a permis d'identifier plusieurs indicateurs qui ont été intégrés à la cartographie.

Les étapes réalisées avec l'outillage durant l'atelier :

- 1. Élaboration d'un outil d'identification des indicateurs** : L'instance de gestion de la trajectoire a bâti un tableau à double entrée où les zones critiques étaient identifiées verticalement en fonction des étapes de la trajectoire et les dimensions de la performance étaient inscrites horizontalement (annexe 4). Le glossaire et le modèle ont été utilisés afin de faciliter la compréhension de chacune des dimensions.
- 2. Identification des déterminants de la zone critique** : Les participants de l'atelier ont identifié les déterminants et les effets des zones critiques à l'aide des fiches des dimensions de la performance et des tableaux des liens. Ce travail a permis de revoir certaines zones critiques et leurs déterminants. La pertinence des soins et services et la coordination clinique sont devenues des éléments clés pour assurer l'amélioration de la zone critique.
- 3. Identification des indicateurs** : Les participants à l'atelier ont procédé à l'identification des indicateurs en cohérence avec chacune des zones critiques et des objectifs de la trajectoire et en fonction des dimensions de la performance. Les indicateurs sélectionnés devaient être des marqueurs (une mesure significative et sensible) de la zone critique et de la dimension de la performance. Les fiches des dimensions ainsi que le glossaire ont été utilisés afin d'avoir une meilleure compréhension des dimensions. Ce travail a permis d'identifier 12 indicateurs dans 7 dimensions de la performance pouvant potentiellement être suivies par le comité. Ces indicateurs ont été insérés dans la cartographie de la trajectoire afin de faciliter le suivi de la performance (annexe 5).
- 4. Révision des indicateurs** : Les participants à l'atelier ont revu chaque indicateur en fonction de la disponibilité et de la qualité des données afin de sélectionner ceux qui pouvaient être intégrés immédiatement dans le tableau de bord.

Références bibliographiques

1. Aspland, E., Gartner, D., Harper, P., (2019). Clinical pathway modelling : a littérature review. *Health Systems*.
2. Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R., Sermeus, W. (2010) « An Overview on the Concept and History of Care Pathways as Complex Interventions », *International Journal of Care Pathways*, 14, 117-123.
3. De Bleser, L. (2006) « Defining Pathways », *Journal of Nursing Management*, 14(7), 553-63.
4. Allen D., Gillen E et Rixson L. (2009) « Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? », *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7(2), 61-74
5. Ministère de la santé et des services sociaux (2020). Guide de gestion par trajectoire de soins et services.
6. Ministère de la santé et des services sociaux (2020), Boîte à outils du guide de gestion par trajectoire.
7. Haute Autorité de santé (2004) *Chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité*, Saint-Denis La Plaine: Anaes.
8. Vanhaecht, K., De Witte, K. et Sermeus, W. (2007) *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes*, Leuven: ACCO.
9. Zander, K. (2002) « Integrated Care Pathways: eleven international trends », *Journal of Integrated Care Pathways*, 6, 101-107.
10. Every, N.R. et al. (2000) « Critical Pathways: A Review », *American Heart Association*, 101, 461-465.
11. World Health Organisation Europe (2016) *Integrated care models: an overview*, Marmorvej 51: Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health.
12. Allen D., Gillen E et Rixson L. (2009) « Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? », *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7(2), 61-74.
13. Contandriopoulos, A.P., Champagne, F (2011). *Mesurer la performance: Les grands éléments théoriques à la disposition des décideurs et chercheurs*, Séminaire du MSSS « Les mesures de performance: Un outil pour assurer la pérennité des systèmes de santé et des services sociaux.
14. Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Commonwealth Fund, Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press.
15. Pineault, R. (2012). *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Presse universitaire de Montréal.
16. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Gouvernement du Québec.
17. Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS*, Rapport technique. Université de Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
18. Thiebaut, G.-C. (2013). *Les dimensions négligées de la performance des systèmes de santé: les valeurs et la qualité de vie au travail*. Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal.
19. Devers, A. et Champagne, F. (1984). *Epidemiology in health services management*. Aspen publication.
20. Gouvernement du Québec. (2019). *À propos du développement durable*. Ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs. Repéré à <http://www.environnement.gouv.qc.ca/developpement/definition.htm>
21. Massuard, M., Royer, A.-M. et Lane, J. (2017). *Guide de pratiques sur l'animation des trajectoires de soins et services*. Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
22. Frenk, J. (1992). *The concept and measurement of accessibility*. Dans *Health Services Research: An Anthology*, Pan American Health Organization (PAHO), (pp.842-855).
23. Long, M. J. (1994). *The Medical Care System: A Conceptual Model*, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 176 p.
24. Lombardo, A. P., Angus, J. E., Lowndes, R., Cechetto, N., Khattak, S., Ahmad, F. et Bierman, A. S. (2014). *Woman's strategies to achieve access to health-care in Ontario, Canada: a meta-synthesis*. *Health and Social Care in the Community*, 22(6), 575-587.
25. Angus, J. E., Lombardo, A. P., Lowndes, R. H., Cechetto, N., Ahmad, F. et Bierman, A. S. (2012). *Beyond Barriers in Studying Disparities in Women's Access to Health Services in Ontario, Canada: A Qualitative Metasynthesis*. *Qualitative Health Research*, 23(4), 476-494.
26. Aday, L. A. et Andersen, R. (1974). *A Framework for the Study of Access to Medical Care*. *Health Services Research*, Fall, 208-220.
27. Penchansky, R. et Thomas, J. W. (1981). *The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction*. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
28. Maddison, A. R., Asada, Y. et Urquhart, R. (2011). *Inequity in access to cancer care: a review of the Canadian literature*. *Cancer Causes Control*, 22, 359-366.
29. Gold, M. (1998). *Beyond coverage and supply: measuring access to health care in today's market*. *Health Services Research*, 33(3, Pt 2), 625-684.
30. Goddard, M. et Smith, P. (2011). *Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK*. *Social Sciences & Medicine*, 53, 1149-1162.
31. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2019). *Mécanismes d'accès aux services de proximité – État des connaissances*. Québec, 55 p.
32. Nader, F., Kolahdooz, F. et Sharma, S. (2017). *Assessing Health Care Access and Use among Indigenous Peoples in Alberta: a Systematic Review*. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28, 1286-1303.
33. Kang-Kim, M., Betancourt, J. R., Ayanian, J. Z., Zaslavsky, A. M., Yucel, R. M. et Weissman, J. S. (2008). *Access to Care and Use of Preventive Services by Hispanics: State-Based Variations From 1991 to 2004*. *Medical Care*, 46(5), 507-515.
34. Agudelo-Suárez, A. A., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Love, J. G., Wimpenny, P. et Ronda-Pérez, E. (2012). *A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants*. *BCM Health Services Research*, 12, 461.
35. Blum, H. L. (1974). *Planning for health: Generic for the eighties*. Human Sciences Press.
36. Sicotte, C., Champagne, F. et Contandriopoulos, A. C. (1998). *La performance organisationnelle des organismes publics de santé*. *Rupture*, 6 (1), 34-36.
37. Shengelia, B., Murray, C. J. L. et al. (2003). *Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage*. *Health systems performance assessment - Debates, methods and empiricism*. Dans *World Health Organization*, Geneva, (pp. 221-234).
38. INSPQ. (2006). *Stratégies et les définitions*. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/strategies/definitions.html
39. Van de Ven, A. H., Delbecq, A., L. et Koenig, R. Jr. (1976). *Determinants of Coordination Modes within Organizations*. *American Sociological Review*, 41(2), 322-338.
40. *Organisation de coopération et de développement économiques. (2007). Health at a Glance 2007: OECD Indicators*. Paris.
41. Thompson, J. D. (1967). *Organizations in Action, Social Science Bases of Administrative Theory*. New York: Transaction Publishers.
42. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois: Résultats et analyses*. Commissaire à la santé et au bien-être, 70 p.
43. Aiken, M., Dewar, R., DiTomaso, N., Hage, J. et Zeitz, G. (1975). *Coordinating Human Services*, San Francisco: Jossey-Bass.
44. Hébert, R. (2003). *L'intégration des services aux personnes âgées: une solution prometteuse aux problèmes de continuité*. *Santé, société et solidarité*, 2(2), 67-76.
45. Alter, C. et Hage, J. (1970). *Structural Properties: Centrality, size, Complexity, Differentiation, and Connectedness: Organizations Working Together*. (pp. 149-185). California: S. Publications.

46. Gardner, K., Banfield, M., McRae, I., Gillespie, J. et Yen, L. (2014). Improving coordination through information continuity: a framework for translational research. *BMC Health Serv Res*, 14, 590.
47. Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1(3), 134.
48. Weaver, N., Coffey, M. et Hewitt, J. (2017). Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 24(6), 431-450.
49. Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. et McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), 1219.
50. Organisation de normes en santé et ses concédants de licence. (2018). *Pratiques organisationnelles requises, Livret 2018 (2e version): Quantum Pour les visites d'agrément débutant en janvier 2019*. Agrément Canada.
51. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
52. Hébert, P. C., Hoffman, C. et Davies, J. M. T. C. (2003). The Canadian patient safety dictionary. Canadian Health Services Research Foundation.
53. Leaterman, S. et Sutherland, K. (2010). *Quality of Healthcare in Canada: A Chartbook*. Canadian Health Services Research Foundation.
54. Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L. et al. (2008). *What exactly is patient safety*: Rockville (MD). Agency for Healthcare Research and Quality.
55. Hollnagel, E., Woods, D. et Leveson, N. (2006). *Resilience engineering: Concepts and precepts*. Aldershot: Ashgate.
56. Loi sur les services de santé et les services sociaux, mise à jour le 1er décembre 2019.
57. Organisation mondiale de la santé. (2010). *Medical Devices: Managing The Mismatch An outcome of the Priority Medical Devices project*. 36 p.
58. Hicks, N. R. (1994). Some observations on attempts to measure appropriateness of care. *British Medical Journal (BMJ)*, 309(6956), 730-733.
59. Shekelle, P. G. (2017). Appropriateness criteria: a useful tool for the cardiologist. *Heart*, 95, 517-520.
60. Haute Autorité de Santé. (2017). *Revue de pertinence des soins. Développement professionnel continu (DPC)*, 3 p.
61. Sanmartin, C., Murphy, K., Choptain, N., Conner-Spady, B., McLaren, L., Bohm, E., Dunbar, M. J., Sanmugasunderam, S., De Coster, C., McGurran, J., Lorenzetti, D.L. et Noseworthy, T. (2008). Appropriateness of healthcare interventions: Concepts and scoping of the published literature. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24(3), 342-349.
62. Commissaire à la Santé et au Bien-Être. (2016). *Rapport d'appréciation thématique de la performance du système de santé et de services sociaux – Addenda II Pertinence des soins et services*, 56 p.
63. World Health Organisation. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. Dans *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, 322 p.
64. Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S. et Stange, K. C. (2010). Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Affairs*, 29(8), 1489-1495.
65. Mead, N. et Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.
66. Radwin, L. E., Cabral, H. J. et Wilkes, G. (2009). Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 4-17.
67. Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
68. Carrier, S., Lambert, A., Garon, S., Morin, P., Gagné A-A. et Bossé, P-L. (2015). Évaluer les effets que produisent les services sociaux dans la vie des personnes usagères: proposition d'un cadre d'analyse. *Intervention*, 142, 17-27.
69. Masson, O. et Vanneste, D. (2015). *Habitat et vieillissement: Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie des seniors*, 216 p.
70. *Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal*. (2017). Ligne Aide Abus Aînés. Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec (Comité terminologie). Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2 p.
71. Kossarova, L., Holland, W., Nolte, E. et McKee, M. (2009). *Measuring Avoidable Mortality: Methodological note*. The London school of economics and political science.
72. Larson, E., Jigyasa, S., Bohren, M. A. et Tunçalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*.
73. Raymackers, C., Marquis, J.-G., Carrier, S. et Roberge, J. (2017). Ce qui nous rassemble, considérer l'expérience du patient et de ses proches. Dans *L'engagement de la personne dans les soins de santé et de services sociaux*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
74. Picker Institute. (2013). *Principles of patient-centered care*.
75. Wolf, J. A. (2015). *State of Patient Experience 2015: A Global Perspective on the Patient Experience Movement*. Southlake: The Beryl Institute.
76. Kindig, D. et Stoddart, G. (2003). What is Population Health? *American Journal of Public Health*, 93(3), 380-383.
77. Gouvernement du Québec. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: Résultats d'une réflexion commune*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.
78. Observatoire estrien du développement des communautés et Direction de la santé publique de l'Estrie. (2020). *Tableau de bord des communautés de l'Estrie*. Repéré à <https://oedc.qc.ca/tableau-de-bord-des-communautes/>
79. Caillouette, J., Dallaire, N., Boyer, G. et Garon, S. (2007). Territorialité, action publique et développement des communautés. *Économie et Société*, 28(1), 8-23.
80. Tremblay, J. (2015). *Se positionner comme CISSS/CIUSSS pour soutenir le développement des communautés*. Institut national de Santé publique, 12 p.
81. Vibert, S. et Potvin, L. (2000). La communauté, une notion à redéfinir pour la santé publique. Dans *Construire l'espace sociosanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*, pp. 99-117, Presses de l'Université de Montréal : Montréal.
82. Cheng, A. S. et Daniels, S. E. (2003). Examining the Interaction Between Geographic Scale and Ways of Knowing in Ecosystem Management: A Case Study of Place-Based Collaborative Planning. *Forest Science*, 49(6), 841-854.
83. CIUSSS de l'Estrie - CHUS. (2016). *Responsabilité populationnelle et développement des communautés*. 16 p.
84. Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Promotion de la santé: Charte d'Ottawa*. 6 p.
85. Organisation mondiale de la santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Liban: OMS.
86. Allaire, J.-F., St-Martin, K.-A., Massougbojji, J., Zomahoun, H.T.V. et Langlois, L. (2018). *S'outiller pour favoriser la participation des usagers, des proches, des citoyens et des communautés à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services : Recueil d'idées inspirantes*. Sous la direction de Paul Morin. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
87. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Gouvernement du Québec.
88. Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et Fréchette, L. (2008). *L'organisation communautaire: fondements, approches et champs de pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
89. Institut canadien d'information sur la santé. (2018). *À la recherche de l'équité en santé: définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité – regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique*. Ottawa, ON: ICIS.
90. Culyer, A. J. (2007). *Equity of What in Healthcare? Why the Traditional Answers Don't Help Policy – and What to Do in the Future*. *Healthcare Papers*, 8(Special Issue), 12-26.
91. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Parlons de l'équité en santé*. Antigonish (N. É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

92. Institut canadien d'information sur la santé. (2016). Dialogue pancanadien pour l'avancement de la mesure de l'équité des soins de santé: compte rendu. Ottawa, ON: ICIS.
93. Millman, M. (1993). Access to health care in America. Washington, D.C., National Academy Press.
94. Foro, A. (2011). Le concept de l'accessibilité: Revue de littérature. Projet PASS (non publié).
95. Organisation de coopération et de développement économiques. (2017). Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE. Paris: Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr
96. Hill, A. P. et Freeman, G. K. (2011). Promoting Continuity of Care in General Practice. London: Royal College of General Practitioners, 42 p.
97. Naert, J., Roose, R., Rapp, R. C. et Vanderplasschen, W. (2017). Continuity of care in youth services: A systematic review. *Children & Youth Services Review*, 75, 116-126.
98. Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016. Recueil des indicateurs.
99. Palmer, S. et Torgerson, D.J. (1999). Definitions of efficiency. *Economics notes. British Medical Journal*, 318 p.
100. Cylus, J., Papanicolaos, I. et Smith, C.S. (2016). A framework for thinking about health system efficiency. Dans *Health system efficiency*. Cylus J, Papanicolaos I, Smith P.C, Health policies series, 46.
101. Smith, P.C. (2009). Measuring value for money in healthcare: concepts and tools. *Quest for quality and improved performance*.
102. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). La performance du système de santé et de services sociaux québécois: Résultats et analyses. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, 70 p.
103. Naert, J., Roose, R., Rapp, R.C., & Vanderplasschen, W. (2017). Continuity of care in youth services: A systematic review. *Children & Youth Services Review*, 75, 116-126
104. Champagne F., Contandriopoulos A.P., Sicotte C., Ste-Marie G., Kone A., Nguyen H (2009). Profil de performance des établissements membres de l'AQESS, Université de Montréal, GRIS.

Section II

Les fiches des dimensions de la performance et des dimensions contextuelles

Chacune des 11 fiches présente la définition des dimensions et sous-dimensions de la performance, des indicateurs pour les mesurer, une figure synthétisant les relations (déterminants et effets) avec les autres dimensions du MAP et des exemples illustrant les relations entre les dimensions afin de mieux comprendre leurs natures. Chacune des fiches peut être imprimée séparément.

- Fiche performance 1 : Viabilité
- Fiche performance 2 : Accessibilité aux soins et services
- Fiche performance 3 : Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire
- Fiche performance 4 : Coordination et continuité de soins et des services
- Fiche performance 5 : Pertinence
- Fiche performance 6 : Sécurité
- Fiche performance 7 : Humanisme
- Fiche performance 8 : Productivité
- Fiche performance 9 : Efficacité de soins et des services
- Fiche performance 10 : Efficience
- Fiche performance 11 : Expérience usager
- Fiche contextuelle 1 : Caractéristiques du territoire, des individus et des partenaires
- Fiche contextuelle 2 : Équité



Viabilité des soins et services

Qu'est-ce que la viabilité des soins et des services?

La viabilité réfère à la capacité à acquérir, configurer et maintenir les ressources (financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles) et les connaissances afin que les trajectoires de soins et services soient adaptées aux besoins présents et futurs des usagers [1, 2].

Quelles sont les sous-dimensions de la viabilité des soins et des services?



Durabilité: Assurer la durabilité de la réponse aux besoins présents et futurs des usagers

Capacité d'une trajectoire de soins et services à maintenir ses ressources et à anticiper l'évolution des besoins des usagers et de leurs proches, afin d'acquérir et de configurer les ressources en fonction de ces évolutions. Les conditions pour assurer la durabilité sont les suivantes:

- Assurer une bonne qualité de vie au travail des intervenants [3];
- Disposer d'informations sur les transformations du contexte populationnel, territorial et épidémiologique [4, 5];
- Mettre en œuvre des processus d'appropriation de nouvelles connaissances et développer ou implanter des innovations cliniques et organisationnelles [2].

Cela nécessite également de mettre en œuvre des politiques de développement durable « qui répond[ent] aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. » [6].



Acquisition et configuration agile et judicieuse des ressources

(matérielles, technologiques, financières, humaines, informationnelles)

Capacité à acquérir et à configurer de façon agile et judicieuse les ressources financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles et des connaissances issues de l'environnement pour répondre aux besoins de la population [2], en complémentarité avec les partenaires intersectoriels [7].

Quelle est la relation entre les besoins des individus et de la population et la viabilité d'une trajectoire de soins et de services?

Il existe une relation directe entre la capacité d'une trajectoire de soins et de services à répondre aux besoins de santé et de services sociaux présents et futurs d'une population sur un territoire, et l'acquisition, la configuration et le maintien des ressources. Cette relation réfère aux liens entre les dimensions Caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires, Viabilité et Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire.

En effet, pour déterminer les besoins d'une population sur un territoire, une analyse du profil populationnel (les caractéristiques sociodémographiques et les déterminants de la santé) et du profil épidémiologique de la population est nécessaire (voir Fiche Caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires [4, 5]). Pour répondre à ces besoins et offrir des soins et services ajustés, il est nécessaire de disposer des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles suffisantes et de les configurer adéquatement. Ce processus doit être soutenu par des données scientifiques afin de garantir la pertinence des soins et services offerts [4]. Pour Pineault (2012), l'adéquation entre les ressources et les besoins d'une population s'analyse en fonction de la quantité de ressources nécessaires et de leurs types (notion d'acquisition des ressources), et en fonction de leurs répartitions territoriales et de leurs modes d'allocation (p. ex. complémentarité des professionnels selon leurs rôles et responsabilités) (notion de configuration des ressources) [4].

Cependant, l'acquisition et la configuration judicieuse des ressources ne garantissent ni leur maintien à travers le temps, ni la capacité de la trajectoire à s'adapter à l'évolution des besoins de la population cible. Pour ce faire, il est nécessaire de:

- Assurer une qualité de vie au travail promouvant le bien-être des professionnels et favorisant leur rétention [3] ¹.
- Développer à l'interne ou implanter des innovations externes qui permettent une amélioration continue de l'offre de soins et de services, et des pratiques. Les innovations cliniques ou administratives sont en effet des éléments essentiels pour s'adapter et influencer l'environnement d'une organisation, et maintenir sa performance [8, 9] ².
- Disposer des connaissances et des données scientifiques (p. ex. guide de bonnes pratiques) permettant de disposer des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles possibles et d'assurer la pertinence des soins et services.

Comment mesure-t-on la viabilité des soins et des services?

Il existe plusieurs mesures de la viabilité des soins et services d'une trajectoire en fonction des sous-dimensions. La viabilité peut être mesurée à toutes les étapes d'une trajectoire de soins et services et pour chaque épisode de soins. Il est donc recommandé d'identifier des indicateurs pour chaque étape d'une trajectoire afin d'avoir un portrait juste et complet de la Viabilité. Le Tableau 1 propose des indicateurs et des thématiques de mesure pour chaque sous-dimension de la Viabilité.

1 La qualité de vie au travail réfère à l'interaction entre des ressources et leur allocation conditionnant l'environnement physique de travail, les perceptions et les attentes individuelles et collectives qui influencent le climat de travail, et la satisfaction des intervenants. L'interaction entre ces éléments physiques, cognitifs et les modalités de gestion d'une organisation génère certains comportements organisationnels et influence l'état de santé physique et mentale des employés [17].

2 L'innovation est la mise en œuvre d'une idée générée en interne ou empruntée (produit, appareil, système, processus, politique, programme ou service) qui est nouvelle pour l'organisation au moment de son adoption. L'innovation, à la différence d'une invention, est destinée à être institutionnalisée dans l'organisation où elle est implantée [10].

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et de thèmes de mesure de la viabilité des soins et des services

Sous-dimensions de la viabilité	
Durabilité	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
<p>Qualité de vie au travail (environnement physique de travail, charge de travail, comportement organisationnel, état de santé des employés)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de temps supplémentaire (par catégorie professionnelle) [3] • Ratio de patients par infirmière [3] • Taux d'absentéisme (en fonction des heures travaillées et par catégorie professionnelle) [3] • Taux de roulement des employés embauchés dans l'année [3] • Taux de roulement [3]
Innovation	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption et utilisation de dossiers médicaux et de prescriptions électroniques [12] • Pratique avancée ou novatrice liée à l'utilisation des dossiers médicaux [11] • Proportion des médecins de famille qui peuvent faire des échanges électroniques de résumés cliniques des patients avec des médecins à l'extérieur de leur cabinet [11]
Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage du budget consacré à la formation du personnel [3] • Utilisation des guides de pratique clinique pour certaines maladies chroniques ciblées [11]
Développement durable	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de déchets recyclés [25] • Réduction du carbone émis par les installations et les intervenants (déplacements) [25] • Diminution de la consommation d'eau [25]

Acquisition et configuration des ressources

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> Total des dépenses de santé par habitant (comparaison par établissement) [11, 12] Proportion de médecins de famille qui affirment qu'ils connaissent le coût réel des tests ou des traitements [11] Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales de l'organisation, en pourcentage [11]
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de médecins omnipraticiens pour 1 000 habitants (ou en fonction du nombre total de personnes visées par la trajectoire) [11] pour les RTS et les RLS où la trajectoire est implantée Nombre de médecins spécialistes contribuant à la trajectoire pour 1 000 habitants (ou en fonction du nombre total de personnes visées par la trajectoire) [11] pour les RTS et les RLS où la trajectoire est implantée Solde migratoire des médecins [11] Nombre d'infirmières pour 1 000 habitants (ou en fonction du nombre total de personnes visées par la trajectoire) [11] pour les RTS et RLS où la trajectoire est implantée Nombre de pharmaciens pour 1 000 habitants (ou en fonction du nombre total de personnes visées par la trajectoire) [11] pour les RTS et RLS où la trajectoire est implantée Pourcentage d'infirmières licenciées avec plus de 10 ans d'expérience professionnelle [3] Proportion de médecins en région rurale [13] Ratio de médecins omnipraticiens par rapport aux médecins spécialistes [14]
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de lits en soins de courte durée pour 1000 habitants (ou en fonction du nombre total de personnes visées par la trajectoire) [11] pour les RTS et RLS où la trajectoire est implantée Nombre et type de matériel installé [2] Répartition des installations sur le territoire (RTS et RLS)
Ressources technologiques	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des cabinets médicaux qui utilisent des dossiers médicaux électroniques [11] Proportion des cabinets médicaux qui utilisent systématiquement des requêtes électroniques d'examen de laboratoire [11] Proportion des cabinets médicaux qui utilisent systématiquement des alertes ou des messages électroniques concernant un problème potentiel de dose ou d'interaction de médicaments [11] Proportion des médecins de famille qui peuvent faire le transfert électronique de prescriptions à une pharmacie [11] Proportion des cabinets médicaux qui peuvent générer une liste de patients par diagnostic en utilisant un processus informatisé [11] Proportion des cabinets médicaux qui peuvent générer une liste de patients pour qui des examens ou des soins préventifs doivent être faits ou auraient dû être faits antérieurement en utilisant un processus informatisé [11]
Ressources informationnelles	<ul style="list-style-type: none"> Progrès dans la mise en place de systèmes d'information [2] Degré de normalisation de l'information recueillie et communiquée aux fins de décision fondée sur des données probantes [2] Degré d'utilisation de la technologie, fondée sur des données probantes [2]

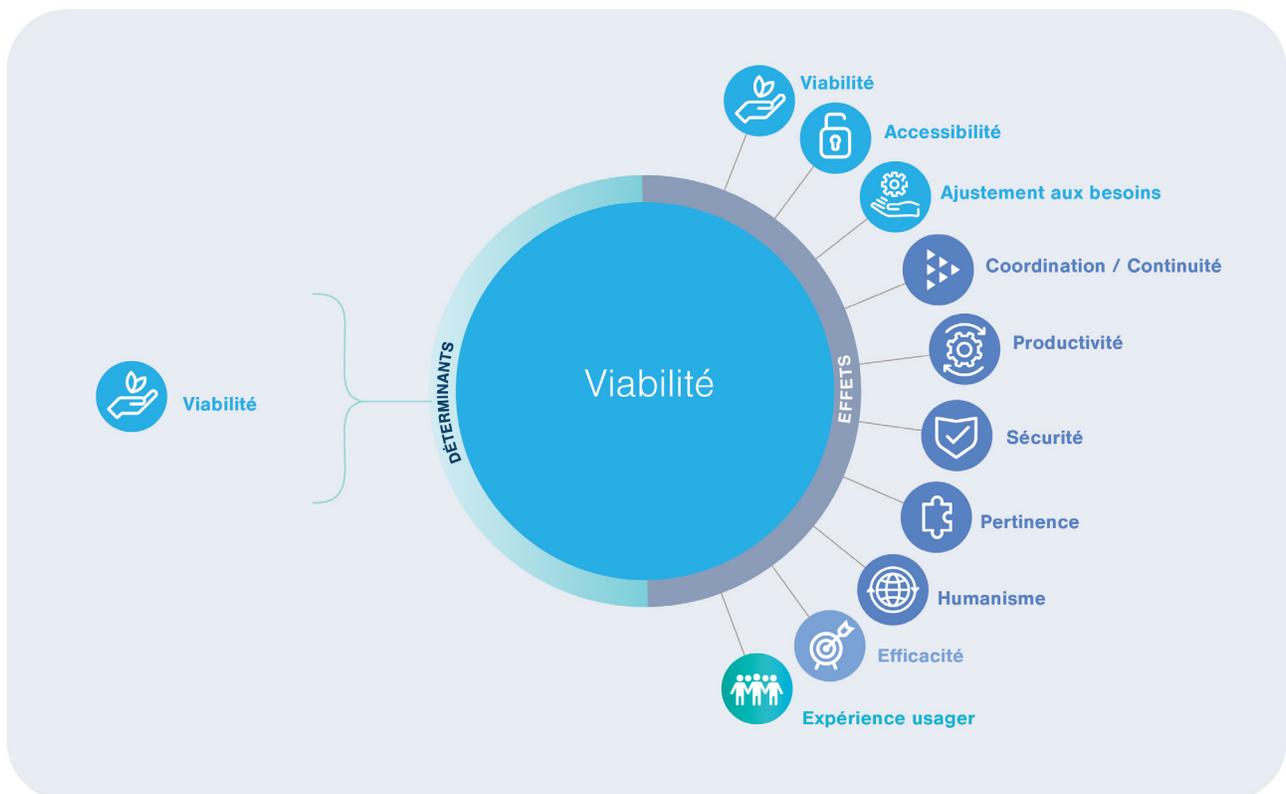
Comment la viabilité des soins et des services est-elle liée aux autres dimensions de la performance des trajectoires?

Le MAP des trajectoires est composé de 11 dimensions interreliées. Cette fiche met en évidence les relations entre la viabilité et les autres dimensions de la performance. Certaines influencent la viabilité et sont donc des déterminants de la viabilité. D'autres sont influencées par la viabilité et peuvent donc être considérées comme des effets de la viabilité. La figure 1 illustre ces liens, tandis que les Tableaux 2 et 3 en proposent des exemples. Seules les relations scientifiquement fortes ou modérées sont présentées, bien que d'autres relations faibles ou modérés puissent exister ^{3,4}.

Par ailleurs, les sous-dimensions de la viabilité agissent l'une sur l'autre. Par exemple, l'acquisition et la configuration des ressources déterminent la qualité de vie au travail. De même, l'acquisition des ressources agit comme déterminant de l'innovation. La viabilité est la seule dimension du Modèle qui présente une relation avec elle-même. Des exemples de ces relations sont présentés dans le Tableau 2.

FIGURE 1

Déterminants et effets de la viabilité des soins et des services



3 Voir l'Annexe 2 du document principal pour des explications sur le sens du lien entre les dimensions de la performance.

4 La description de la méthodologie pour la conception des fiches est décrite dans l'annexe 3 du document principal.

TABLEAU 2

Relations entre les sous-dimensions de la viabilité des soins et des services

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Les différentes sous-dimensions de la viabilité interagissent ensemble. Par exemple, l'acquisition et l'allocation des ressources peuvent avoir un impact sur la durabilité, notamment sur la qualité de vie au travail car elles conditionnent la charge de travail du personnel, de même que sur l'implantation d'innovations cliniques en santé. L'implantation d'innovation peut en retour avoir une influence sur la configuration des ressources humaines et matérielles.

Exemple 1 : Des études démontrent que, lorsque les innovations cliniques font l'objet de stratégies de développement puis d'institutionnalisation qui prennent en compte le contexte (politique, environnemental, les caractéristiques de la population), elles sont davantage adoptées et utilisées par le personnel. Ainsi, en misant sur la compréhension du contexte et son évolution, ainsi que sur le développement constant des connaissances, ces innovations technologiques sont davantage en adéquation avec les besoins des populations et des intervenants. L'institutionnalisation d'innovations cliniques est un facteur important pour améliorer la configuration des ressources et donc l'offre de services [15].

Exemple 2 : Une étude montre que les innovations affectent plusieurs composantes d'un système de santé de manière simultanée. L'utilisation de nouvelles technologies peut permettre à la fois une meilleure configuration des ressources, une meilleure réponse aux besoins des usagers, et un accroissement de la disponibilité des ressources (ou l'identification des ressources disponibles). L'utilisation de nouvelles technologies influence la dispensation des soins et services par l'offre de nouvelles formes de dépistage, de nouvelles façons d'établir un diagnostic ou de traiter certaines maladies. L'intégration de nouvelles technologies peut également alléger la demande pour des soins et services de santé ou des services sociaux, notamment par l'utilisation de la télésanté. Toutefois, l'intégration de nouvelles technologies dans le système de santé et services sociaux peut ajouter de la pression sur les ressources humaines. En effet, leur implantation requiert de former le personnel clinique et d'entretien pour qu'il acquiert les connaissances et les compétences nécessaires à leur utilisation. L'implantation nécessite également d'aménager les infrastructures [18].

Exemple 3 : Plusieurs études montrent que la qualité de vie au travail est un déterminant majeur de l'absentéisme. En effet, la satisfaction au travail est associée tant à la fréquence des absences qu'à leur durée, tandis que l'insatisfaction au travail augmente l'absentéisme. L'ambiguïté du rôle pour certains professionnels, le salaire et la centralisation du pouvoir décisionnel contribuent également à l'absentéisme [17].

TABLEAU 3

Exemples d'effets de la viabilité des soins et services sur les autres dimensions de la performance des trajectoires

DIMENSION DU MODÈLE

Accessibilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Parmi les composantes de la viabilité, l'acquisition et la configuration des ressources (financières, humaines, matérielles, informationnelles et technologiques), ainsi que l'implantation d'innovations, peuvent avoir un impact tant positif que négatif sur l'accessibilité aux soins et services de santé et services sociaux.

Exemple 1 : Une étude portant sur la structure des soins en néphrologie dans 17 pays européens a identifié que la disponibilité limitée du personnel était une barrière à l'accès aux soins et services pour les usagers aux prises avec une maladie rénale chronique ne nécessitant pas de dialyse. Une pénurie de personnel dans presque toutes les catégories d'emploi nécessaires aux soins en néphrologie est rapportée, dans toutes les régions du monde, par exemple un manque de néphrologues (86 % des pays répondants), de diététiciens (78 %), d'infirmiers en dialyse (69 %), ou de techniciens en dialyse (60 %) [19].

Exemple 2 : Une étude montre que l'implantation d'innovations, bien qu'elle vise à améliorer l'organisation des services, la qualité ou l'efficacité des interventions, présente également des enjeux. Les innovations peuvent ainsi accentuer les défis en matière de configuration des ressources humaines en modifiant la nature et la portée des tâches, ainsi que les compétences et les responsabilités des intervenants. L'implantation d'innovations peut également exacerber les enjeux d'accès aux soins et services lorsque celles-ci ne peuvent être utilisées que par des professionnels spécialement formés. De plus, l'installation et l'entretien des innovations technologiques nécessitent des ressources importantes. Ces ressources proviennent parfois d'autres secteurs et entraînent la diminution de l'offre de services. Enfin, la présence d'une nouvelle offre de services peut créer des attentes au sein de la population auxquels le système de santé et de services sociaux ne pourra pas toujours répondre. Ainsi, l'implantation d'innovations nécessite un effort de gestion des attentes et une régulation globale de sa dissémination, de son utilisation et de son financement [18].

DIMENSION DU MODÈLE

Ajustement aux besoins de la population cible

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La sous-dimension Acquisition et configuration des ressources est étroitement liée à la capacité du système de santé et de services sociaux à s'ajuster aux besoins de la population cible de la trajectoire.

Exemple 1 : Une étude montre que la capacité à acquérir des données (sur les besoins, le contexte et le système) de manière continue, et d'utiliser ces ressources informationnelles afin de préparer le système de santé à répondre à des changements, est un élément fondamental permettant l'ajustement aux besoins de la population [16].

Exemple 2 : Le vieillissement démographique, la transition épidémiologique et le progrès scientifique induisent une demande croissante de services de santé et services sociaux et mettent sous pression les établissements de soins et services en santé et services sociaux et leur capacité de réaction. Lorsque le système de santé et services sociaux est dans l'incapacité de rassembler les ressources nécessaires (économiques, matérielles, humaines, technologiques ou informationnelles), sa capacité à ajuster les soins et services aux besoins de la population cible est réduite [20].

Coordination-Continuité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La continuité des soins et services et la coordination entre les intervenants, ou entre les étapes d'une trajectoire, sont influencées par la configuration des ressources, par l'implantation d'innovations technologiques et par la qualité de vie au travail.

Exemple 1 : Plusieurs études ont montré que l'absentéisme avait un effet négatif sur la continuité des soins et services. L'une d'entre elles a démontré que l'augmentation du taux de complications était reliée à l'augmentation de l'absentéisme, avançant l'hypothèse que la perte de continuité clinique en serait la cause [17].

L'absentéisme, lui-même déterminé par une insatisfaction au travail, entraîne un bris de la continuité clinique, ce qui a un impact négatif sur la sécurité des soins et services.

Exemple 2 : L'utilisation d'un système de dossiers médicaux électroniques (innovation technologique en santé) a démontré un effet positif sur la continuité des soins prodigués à des usagers présentant une hypertension artérielle [24].

Productivité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'acquisition et la configuration des ressources, la formation du personnel, la qualité de vie au travail et l'implantation d'innovations en santé, qui sont des sous-dimensions de la viabilité, ont un effet sur la productivité d'une trajectoire de soins et de services.

Exemple 1 : Une revue systématique a démontré que les interventions réalisées par des infirmières praticiennes spécialisées (« super-infirmières ») dans le cadre de soins et services ambulatoires entraînaient une réduction des coûts par rapport aux soins et services réguliers, et amélioraient les résultats de santé pour les usagers. Une étude menée dans 12 pays démontre par ailleurs que le rôle joué par les infirmières praticiennes spécialisées améliore l'accès aux services et réduit le temps d'attente. Dans certains contextes, l'intervention des infirmières praticiennes spécialisées permet également d'offrir des soins de qualité équivalente à celui d'un médecin à coûts moindres, en plus d'augmenter la satisfaction des proches aidants [21].

L'intervention des infirmières praticiennes spécialisées (composantes de la viabilité : acquisition et configuration des ressources humaines) permet d'améliorer la productivité des soins et des services.

Exemple 2 : Un nombre grandissant d'études démontre les effets positifs de la télésanté pour les usagers et pour les intervenants. La télésanté entraîne une réduction de la durée de séjour à l'hôpital et de la demande pour les services d'urgence, ainsi qu'une amélioration de l'accès aux soins de santé, de la qualité des soins et services et des résultats cliniques. Elle permet également une diminution des coûts de santé, une amélioration de la gestion des conditions chroniques et complexes, ainsi qu'une meilleure offre de soutien par les pairs [22].

La télésanté (composante de la viabilité : configuration des ressources technologiques, innovation) permet de nombreux gains dont l'amélioration de la productivité par un meilleur accès aux services pour les usagers, tout en réduisant le coût des interventions et en favorisant une utilisation plus judicieuse des services coûteux, notamment l'hospitalisation prolongée ou les services d'urgence.

Exemple 3 : L'absentéisme (symptôme d'une qualité de vie au travail dégradée) affecte la productivité du système de santé et services sociaux. L'absentéisme détourne les ressources financières des soins et services, notamment par l'absence de travailleurs pouvant dispenser le service ou par les coûts engendrés par le remplacement du personnel absent [17].

DIMENSION DU MODÈLE

Sécurité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La sécurité des soins et services de santé et services sociaux peut être affectée par la viabilité, plus particulièrement par l'acquisition et la configuration des ressources, et par la qualité de vie au travail.

Exemple 1 : L'acquisition et la configuration des ressources (notamment humaines) influencent directement la qualité et la sécurité des soins et services, qui, à son tour, a un effet sur la productivité d'une trajectoire de soins et services ou d'un établissement. En effet, disposer du personnel nécessaire, configuré judicieusement, permet d'améliorer la sécurité des soins et des services et donc de diminuer le nombre et la gravité des événements indésirables qui entraînent un allongement de la durée de séjour hospitalier et de nouveaux soins et services.

Des études ont démontré que le ratio de personnel soignant par usager, la composition des équipes de soins, de même que l'heure à laquelle les soins sont prodigués à l'utilisateur, ont un impact sur la durée de séjour hospitalier, du fait d'un meilleur contrôle des infections et du respect par le personnel des techniques aseptiques. Ce dernier point est lui-même dépendant du niveau de connaissances techniques des intervenants. Par ailleurs, d'autres études démontrent, par exemple, qu'une demi-heure supplémentaire de soin par usager et par jour dispensés par une infirmière réduit de plus de 4 % le nombre de pneumonies postopératoires. Enfin, le ratio d'utilisateurs par infirmière est associé à la probabilité d'apparition d'escarres et d'infections nosocomiales, telles que la pneumonie ou les infections dues aux cathéters [17].

Exemple 2 : Des études démontrent que les conditions de travail des médecins, tant en clinique qu'en milieu hospitalier, influencent la sécurité des soins et services. La moitié des médecins perçoivent que les syndromes de stress entraînent une diminution des standards de qualité des soins et services, alors que 40 % d'entre eux déclarent être irritables ou en colère. Le stress des médecins entraînerait une augmentation de 7 % des erreurs sérieuses pouvant mener à la mort. Dans une étude réalisée auprès de résidents en médecine, on remarque que chaque augmentation d'un point dans les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation serait associée à une augmentation de 10 % dans le rapport des erreurs dans les trois mois. Enfin, une autre étude a démontré que les résidents présentant des syndromes de dépression étaient 6,2 fois plus sujets à faire des erreurs de médication [17].

Une détérioration de la qualité de vie au travail des médecins a des impacts négatifs sur la sécurité des soins et des services, et donc sur la productivité, du fait de l'augmentation de l'intensité de soins et services requis pour répondre aux conséquences des événements indésirables subis par les usagers. Ces deux exemples montrent qu'il existe une relation forte entre la viabilité d'une trajectoire, la sécurité des soins et services et la productivité.

Exemple 3 : Des études menées dans les années 1990 dans les États de New York, du Massachusetts et de la Californie mettent en évidence une relation inverse significative entre le nombre total d'heures de soins par usager et la durée de l'hospitalisation. Ainsi, plus on consacre d'heures de soins à un usager, plus la durée d'hospitalisation diminue. L'étude montre que chaque heure de soins infirmiers additionnelle par usager est associée à une diminution de la durée d'hospitalisation de 4,4 % à 9,7 %. Dans la même étude, les auteurs ont observé une réduction de la durée d'hospitalisation d'une journée pour toute augmentation de 10 à 97 minutes du temps de soin quotidien par usager, dans de nombreux départements (chirurgie, neurologie, oncologie, orthopédie, obstétrique, psychiatrie et réadaptation) [26].

Cet exemple démontre que le fait de disposer de suffisamment d'intervenants pour offrir une intensité optimale de soins et services (nombre d'heures de soins directs aux usagers) permet de réduire la durée de séjour. Ceci signifie que la productivité ne s'obtient pas forcément par la réduction du nombre d'intervenants, mais par une meilleure adéquation entre le nombre d'intervenants et l'intensité de soins et services nécessaires pour assurer une prise en charge de qualité qui favorise la productivité des soins et des services.

DIMENSION DU MODÈLE

Pertinence

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Les connaissances des intervenants et la configuration des ressources informationnelles, de même que l'appui de technologies pour soutenir la prise de décisions cliniques, ont un effet sur la pertinence des soins et services.

Exemple 1 : Une revue systématique a conclu que l'utilisation de guides de pratiques (ressources informationnelles, formation) diffusées via un système d'information a un effet positif sur la pertinence des soins et sur l'adhérence des usagers à leurs traitements [24].

Exemple 2 : Une revue des revues systématiques portant sur l'implantation du dossier médical électronique (innovation technologique en santé) a démontré son effet sur la pertinence des soins et services à différent niveau. Les systèmes informatiques de prescriptions ont un effet faible à modéré sur la pertinence des soins et services en entraînant une augmentation de la prescription des soins de routine et des soins recommandés par les guides de pratique. Du même coup, ils entraînent une réduction des soins potentiellement dangereux. Les mêmes effets sont remarqués avec les systèmes informatiques de prescriptions de médicaments [23].

DIMENSION DU MODÈLE

Humanisme

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'humanisme des soins et services repose beaucoup sur l'attitude des intervenants, qui est influencée par leur qualité de vie au travail et leur disponibilité émotionnelle.

Exemple 1 : Pour être efficaces, les membres du personnel de soins et de services sociaux doivent maîtriser des connaissances techniques, des compétences pratiques, ainsi que des aptitudes interpersonnelles leur permettant d'entrer en relation avec l'utilisateur afin d'offrir des soins et services de qualité. La littérature scientifique démontre que l'implantation d'innovations en santé affecte directement les connaissances et les compétences requises, mais affecte également indirectement les aptitudes interpersonnelles. On note l'exemple de la Russie, où les médecins de famille ne sont pas toujours suffisamment formés aux technologies médicales modernes, ce qui entraîne une perte de confiance des usagers envers leur médecin de famille et une augmentation du nombre d'utilisateurs préférant se rendre à l'hôpital, même pour des soins simples [18].

La perception par les usagers d'un manque de formation, de compétences et de connaissances techniques par les médecins exerçant en clinique affecte négativement l'alliance thérapeutique entre le médecin de famille et les usagers et entraîne une utilisation inadéquate des soins et des services et donc une diminution de la productivité.

Exemple 2 : L'épuisement professionnel a des effets tant sur les individus que sur les organisations, et entraîne une réduction de la productivité, de l'efficacité et des considérations humaines en raison de l'absentéisme, de l'augmentation du taux de roulement, de l'accroissement des procédures non nécessaires, et de la diminution du temps accordé aux usagers. En effet, l'épuisement émotionnel est un déterminant majeur de la diminution de l'humanisme des soins et services [17].

DIMENSION DU MODÈLE

Efficacité clinique et populationnelle

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La viabilité a un effet direct sur l'efficacité clinique et populationnelle des soins et services, notamment par le biais de l'acquisition et de la configuration des ressources, d'innovations et par la formation du personnel.

Exemple 1 : Certaines innovations technologiques en santé ont démontré des effets positifs au niveau de l'efficacité clinique des soins et services. Plusieurs études ont démontré que la télésanté contribue à la réduction de la durée de séjour à l'hôpital, à la réduction de la demande pour les services d'urgence, à l'amélioration de l'accès aux soins de santé, à l'augmentation de la qualité des services, à l'amélioration des résultats cliniques de santé, à une réduction des coûts, à une réduction des désagréments liés aux soins et services, à l'amélioration de la gestion des maladies chroniques et des conditions complexes, une amélioration du soutien par les pairs et de l'accès à des formations [22]. On remarque notamment l'efficacité clinique de la télésanté pour le suivi du diabète (amélioration de la maîtrise de la glycémie) et de la tension artérielle (baisse significative de la tension artérielle, supériorité de la télésurveillance à domicile sur le plan de l'amélioration de l'état de santé des patients souffrant d'hypertension par rapport aux méthodes traditionnelles de suivi) [23].

Exemple 2 : L'acquisition et la configuration des ressources humaines, notamment des ressources infirmières, ont un effet important sur l'efficacité de la prise en charge des usagers. Un manque de ressources humaines qualifiées réduit l'efficacité de la prise en charge. En outre, chaque patient additionnel par infirmière est associé à une augmentation de 7 % de la possibilité de mourir dans les 30 jours suivant l'admission [17].

DIMENSION DU MODÈLE

Expérience de l'utilisateur

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'acquisition des ressources et la façon dont elles sont configurées, la formation du personnel, leur attitude, de même que certaines innovations, ont un effet sur l'expérience usager au fil de son parcours dans la trajectoire de soins et services.

Exemple: L'innovation dans les soins et services n'est pas nécessairement technologique, et peut être utilisée pour améliorer l'expérience usager. Une étude décrit une méthode novatrice de réorganisation des soins et services afin de mieux les centrer sur les besoins des usagers. Cette méthode a été implantée dans différents services (traumatologie, rhumatologie, oncologie, soins à domicile et ressources humaines) au sein de dix hôpitaux liés au University of Pittsburgh Medical Center. Cette méthode en six étapes consiste à visualiser tous les aspects de l'expérience de soin des yeux de l'utilisateur et de ses proches. Un des projets évalués visait à changer les pratiques afin de diminuer la durée de port du collier cervical. Les auteurs rapportent une augmentation significative de 14 % de la satisfaction des usagers dans le département des urgences et de 13 % dans le département de traumatologie, suite à l'implantation de cette méthode [23].

Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2012). Cadre de référence ministérielle d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion. Québec: Gouvernement du Québec.
2. Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS, Rapport technique. Montréal: Université de Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
3. Thiebaut G.C. (2013). Les dimensions négligées de la performance des systèmes de santé : les valeurs et la qualité de vie au travail. (Thèse de doctorat en santé publique). Université de Montréal, Montréal, Québec.
4. Pineault, R. (2012). Comprendre le système de santé pour mieux le gérer. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
5. Devers, A., & Champagne, F. (1984). *Epidemiology in health services management*. Rockville, Md.: Aspen publication.
6. Gouvernement du Québec. (2019). À propos du développement durable, Québec: Ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs. Repéré le 14 janvier 2019 à <http://www.environnement.gouv.qc.ca/developpement/definition.htm>
7. Massuard, M., Royer, A.M., & Lane, J. (2017). Guide de pratiques sur l'animation des trajectoires de soins et services. Sherbrooke: Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
8. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004a). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
9. Kaplan, R.S., & Norton, D. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 1, 75-85.
10. Damanpour, F., & Evan, W. M. (1984). Organizational innovation and performance: The problem of "organizational lag". *Administrative Science Quarterly*, 29(3), 392-409.
11. Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016, Recueil des indicateurs. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être.
12. OECD/EU. (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. Repéré à https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
13. Institut Canadien d'information pour la santé (2020). Répertoire des indicateurs. Repéré à http://repertoiredesindicateurs.icis.ca/display/HSPILF?_ga=2.262116365.1896470069.1580312133-1958185468.1574801407
14. Long, M.J. (1994). The medical care system: a conceptual model. Ann Arbor, Mich.: AUPHA Press/Health Administration Press.
15. Shelton, R.C., Rhoades Cooper, B., & Stirman, S. W. (2018). The Sustainability of Evidence-Based Interventions and Practices in Public Health and Health Care, *Annual Review of Public Health*, 39, 55-76. Repéré à <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014731>
16. Fridell, M., Edwin, S., von Schreeb, J., & Saulnier, D. D. (2020). Health System Resilience: What Are We Talking About ? A Scoping Review Mapping Characteristics and Keywords, *International Journal of Health Policy and Management*, 9(1), 6-16. DOI: 10.15171/ijhpm.2019.71
17. Thiebaut, G.C. (2013). Les dimensions négligées de l'évaluation de la performance des systèmes de santé : les valeurs et la qualité de vie au travail. (Thèse de doctorat), Département d'administration de la santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec.
18. Lehoux, P., Roncarolo, F., Silva, H.P., Boivin, A., Denis, J.-L., & Hébert, R. (2019). What Health System Challenges Should Responsible Innovation in Health Address? Insights from an International Scoping Review, *International Journal of Health Policy and Management*, 8(2), 63-75.
19. Osman, M.A., Alrukhaimi, M., Ashuntantang, G.E., Bellorin-Font, E., Gharbi, M. B., Braam, B., Courtney, M., Feehally, J., Harris, D. C., Jha, V., Jindal, K., Johnson, D., Kalantar-Zadeh, K., Kazancioglu, R., Klarenbach, S., Levin, A., Lunney, M., Okpechi, I. G., Olanrewaju, T. O., Perl, J., Rashid, H. U., Rondeau, E., Salako, B. L., Samimi, A., Sola, L., Tchokhonelidze, I., Wiebe, N., Yang, C.-W., Ye, F., Zemchenkov, A., Zhao, M.-H. & Bel, A.K. (2018). Global nephrology workforce: gaps and opportunities toward a sustainable kidney care system, *Kidney International Supplements*, 8, 52-63. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.10.009>
20. Borgonovi, E., Adinolfi, P., Palumbo, R., & Piscopo, G. (2018). Framing the Shades of Sustainability in Health Care: Pitfalls and Perspectives from Western EU Countries, *Sustainability*, 10(12), 4439. DOI:10.3390/su10124439
21. Salamanca-Balen, N., Seymour, J., Caswell, G., Whyntes, D., & Tod, A. (2018). The costs, resource use and cost-effectiveness of Clinical Nurse Specialist-led interventions for patients with palliative care needs: A systematic review of international evidence, *Palliative Medicine*, 32(2), 447-465.
22. Bradford, N. K., Caffery, L.J., & Smith, A.C. (2016). Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability, *Rural and Remote Health*, 16(4), 3808 Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27744708>.
23. Thiebaut, G.-C. (2010). Revue de la littérature et présentation des items du questionnaire sur l'innovation et la transformation dans les organisations de santé, Modèle EGIPSS (non publié).
24. Hernandez Hurtado, E. (2010). Revue de la littérature sur le concept « Disponibilité des ressources », Modèle EGIPSS (non publié).
25. National Health System (NHS). (2020). Sustainable development unit. Measuring sustainability. Repéré à <https://www.sduhealth.org.uk/delivery/measure.aspx>
26. Lang, T. A., Romano, P. S., Hodge, M., Kravitz, R. L. et V. Olson. (2004). Nurse-Patient Ratios: A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes, *The Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 326-337.



Accessibilité aux soins et services

Qu'est-ce que l'accessibilité aux soins et services?

L'accessibilité aux soins et services est la facilité pour un usager d'obtenir un soin ou un service qui répond à ses besoins à toutes les étapes d'une trajectoire du fait de l'absence de barrières géographiques, économiques, individuelles, socioculturelles et organisationnelles [1].

L'accessibilité est l'adéquation entre les caractéristiques de l'offre de soins et services d'une organisation ou d'une trajectoire, et les besoins de la population afin de fournir les soins et les services, à l'endroit et au moment opportun [1, 2, 3].

Quelles sont les sous-dimensions de l'accessibilité aux soins et services ?



Géographique

La sous-dimension géographique de l'accessibilité réfère à la localisation des soins et des services, à la distance et au temps de déplacement de l'utilisateur pour atteindre les soins et les services [2, 4, 5, 6]. Ces éléments, qui peuvent constituer des barrières, sont mesurés par de la distance linéaire, la distance de déplacement prenant en compte les obstacles physiques ou d'aménagement, le temps nécessaire au déplacement, l'effort à prodiguer pour atteindre le service, les modes de transport disponibles, et les coûts associés au transport/déplacement [1, 2, 3, 7].



Économique

La sous-dimension économique de l'accessibilité réfère à la capacité de l'utilisateur à payer pour obtenir les soins de santé et les services sociaux dont il a besoin. Elle renvoie aux barrières financières directes et indirectes nuisant à l'accès aux soins et services [2, 3, 5, 7, 8, 9], telles que les frais de consultation, le coût des médicaments, les dépenses de l'utilisateur pour atteindre les soins et les services [3, 11].



Individuelle et socioculturelle

La sous-dimension individuelle et socio-culturelle de l'accessibilité réfère aux caractéristiques individuelles et socioculturelles des usagers [1, 4, 5, 6, 9, 10, 12], telles que l'âge, le sexe, la langue, les normes et références culturelles, le niveau de revenu, l'appartenance à un groupe minoritaire, les valeurs et croyances, l'attitude face aux soins et services et face aux personnels soignants (acceptabilité des soins et services) [1, 2, 6, 7, 10, 12, 13]. Ces éléments, s'ils ne sont pas pris en compte dans la conception de l'offre de soins et services, peuvent représenter des barrières à l'accessibilité aux soins et services. Cette sous-dimension réfère également à l'autonomie de la personne, son aptitude à choisir les soins et services, à obtenir de l'information sur les diverses options disponibles, ainsi que sa capacité à connaître et à faire respecter ses droits [10, 12].



Organisationnelle

La sous-dimension organisationnelle de l'accessibilité réfère aux modalités d'organisation des services pour faciliter l'accès ainsi qu'aux mécanismes de gestion de l'accès implantés dans l'organisation, tels que la gestion du temps d'attente, les heures d'ouverture, la priorisation des listes d'attente (transparence, respect des normes et des critères) etc. [2, 6, 9, 14, 15].

Comment mesure-t-on l'accessibilité aux soins et services d'une trajectoire ?

Il existe plusieurs mesures de l'accessibilité en fonction des sous-dimensions. L'accessibilité peut être mesurée à toutes les étapes d'une trajectoire de soins et services et pour chaque épisode de soins. Il est donc recommandé d'identifier des indicateurs pour chaque étape d'une trajectoire afin d'avoir un portrait juste et complet de l'accessibilité aux soins et services. Le Tableau 1 propose des indicateurs et des thématiques de mesure pour chaque sous-dimension de l'accessibilité aux soins et services.

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et de thématiques de mesure de l'accessibilité des soins et services

Sous-dimensions de l'accessibilité	
Géographique	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Temps de parcours	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de minutes nécessaires à l'utilisateur pour se déplacer jusqu'au centre de santé le plus près
Distance de déplacement	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de kilomètres entre la résidence de l'utilisateur et le centre de santé le plus près [8]
Sous-dimensions de l'accessibilité	
Économique	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Degré de participation de l'utilisateur aux coûts des services [11] 	<ul style="list-style-type: none"> • Montant des dépenses à la charge des usagers • Nombre de consultations manquées en raison de leur coût
Charge des dépenses directes de santé et services sociaux [11] 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des coûts des soins et services sur le revenu total des ménages • Proportion des coûts des soins et services sur l'ensemble des coûts de consommation des ménages
Sous-dimensions de l'accessibilité	
Individuelle et socioculturelle	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Types de services utilisés par des populations présentant des caractéristiques spécifiques (anglophone, immigrant, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation des services par des populations spécifiques (définies en fonction de la langue, de l'âge, de l'origine, etc.) sur une période donnée [6]

 = Peut être mesurée en prenant en considération l'expérience usager.

Organisationnelle

Thématiques de mesure		Indicateurs (exemples)
Délais d'attente pour obtenir un rendez-vous		<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de jours avant le 3^e rendez-vous disponible⁵ [1, 16] • Capacité de rendez-vous futurs : Nombre de rendez-vous disponibles divisé par le nombre total de rendez-vous pour les 4 semaines suivantes [16] • Proportion des usagers dont le délai d'accès aux services de 2^e ou de 3^e ligne est supérieur à X jours [32]
Délais d'attente dans la salle d'attente		<ul style="list-style-type: none"> • Nombres d'heures passées en salle d'attente [1]
Délais d'attente pour obtenir un traitement/service		<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de jours/semaines/mois d'attente pour un soin ou un service donné [17, 18] • Délais moyens/ Délais médians d'attente pour un soin ou un service donné [11] • Taux de conformité aux standards d'accès [19] • Délai moyen d'attente en jours des personnes à une RI-RTF (Ressources intermédiaires et de type familial) • Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse • Délai moyen d'attente en application des mesures de la Protection de la jeunesse [32]
Heures d'ouverture		<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'heures de consultation offertes les soirs et fin de semaine [6]
Index du délai de traitement		<ul style="list-style-type: none"> • Somme pondérée du délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, du temps de déplacement, du temps de séjour en salle d'attente et de la durée réelle du parcours de soins ou de services à travers une installation donnée [6]
Liste d'attente		<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes inscrites sur la liste d'attente⁶

= Peut être mesurée en prenant en considération l'expérience usager.

5 Le choix du 3^e prochain rendez-vous disponible n'est pas anodin; les premier et deuxième rendez-vous disponibles sont susceptibles d'être le résultat d'une annulation de la part d'autres usagers, et ne représentent par conséquent pas de manière juste l'accessibilité.

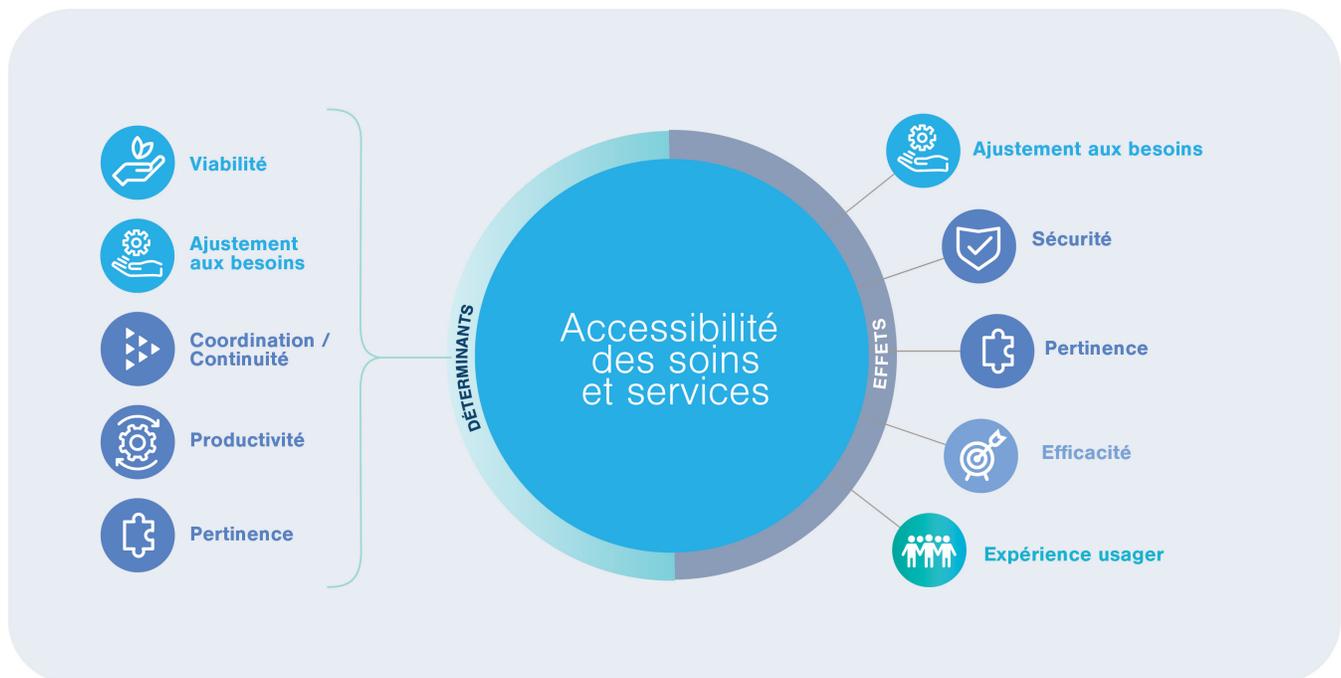
6 Cet indicateur est important bien qu'imparfait. L'enjeu de la liste d'attente repose sur la qualité de son contenu et la fréquence de sa mise à jour.

Comment l'accessibilité est-elle liée aux autres dimensions de la performance d'une trajectoire?

Le modèle de mesure et d'analyse de la performance des trajectoires est composé de 11 dimensions interreliées. Cette fiche met en évidence les relations entre l'accessibilité et les autres dimensions de la performance. Certaines influencent l'accessibilité et sont donc des déterminants de l'accessibilité. D'autres sont influencées par l'accessibilité et peuvent donc être considérées comme des effets de l'accessibilité. La figure 1 illustre ces liens, tandis que les Tableaux 2 et 3 en proposent des exemples. Seules les relations scientifiquement fortes ou modérées sont présentées, bien que d'autres relations faibles ou modérées puissent exister^{7,8}.

FIGURE 1

Déterminants et effets de l'accessibilité aux soins et services



7 Voir l'annexe 2 du document principal pour des explications sur le sens du lien entre les dimensions de la performance.

8 La description de la méthodologie pour la conception des fiches est décrite dans l'annexe 3 du document principal

TABLEAU 2

Exemples de déterminants de l'accessibilité aux soins et services

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'accessibilité aux soins et services peut être influencée par:

- La capacité de l'organisation à acquérir des ressources (financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles);
- la manière dont le personnel, le matériel et les infrastructures sont configurés sur un territoire et à l'intérieur de la trajectoire;
- la capacité à prévoir l'évolution des besoins et à préserver la qualité de vie au travail qui contribuent au maintien des ressources humaines et permettent donc de préserver l'accès aux soins et services.

Exemple 1 : La diminution du nombre et de la disponibilité des médecins omnipraticiens en première ligne réduit l'accès des usagers au système de santé et services sociaux. Les urgences compensent ce manque d'accès en devenant un lieu de plus en plus utilisé pour accéder à des soins de première ligne [6].

Pour résumer, une allocation des ressources non ajustée aux besoins de la population, comme le manque de médecins de famille, limite l'accès aux services de première ligne. Les usagers se dirigent alors vers d'autres sites dont la vocation n'est pas la première ligne, notamment les urgences.

Exemple 2 : « Pour faire face aux pénuries de médecins et garantir un accès aux soins satisfaisant, certains pays, dont les États-Unis, le Canada et le Royaume-Uni, ont attribué des fonctions plus complexes au personnel infirmier. L'évaluation des usagers, notamment ceux présentant des problèmes de santé mineurs ou qui ont besoin d'un suivi ordinaire, réalisée par les infirmiers praticiens a permis d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les délais d'attente, tout en fournissant des soins de même qualité que les médecins » [24].

Ajustement aux besoins de la sous-population ciblée

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La capacité d'une trajectoire d'adapter son offre de services aux besoins et aux caractéristiques de populations différentes, ainsi que l'offre d'une gamme de soins et services prenant en compte toutes les dimensions de la personne dans toutes les sphères de sa santé et de son bien-être, et ce à toutes les étapes de la trajectoire influencent l'accessibilité des soins et des services aux usagers.

Exemple 1 : Les groupes de populations différents ont des besoins différents. Par conséquent, une offre similaire auprès de groupes différents entraîne des difficultés d'accès aux soins et services. En effet, une offre générale ne prend pas en compte les besoins spécifiques de groupes populationnels. Cela nécessite donc une adaptation des services et de leur organisation [24, 26].

Les refuges pour sans-abris ne sont pas conçus pour accommoder les individus avec d'importants problèmes de santé. Or, plusieurs personnes itinérantes préfèrent demeurer au refuge, plutôt que d'être transférées à l'hôpital, malgré la détérioration de leur état de santé. Ceci cause des difficultés d'accessibilité à des soins de fin de vie dans le milieu choisi par l'utilisateur [20].

Pour résumer, la difficulté pour le système public de santé et services sociaux d'offrir des services intensifs en fin de vie dans des lieux non conventionnels prive les itinérants d'accéder à des soins palliatifs dans l'environnement choisi.

Exemple 2 : « [...] les interventions de proximité permettent la mise en place d'une forme de collaboration structurée entre les services de santé et sociaux et les partenaires du milieu (organismes communautaires, écoles, services de police, office municipal d'habitation-logement, etc.). Ce type d'organisation des services [des interventions de proximité et des approches de démarchage] présente plusieurs avantages, notamment pour des populations vulnérables, dont la population itinérante, puisqu'il permet l'augmentation de l'accès à un professionnel de première ligne et facilite l'inscription ainsi que le suivi par les services de première ligne » [12].

Pour résumer, les soins et services de proximité accroissent la capacité du système de santé et de services sociaux à rejoindre et donner accès aux populations vulnérables. Ils permettent ainsi de mieux répondre aux besoins de la population par l'ajustement de l'offre de services.

Coordination des soins et services

Une organisation synchronisée et coordonnée des services dans la trajectoire, entre trajectoires, et avec les partenaires, peut améliorer l'accessibilité aux soins et services en facilitant et en accélérant le cheminement entre les services.

Exemple 1 : En Californie, l'amélioration des procédures de référence aux médecins spécialistes a permis de réduire de près de 90 % les temps d'attente dans certains domaines, dont la cardiologie [36, 37].

Exemple 2 : « Le gestionnaire de cas » (*case-manager*) a la responsabilité de procéder à une évaluation exhaustive des besoins de la personne, de planifier les services nécessaires, de faire les démarches pour l'admission de la personne à ces services, d'organiser et de coordonner le soutien, d'animer l'équipe multidisciplinaire des intervenants impliqués dans le dossier ainsi que d'assurer le suivi et les réévaluations de la personne. [...] le gestionnaire de cas soulage une partie de la tâche du médecin de famille en facilitant l'accès et en coordonnant le reste des interventions sociales et sanitaires » [35].

Cet exemple illustre les effets de certaines fonctions ou mécanismes de coordination sur l'accessibilité des soins et services, à toutes les étapes de leur parcours dans une trajectoire.

Productivité

Une meilleure capacité à produire des soins et services avec les ressources disponibles permet un plus grand accès à ces soins et services. Ceci est valable jusqu'à un certain point au-delà duquel l'accès diminue du fait de l'impact négatif de la charge de travail sur le personnel.

Exemple 1 : La rémunération à l'acte des médecins encourage l'augmentation du volume d'actes posés, ayant le potentiel d'augmenter l'accès à un médecin de famille. Cependant, cette forme de rémunération peut encourager la multiplication des actes les plus rémunérateurs et l'évitement d'actes moins profitables, causant des difficultés d'accès pour certains soins et services [33].

Exemple 2 : La réorganisation d'un hôpital ophtalmologique au Royaume-Uni (nouveau design de l'unité dédiée aux cataractes, investissement au niveau du personnel infirmier permettant plus de procédures sous anesthésie locale et des opérations d'un jour, intervention auprès des généralistes pour diminuer le nombre de références de cataractes issues de faux positifs) a entraîné une hausse de la productivité. Ceci a permis de réduire les temps d'attente d'un an à trois mois [34].

Pertinence

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'accès des usagers aux soins et services requis dépend de la capacité du système de santé et des services sociaux ou d'une trajectoire à offrir le bon soin ou service, par la bonne personne, à la bonne personne, au bon endroit et au bon moment. En revanche, un manque de pertinence dans les actes posés génère pour l'utilisateur un parcours plus chaotique, ce qui cause des difficultés et des délais d'accès.

Exemple 1 : Plusieurs études ont démontré un manque de connaissances spécifiques des médecins généralistes concernant la démence. Cette méconnaissance du problème génère une incapacité à poser le diagnostic et de faire les références appropriées qui permettraient d'assurer l'accès aux soins et services requis [31].

Exemple 2 : De nombreux médecins généralistes préfèrent référer les usagers à une clinique de santé sexuelle, plutôt que d'aborder la question du VIH-Sida, même avec des populations jugées à risque. Cette référence additionnelle est une barrière supplémentaire à l'accès aux soins requis et augmente la complexité du parcours de santé pour l'utilisateur [21].

Cet exemple illustre que la difficulté de certains médecins généralistes à offrir le bon soin au bon moment multiplie, dans certaines conditions, les étapes de traitement et donc les difficultés d'accès aux soins requis.

TABLEAU 3

Exemples d'effets de l'accessibilité aux soins et services sur les autres dimensions de la performance d'une trajectoire

DIMENSION DU MODÈLE

Ajustement aux besoins de la population cible

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La réduction des barrières à l'accès aux soins et services facilite l'utilisation des services et donc la réponse aux besoins des usagers.

Exemple 1 : Une revue de littérature de 10 articles identifie le manque d'accessibilité comme une raison majeure des difficultés d'une organisation de santé et des services sociaux à répondre aux besoins des usagers. Sept articles rapportent des besoins non répondus en raison de la non-disponibilité du service au moment où il était requis. De longs délais d'attente pour obtenir un traitement en santé mentale ont été rapportés par près de 30 % des usagers souffrant d'épilepsie et de détresse psychologique, aux États-Unis. [27].

Ces exemples illustrent que les barrières à l'accès aux soins et services peuvent être la cause d'un manque d'ajustement aux besoins de santé et de services sociaux de la population.

Exemple 2 : L'enjeu du diagnostic en temps opportun demeure important dans les cas de diabète. Le délai médian de diagnostic du diabète par un médecin est de 2,4 ans, alors que plus de 7 % des cas demeurent non diagnostiqués pendant au moins 7,5 ans. Les personnes atteintes de diabète de type 2 peuvent donc développer des complications microvasculaires avant d'être diagnostiquées. Des outils de gestion de la santé populationnelle peuvent permettre d'identifier les gens les plus à risque et d'assurer un dépistage précoce du diabète [28].

Un meilleur accès aux services de première ligne, de même qu'une approche populationnelle fondée sur la prévention/promotion et le dépistage permet une meilleure couverture de la population par les services de santé et de services sociaux.

DIMENSION DU MODÈLE

Sécurité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Le fait d'avoir facilement accès aux soins et services et de recevoir le bon soin au moment opportun diminue les risques associés aux accidents et aux incidents.

Exemple 1 : Des retards d'identification et de traitement de conditions sensibles au temps, comme l'infarctus aigu du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux aigus, les urgences chirurgicales, et les septicémies sévères, entraînent le surpeuplement des urgences. Plus de la moitié des cas de morbidité et de mortalité des « événements sentinelles » sont attribuables à des délais dans l'administration des traitements et ont eu lieu dans les urgences des hôpitaux (le surpeuplement des urgences a été identifié comme un facteur contributif dans 31 % des cas) [38, 39, 40].

Exemple 2 : Une étude a mis en évidence que le risque d'effets indésirables à court terme augmentait avec la durée moyenne de séjour à l'urgence. Le risque de décès a augmenté progressivement pour chaque heure supplémentaire de temps d'attente moyen. Une réduction de la durée du séjour à l'urgence d'une heure en moyenne pourrait réduire le nombre de décès de 12,7 % chez les patients à risques élevés et de 6,5 % chez les patients à faibles risques [29].

Pertinence

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'absence d'entrave à l'accès aux soins et services permet aux soignants et aux usagers de choisir le traitement le plus approprié, au moment opportun, sans contrainte.

Exemple 1 : Une barrière d'accès liée à un manque de services dans la langue de l'utilisateur peut mener à un délai de traitement, un soin inapproprié et à un mauvais diagnostic [22].

Exemple 2 : Une méta-synthèse rapporte que des femmes vivant en milieu rural et souffrant de cancer ont choisi le traitement impliquant le moins de déplacements (p. ex. mastectomie complète), plutôt qu'un traitement moins invasif (p. ex. retrait de la tumeur, traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie), à cause de barrières géographiques [5].

Exemple 3 : Des études réalisées au Canada et en Espagne ont démontré que 60 % à 80 % seulement des remplacements totaux d'articulations sont considérés appropriés selon les critères reconnus. De plus, des évaluations de routine des critères pour le remplacement total d'une articulation pourraient entraîner une amélioration de la pertinence de cette intervention. Une pression organisationnelle pour réduire la liste d'attente peut mener à une utilisation inappropriée des ressources (interventions de remplacement total d'une articulation). Il arrive notamment qu'on procède à une intervention de manière prématurée, ou encore qu'on ne présente pas à l'utilisateur les autres options qui s'offrent à lui, dont des alternatives non chirurgicales. Il importe de recentrer l'analyse sur le besoin plutôt que sur l'offre afin de réduire la surutilisation ou la mauvaise utilisation des ressources [41].

Cet exemple montre que l'établissement de critères d'inclusion et d'exclusion, supportés par des données probantes, améliore la pertinence des interventions et permet d'assurer un accès à des soins et services appropriés pour les bonnes personnes, au bon moment.

Efficacité clinique et populationnelle

Efficacité clinique

L'accès facile et rapide aux soins et services augmente l'efficacité des soins et des traitements, en permettant une intervention précoce. En revanche, toute difficulté d'accès, dont le temps d'attente, peut avoir un impact négatif sur la santé des usagers.

Exemple: Dans les cas de cancer, un diagnostic précoce améliore le taux de survie et le taux de guérison [23].

Efficacité populationnelle

L'accès à des soins et services permet de diminuer la prévalence et la virulence de certains problèmes de santé et de bien-être dans la population générale.

Exemple: Les enfants qui ont accès à une clinique de médecine familiale (*medical home*⁹) sont moins susceptibles d'avoir des besoins de santé (générale et dentaire) non répondus que ceux qui n'y ont pas accès. Ils sont également plus susceptibles d'obtenir des visites médicales annuelles préventives [25].

Expérience de l'utilisateur

La perception d'un accès facile et rapide aux soins et services est un des facteurs les plus importants de la satisfaction et de l'expérience de l'utilisateur.

Exemples 1 : Le temps de voyage pour accéder au site de soins et services et le délai requis avant l'obtention d'un rendez-vous sont associés à la satisfaction des usagers [7].

Exemple 2 : La satisfaction des usagers envers les services généraux de santé et services sociaux est supérieure lorsque l'accès aux prestataires de soins et services est direct, comparativement aux endroits où plus de références sont nécessaires pour accéder à des soins et services [30].

9 L'American Academy of Pediatrics définit le concept de *medical home* comme un modèle de soins primaires accessibles, continus, globaux, centrés sur la famille, coordonnés, empreints de compassion et culturellement adaptés.

Références

1. Frenk, J. (1992). The concept and measurement of accessibility. In K. L. White, J. Frenk, C. Ordóñez, J. M. Paganini, & B. Starfield, *Health Services Research: An Anthology*, (pp. 842-855). Washington, D.C.: Pan American Health Organization (PAHO).
2. Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, Commonwealth Fund.
3. Long, M.J. (1994). *The Medical Care System: A Conceptual Model*, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 176 p.
4. Lombardo, A.P., Angus, J.E., Lowndes, R., Cechetto, N., Khattak, S., Ahmad, F., & Bierman, A.S. (2014). Woman's strategies to achieve access to health-care in Ontario, Canada: a meta-synthesis. *Health and Social Care in the Community*, 22(6), 575-587.
5. Angus, J.E., Lombardo, A.P., Lowndes, R.H., Cechetto, N., Ahmad, F., & Bierman, A.S. (2012). Beyond Barriers in Studying Disparities in Women's Access to Health Services in Ontario, Canada : A Qualitative Metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 23(4), 476-494.
6. Aday, L.A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, Fall, 208-220.
7. Penchansky, R., & Thomas, J.W. (1981). The Concept of Access : Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
8. Maddison, A.R., Asada, Y., & Urquhart, R. (2011). Inequity in access to cancer care : a review of the Canadian literature. *Cancer Causes & Control*, 22, 359-366.
9. Gold, M. (1998). Beyond coverage and supply: measuring access to health-care in today's market. *Health Services Research*, 33(3 Pt 2): 625-684.
10. Goddard, M., & Smith, P. (2011). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK, *Social Sciences & Medicine*, 53, 1149-1162.
11. Organisation de coopération et de développement économiques. (2017). *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris : Éditions OCDE. Repéré à http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr
12. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2019). Mécanismes d'accès aux services de proximité – État des connaissances. Rapport rédigé par Isabelle Boisvert et Paula L. Bush. Québec : INESSS, 55 p.
13. Nader, F., Kolahdooz, F., & Sharma, S. (2017). Assessing Health Care Access and Use among Indigenous Peoples in Alberta: a Systematic Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28, 1286-1303.
14. Kang-Kim, M., Betancourt, J.R., Ayanian, J.Z., Zaslavsky, A.M., Yucel, R.M., & Weissman, J.S. (2008). Access to Care and Use of Preventive Services by Hispanics: State-Based Variations From 1991 to 2004. *Medical Care*, 46(5), 507-515.
15. Agudelo-Suárez, A. A., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Love, J.G., Wimpenny, P., & Ronda-Pérez, E. (2012). A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BCM Health Services Research*, 12, 461.
16. Murray, M. & Berwick, D.M. (2003). Advanced Access : Reducing Waiting and Delays in Primary Care. *Journal of the American Medical Association*, 289(8), 1035-1040.
17. Institut canadien d'information sur la santé. (2019). Défis communs liés aux priorités partagées : mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services de santé mentale et de toxicomanie au Canada. Ottawa, Ontario : ICIS.
18. Siciliani, L., & Hurst, J. (2003). Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. Paris: OECD Health Working Papers No. 7, 74 p.
19. Powis, S. (2019). Clinically-led Review of NHS Access Standards: Interim Report from the NHS National Medical Director. Wakefield, UK: NHS England Publications.
20. Hudson, B.F., Flemming, K., Shulman, C., & Candy, B. (2016). Challenges to access and provision of palliative care for people who are homeless: a systematic review of qualitative research. *Palliative Care*, 15(96).
21. Deblonde, J., De Koker, P., Hamers, F.F., Fontaine, J., Luchters, S., & Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(4), 422-432.
22. Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., & Uchida, H. (2015). Language Barriers and Access to Psychiatric Care: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 66(8), 798-805.
23. Robinson, E., Mohilever, J., Zidan, J., & Sapir, D. (1984). Delay in Diagnosis of Cancer: Possible Effects on the Stage of Disease and Survival. *Cancer*, 54, 1454-1460.
24. Organisation de coopération et de développement économiques. (2013). *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris : Éditions OCDE. Repéré à http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr
25. Strickland, B.B., Jones, J.R., Ghandour, R.M., Kogan, M.D., & Newacheck, P.W. (2011). The Medical Home: Health Care Access and Impact for Children and Youth in the United States. *Pediatrics*, 127, 604-611.
26. Kontopantelis, E., Roland, M., & Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Family Practice*, 11(61).
27. Mahendran, M., Speechley, K. N. et E. Widjaja. (2017). Systematic review of unmet healthcare needs in patients with epilepsy, *Epilepsy & Behavior*, 75, 102-109.
28. Mitri, J., & Gabbay, R. (2016). Understanding Population Health Through Diabetes Population Management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 45, 933-942.
29. Guttman, A., Schull, M.J., Vermeulen, M.J., & Stukel, T.A. (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*, 342, 1-8.
30. Kroneman, M. W., Maarse, H., & van der Zee, J. (2006). Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study, *Health Policy*, 76, 72-79.
31. Kenning, C. Daker-White, G., Blakemore, A., Panagioti, M., & Waheed, W. (2017). Barriers and facilitators in accessing dementia care by ethnic minority groups: a meta-synthesis of qualitative studies. *Psychiatry*, 17(316).
32. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. (2008). *Performance: Définitions et sources des données*. Montréal, Québec : GRIS Université de Montréal.
33. Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., & Hogg, W. (2011). L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*, 42(2), 101-109.
34. Tey, A., Grant, B., Harbison, D., Sutherland, S., Kearns, P., & Sanders, R. (2007). Redesign and modernisation of an NHS cataract service (Fife 1997-2004): multifaceted approach. *British Medical Journal*, 334(7585): 148-152. doi:10.1136/bmj.39050.520069.BE
35. Hébert, R., Groupe PRISMA. (2003). L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Santé, Société et Solidarité*, 2. Vieillesse et santé II: 67-76. doi:10.3406/oss.2003.945
36. Chen, A.H., Kushel, M.B. Grumbach, K. & Yee, H.F. (2010). A Safety-Net System Gains Efficiencies Through 'eReferrals' To Specialists. *Health Affairs*, 29(5), 969-971.
37. Kim-Hwang, J., Chen, A.H., Bell, D.S., Guzman, D., Yee, H.F., & Kushel, M.B. (2010). Evaluating Electronic Referrals for Specialty Care at a Public Hospital. *Journal of General Internal Medicine*, 25(10), 1123-1128.
38. Derlet, R.W., & Richards, J.R. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of Emergency Medicine*, 35, 63-68.
39. Lewin Group (for the American Hospital Association). (2002). *Emergency department overload: a growing crisis. The results of the American Hospital Association Survey of Emergency Department (ED) and Hospital Capacity*. Falls Church, VA: American Hospital Association.
40. Derlet, R.W., & Richards, J.R. (2002). Emergency department overcrowding in Florida, New York, and Texas. *Southern Medical Journal*, 95, 846-849.
41. Clavel, N., De Coster, C., Pomey M.P., Sanmartin C., Noseworthy, T., Bohm, E., & Franck, C. (2016). Appropriateness for total joint replacement: Perspectives of decision-makers. *Healthcare Policy*; 11(3): 80-92.

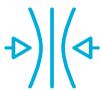


Ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire

Qu'est-ce que l'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire?

L'ajustement aux besoins de la population cible est la capacité d'une trajectoire de soins et de services, en collaboration avec ses partenaires, à s'adapter aux besoins de la population et à répondre à leur évolution en fonction du contexte, grâce à une planification et une organisation de l'offre de soins et de services [1, 2, 3].

Quelles sont les sous-dimensions de l'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire?



Adaptation de l'offre

Pertinence des services sociaux et de santé grâce à une planification de l'offre des services en fonction des besoins et des caractéristiques de la population et en complémentarité des services offerts par les partenaires intersectoriels [1]



Couverture

Proportion de la population ayant besoin d'une intervention et qui bénéficie de cette intervention [4]



Globalité

Capacité d'une trajectoire à offrir des soins et services en prenant en compte toutes les dimensions de la personne (biologique, psychologique et sociale), toutes les dimensions de la santé et du bien-être (capacité fonctionnelle, sensation et cognition) à toutes les étapes de la trajectoire (promotion de la santé, prévention, évaluation/ investigation/ orientation, traitement, suivi/ accompagnement et soutien en fin de vie), et ce, en adéquation avec les besoins de santé et de bien-être de l'utilisateur [5]

Comment mesure-t-on l'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire?

Il existe plusieurs mesures de l'ajustement aux besoins de la population cible en fonction des sous-dimensions. L'ajustement aux besoins de la population cible peut être mesurée à toutes les étapes d'une trajectoire de soins et services et pour chaque épisode de soins. Il est donc recommandé d'identifier des indicateurs pour chaque étape d'une trajectoire afin d'avoir un portrait juste et complet de l'ajustement. Le Tableau 1 propose des indicateurs et des thématiques de mesure pour chaque sous-dimension de l'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire.

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et de thématiques de mesure de l'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire

Sous-dimensions de l'ajustement aux besoins de la population cible

Adaptation de l'offre

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Utilisation des services	<ul style="list-style-type: none"> • Taux normalisé d'hospitalisations en soins de courte durée pour 1 000 habitants [6] • Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont passé une nuit à l'hôpital au cours des deux dernières années [6] • Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisations en santé mentale pour 100 000 habitants [6] • Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche pour 100 000 habitants de 20 ans et plus [6] • Taux ajusté d'arthroplasties du genou pour 100 000 habitants de 20 ans et plus [6] • Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont consulté ou qui ont eu besoin de voir un spécialiste durant les deux dernières années [6] • Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont consulté au moins deux médecins différents au cours des 12 derniers mois, sans compter les hospitalisations [6]
Pertinence des services 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de personnes comptant au moins quatre visites au service d'urgence (SU) ou dans un centre de soins d'urgence (CSU) pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance au cours d'une période de 365 jours parmi les personnes comptant au moins une visite au SU ou dans un CSU pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance au cours d'une année donnée [18] • Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires pour 100 000 habitants de moins de 75 ans [18] • Le taux ajusté selon les risques de patients qui ont été hospitalisés au moins trois fois en soins de courte durée (épisodes de soins) avec une durée du séjour cumulative de plus de 30 jours [18] • Taux de mortalité pouvant être prévenu chez les personnes de moins de 75 ans par des activités de prévention primaire [18] • Taux de mortalité évitable de causes traitables par des soins et/ou des activités de prévention secondaire ou tertiaire¹⁰ [18] • Proportion de la population qui déclare avoir un médecin régulier [6] • Proportion de personnes de 55 ans et plus qui ont un médecin régulier [6]

¹⁰ La mortalité de causes traitables porte sur les décès prématurés de causes qui auraient pu être traitées par des efforts de prévention secondaire et tertiaire, comme le dépistage et le traitement efficace d'une maladie existante [19].

Couverture

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Prévention / promotion 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de personnes de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu le vaccin contre la grippe dans la dernière année [6] • Pourcentage des femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont déclaré avoir passé une mammographie pour un dépistage de routine ou pour d'autres raisons au cours de la dernière année [6] • Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie rejointes dans le cadre des services de soutien à domicile et ayant bénéficié d'une intervention pour la prévention des chutes [6]

Globalité

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Pratiques cliniques préventives 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'une alimentation et d'un régime équilibrés au cours des deux dernières années [6] • Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'activité physique ou de sport au cours des deux dernières années [6] • Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé des risques du tabagisme pour la santé et des moyens à prendre pour arrêter de fumer au cours des deux dernières années [6] • Prévention et diversité des soins offerts par le médecin de famille, telles que rapportées par les patients [6]
Diversité des soins et services 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des médecins de famille qui affirment qu'eux-mêmes ou un autre membre de la clinique font fréquemment des visites à domicile [6] • Proportion des médecins de famille qui affirment qu'une infirmière du cabinet participe à la gestion des patients atteints de maladies chroniques graves [6]

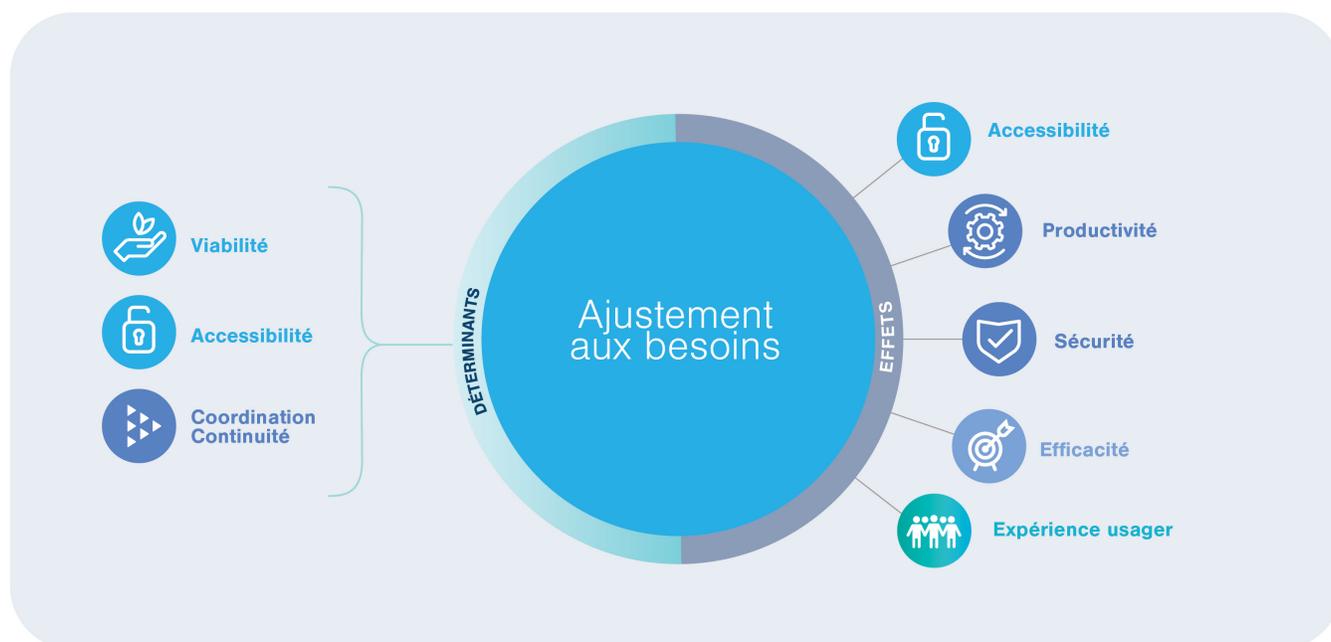
 = Peut être mesurée en prenant en considération l'expérience usager.

Comment l'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire est-il lié aux autres dimensions de la performance des trajectoires?

Le MAP des trajectoires est composé de 11 dimensions interreliées. Cette fiche met en évidence les relations entre l'ajustement aux besoins de la population cible et les autres dimensions de la performance. Certaines influencent l'ajustement aux besoins de la population cible et sont donc des déterminants de l'ajustement de la population cible. D'autres sont influencées par l'ajustement aux besoins de la population cible et peuvent donc être considérées comme des effets de l'ajustement aux besoins de la population cible. La Figure 1 illustre ces liens, tandis que les Tableaux 2 et 3 en proposent des exemples. Seules les relations scientifiquement fortes ou modérées sont présentées, bien que d'autres relations faibles ou modérées puissent exister ^{11,12}.

FIGURE 1

Déterminants et effets de l'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire



¹¹ Voir l'Annexe 2 du document principal pour des explications sur le sens du lien entre les dimensions de la performance.

¹² La description de la méthodologie pour la conception des fiches est décrite dans l'annexe 3 du document principal.

TABLEAU 2

Exemples de déterminants de l'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La disponibilité d'un service dépend de la capacité à acquérir et configurer des ressources. Par ailleurs, il peut être nécessaire de faire des choix dans l'allocation des ressources et donc dans les services offerts à la population cible d'une trajectoire. Ainsi, la manière dont sont allouées les ressources financières, humaines, technologiques, matérielles et informationnelles, de même que la capacité à implanter des innovations, influencent la capacité d'une trajectoire à répondre aux besoins spécifiques et parfois changeants de la population ciblée.

Exemple 1 : Des études montrent que plusieurs changements sont en cours sur la façon de concevoir, organiser et offrir des soins et des services pour répondre aux problèmes de santé mentale et de consommation de drogues ou d'alcool. Une offre de service intégrée qui répond simultanément aux enjeux de santé mentale et de dépendance avec une équipe interdisciplinaire soutenant un suivi individualisé, améliore l'efficacité et l'efficience des soins et services, réduit la duplication administrative, et réduit les risques que les usagers soient mal dirigés ou mal diagnostiqués. Une offre intégrée améliore également la globalité des soins et des services ainsi que la coordination clinique et la continuité informationnelle, autant entre les intervenants qu'entre les institutions de soins et services qu'avec les partenaires, favorisant ainsi des approches intersectorielles, par exemple pour trouver un logement ou soutenir le retour à l'emploi. Cette offre intégrée nécessite de disposer de certaines ressources, notamment dans le domaine de la dépendance : 1) des intervenants qualifiés et formés à ces approches intersectorielles et 2) des pairs aidants, et dans le domaine de la santé mentale : 1) des psychiatres qui se concentrent sur la médication, 2) des services communautaires orientés vers l'approche psychosociale [7].

L'acquisition et une nouvelle configuration des ressources, dans un système intégré, offrent des possibilités plus grandes d'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire, notamment en termes de globalité des soins et services.

Exemple 2 : Des ajustements de l'offre de soins et de services doivent être implantés lorsque les systèmes de santé ou les trajectoires ne sont pas en mesure de rejoindre ou couvrir une population. Une étude au Royaume-Uni montre qu'un programme de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) ne permettait pas de rejoindre toutes les populations ciblées. En effet, ce programme était offert à tous les hommes de 65 ans et plus, mais avait moins de succès chez les hommes ayant un trouble d'apprentissage. En collaboration avec les organismes œuvrant dans le domaine des troubles d'apprentissages, une politique a été élaborée et a mené à plusieurs actions dont la production d'une brochure sur l'AAA facile à lire et la formation d'intervenants spécialisés en troubles de l'apprentissage. Par ailleurs, les intervenants du programme de dépistage ont été invités à visiter les centres de jour et autres lieux fréquentés par la population cible pour augmenter la conscientisation des usagers au programme de dépistage. Dans l'avenir, on projette de former les intervenants en dépistage aux bases du langage Makaton (un langage qui utilise les signes et les symboles visuels), et d'enregistrer des vidéos expliquant le processus de dépistage [8]. L'ensemble de ces changements a permis d'offrir des services ajustés aux spécificités et besoins de la population cible.

Dans cet exemple, des actions sur les différents sous-dimensions de la viabilité entraînent un meilleur ajustement aux besoins de la population cible : innovation, ressources matérielles et formation, ainsi qu'une nouvelle configuration des ressources par la collaboration avec les partenaires afin d'assurer la diffusion des informations et le dépistage auprès d'une population présentant des enjeux particuliers et ainsi favoriser une intervention précoce.

Accessibilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Le fait de tenir compte dans la trajectoire des enjeux d'accessibilité permet d'offrir des soins et services ajustés aux besoins de la population cible.

Exemple 1 : Une revue de littérature de dix articles identifie le manque d'accessibilité comme une raison majeure des besoins non répondus. Sept articles rapportent des besoins non répondus du fait de la non-disponibilité du service au moment où il était requis. De longs délais d'attente pour obtenir un traitement en santé mentale ont été rapportés par près de 30 % des usagers souffrant d'épilepsie et de détresse psychologique, aux États-Unis. Deux autres études rapportent que des consultations trop courtes contribuent à des besoins non répondus [9].

Les barrières à l'accès aux soins et services peuvent être la cause d'une non-réponse aux besoins de santé et de services sociaux de la population et témoignent des difficultés d'ajustement de la trajectoire.

Exemple 2 : L'enjeu du diagnostic en temps opportun est important dans les cas de diabète. Le délai médian de diagnostic du diabète par un médecin est de 2,4 ans, avec plus de 7 % des cas qui demeurent non diagnostiqués pendant au moins 7,5 ans. Il arrive donc que les gens atteints de diabète de type 2 développent des complications microvasculaires avant même d'être diagnostiqués. Des outils de gestion de la santé populationnelle peuvent être utilisés afin d'identifier les gens les plus à risques et assurer un dépistage précoce du diabète [10].

Un meilleur accès aux services de première ligne, de même qu'une approche populationnelle de prévention-promotion et dépistage permet une meilleure couverture de la population par les services de santé et des services sociaux.

Coordination et continuité des soins et services

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Une coordination clinique, administrative et informationnelle, ainsi qu'une continuité clinique, relationnelle et informationnelle, influencent tant l'adaptation de l'offre que la globalité des soins et services.

Exemple 1 : Dans un système intégré de soins et services, la collaboration est plus étroite que dans les autres modèles d'organisation des soins et services. Les différents partenaires ne travaillent pas seulement en réseau; ils recherchent conjointement des solutions aux barrières à l'intégration des services par une communication fréquente et un travail en équipe. Des soins collaboratifs sont planifiés pour chacun des usagers sur la base de pratiques et normes reconnues et partagées. Du point de vue de l'utilisateur, le soin ou le service est perçu comme provenant d'une seule équipe. D'un point de vue organisationnel, les barrières systémiques à l'intégration sont traitées dans une approche de résolution de problèmes, où tous les partenaires sont engagés dans une même équipe de soins et services intégrés. Les avantages d'un tel système incluent des soins plus réactifs avec de meilleurs résultats pour les usagers et une plus grande satisfaction des partenaires [11].

Une étroite coordination clinique, administrative et informationnelle ainsi qu'une continuité clinique, relationnelle et informationnelle augmente la rapidité de réaction et facilite l'adaptation et une réponse globale aux besoins de la population cible.

TABLEAU 3

Exemples d'effets de l'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire sur les autres dimensions de la performance des trajectoires

DIMENSION DU MODÈLE

Accessibilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire entraîne une réduction des barrières d'accès aux soins et services, notamment par une offre de soins et services intégrée, de proximité et territorialisée adaptée aux besoins de la population cible.

Exemple 1 : Le développement de services de santé et sociaux dans les écoles est une initiative d'intervention de proximité et territorialisée qui favorise l'ajustement aux besoins de la population cible et facilite donc l'accessibilité aux soins et services. La proximité de ces services permet de rejoindre plus facilement les jeunes et les adolescents et favorise ainsi la détection et les interventions précoces. Les principales raisons de consultations des services sont la grossesse et les enjeux sexuels, la dépression, les conflits et la violence. Par ailleurs, les adolescents qui fréquentent une école où ils ont accès à des services de santé et sociaux ont reçu plus de services en santé mentale que ceux fréquentant une école où ces services ne sont pas disponibles [12].

Exemple 2 : Pour faire face aux enjeux d'accessibilité liés au milieu rural, où les services communautaires et le financement s'étiolent, les refuges pour femmes en difficulté dans les régions rurales de l'Ontario ont dû revoir leur rôle afin de combler les brèches dans les services. Des femmes se présentaient aux portes des refuges, car il n'y avait pas d'autre organisation vers qui les référer. Le personnel de direction des refuges a préféré élargir leur offre de service, plutôt que de renvoyer les usagères chez elles avec des besoins non répondus [13].

Productivité

L'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire agit sur la productivité de celle-ci, car un meilleur ajustement aux besoins permet d'offrir les interventions appropriées aux usagers et donc une utilisation plus judicieuse des ressources.

Exemple 1 : Une étude montre que, dans les cas de comorbidité associée au syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et à la toxicomanie, des services intégrés permettent de mettre en place des interventions répondant à ces deux problèmes et ainsi réduire le nombre de références vers d'autres organisations. En plus d'améliorer la coordination clinique et la continuité, la littérature démontre les bénéfices financiers de l'implantation des services intégrés permettant une intervention combinée SSPT-toxicomanie. De plus, un traitement intégré SPT-toxicomanie est lié à une plus grande rétention des usagers en traitement, ainsi qu'à de meilleurs résultats sur les deux plans – SPT et toxicomanie, puisque les deux problèmes sont interreliés. Ceci réduit les risques de rechute et donc le retour des usagers dans les services et des coûts supplémentaires [14].

Des services intégrés favorisant l'adaptation et la globalité des soins et des services permettent une meilleure réponse aux besoins des usagers ce qui entraînent une utilisation optimale des ressources et donc une amélioration de la productivité.

Exemple 2 : Les trajectoires de soins et services et les modèles de soins intégrés sont des exemples d'initiatives permettant d'organiser et faciliter le cheminement d'un usager à travers différents services. Dans une étude, les auteurs analysent l'impact de l'implantation de cette approche visant une amélioration de l'ajustement des soins et services aux besoins des usagers par l'amélioration de la continuité et de la coordination des soins et services dans un centre de soins de longue durée. Dans cette étude, les auteurs suivent le parcours d'usagers âgés afin d'identifier les processus dont l'amélioration permettrait d'accroître la coordination et la continuité des soins et des services. Cette méthode a permis d'identifier les pratiques qui pourraient être changées afin de réduire la durée de séjour de ces usagers âgés. Les changements apportés à l'organisation des soins et services ont entraîné une amélioration du travail en équipe ainsi qu'une amélioration générale de la performance du service, dont la durée de séjour des usagers [15].

Cet exemple montre que l'implantation d'un système intégré de soins et services a le potentiel d'améliorer la productivité des unités de soins, notamment par une réduction de la durée de séjour des usagers âgés.

Qualité - Sécurité

La globalité des soins et services, qui nécessite généralement un travail en équipe multidisciplinaire, entraîne une amélioration de la sécurité des soins et services par la diminution des risques et des complications associés aux interventions.

Exemple 1 : Une étude compare deux procédures associées au suivi des usagers dans les services de traitement cardiovasculaire, la première habituelle et la seconde où un pharmacien est ajouté à l'équipe. L'étude a démontré que les usagers ayant reçu un suivi selon la procédure habituelle ont présenté un taux significativement plus élevé d'événements indésirables que les usagers du groupe suivi par une équipe comprenant un pharmacien, et ce, pour divers types d'événements: arrêt cardiaque non mortel, événements cardiovasculaires non mortels et événements indésirables.

L'intégration d'un pharmacien à l'équipe de traitement cardiovasculaire a permis de diminuer de manière significative le nombre de complications et d'événements indésirables chez les usagers ayant subi un arrêt cardiaque.

Exemple 2 : Une étude a démontré que l'implantation d'un modèle de soins collaboratifs basé sur une équipe multidisciplinaire composée des intervenants responsables des soins orthopédiques et des intervenants responsables des soins postopératoires diminue les complications en soins postopératoires chez les usagers ayant subi une arthroplastie du genou ou de la hanche comparativement aux soins orthopédiques standards. Les soins collaboratifs en milieu hospitalier permettent un congé de l'hôpital sans complication pour la majorité des usagers (61.6% vs. 49.8%), de même que de moins nombreuses complications mineures (30.2% vs. 44.3%) [17].

DIMENSION DU MODÈLE

Efficacité clinique et populationnelle

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La capacité à ajuster la trajectoire aux besoins de la population cible améliore l'efficacité clinique et populationnelle des soins et services, par la planification d'une offre de services adaptée aux besoins et prenant en compte toutes les dimensions de la personne, de la santé et du bien-être à toutes les étapes de la trajectoire.

Exemple 1 : De nombreuses études ont démontré que l'intégration des soins de santé mentale et physique a entraîné une amélioration de la qualité de vie, de la satisfaction des usagers – et des partenaires – et une amélioration de l'accès aux soins et services [11].

Exemple 2 : Plusieurs études analysent les bénéfices de l'intégration des services ciblant la dépendance dans les lieux où les soins et services de première ligne sont offerts. Les résultats de ces travaux montrent que c'est un moyen efficace pour réduire la consommation des différentes substances chez les usagers. Par ailleurs, une étude a montré que l'implantation d'un programme de dépistage, d'intervention brève et de référence en 2e ligne basée sur la collaboration d'intervenants en toxicomanie, d'intervenants en thérapie comportementale, d'intervenants en santé communautaire et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux dans différentes installations médicales – y compris des installations de 1re ligne – a entraîné une diminution de l'utilisation de drogues de 67,9 % et de la consommation d'alcool de 38,6 % chez les usagers ayant un problème de consommation. De plus, les problèmes de consommation de drogue ou d'alcool sont de plus en plus abordés comme une maladie chronique, car les recherches ont démontré d'importantes similarités entre ces deux problématiques. Ainsi la précocité de la détection permet de minimiser les séquelles et d'améliorer le succès de la prise en charge par des traitements moins intensifs [11].

Une adaptation de l'offre de soins et services centrée sur l'intégration de services de promotion, de prévention, de dépistage et de traitement des problèmes de dépendance en première ligne a démontré son efficacité pour réduire la consommation chez les usagers.

Expérience de l'utilisateur

L'ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire a un effet positif sur l'expérience vécue par les membres de cette population cible lors de leurs interactions avec les intervenants.

Exemple: Une étude décrit le cas d'Éléonore qui illustre bien comment l'ajustement aux besoins spécifiques de la population cible peut améliorer l'expérience des usagers dans les services de santé et services sociaux. Éléonore présente un trouble de l'apprentissage, de l'autisme et a des besoins complexes. Elle vit dans un centre d'hébergement, n'aime pas embarquer dans un véhicule et trouve déstabilisant de se retrouver dans des installations de santé. Éléonore a développé un important acrochordon nécrosé. Après évaluation, il a été déterminé qu'elle était inapte à consentir à ses soins. Une infirmière spécialiste des troubles de l'apprentissage a donc mis en place une procédure de décision visant le meilleur intérêt d'Éléonore. Il a été décidé qu'une chirurgie était requise pour retirer l'acrochordon. Il a de plus été convenu que d'autres examens seraient entrepris au moment de la chirurgie puisque les interventions médicales lui causent de la détresse. L'anesthésiste et le chirurgien sont venus au centre d'hébergement d'Éléonore pour la rencontrer, développer un plan d'admission avec sa famille, mener l'examen préopératoire et compléter l'évaluation des risques. L'opération devait se dérouler sous anesthésie générale, et puisqu'Éléonore ne peut se déplacer dans un véhicule, il a été convenu de la mettre sous sédatif à domicile, avant le transfert vers l'hôpital. Une fois sur place, tous les traitements et examens prévus ont été menés. Éléonore a été transportée, par la suite, à son domicile sous sédation, accompagnée d'une équipe soignante. L'équipe est restée avec elle jusqu'à son réveil complet [8].

L'ajustement des procédures aux besoins particuliers d'une usagère a permis de mener les traitements requis et même certains examens d'une manière douce et respectueuse, améliorant grandement l'expérience de l'usagère et de ses proches alors que les interactions avec les services médicaux sont habituellement difficiles pour l'usagère.

Références

1. Blum, H.L. (1974). *Planning for health: Generic for the eighties*. New York: Human Sciences Press.
2. Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Evaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). Montréal, Québec: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 1-149.
3. Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. (1998). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Revue Ruptures*, 6(1), 34-36.
4. Shengelia, B., Murray, C.J.L., & Adams, O.B. (2003). Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage. In C.J.L. Murray, & D.B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment - Debates, Methods and Empiricism*, (pp. 221-234). Genève: World Health Organization.
5. Institut national de santé publique du Québec. (2006). *Stratégies et les définitions*. Québec: INSPQ Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/strategies/definitions.html
6. Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016 : Recueil des indicateurs*. Québec: CSBE, Gouvernement du Québec.
7. Wiktorowicz, M., Abdulle, A., Di Pierdomenico, K., & Boamah, S.A. (2019). Models of Concurrent Disorder Service: Policy, Coordination, and Access to Care. *Frontiers in Psychiatry*, 10(61). doi: 10.3389/fpsy.2019.00061
8. Heslop, P., Turner, S., Read, S., Tucker, J., Seaton, S., & Evans, B. (2019). Implementing reasonable adjustments for disabled people in healthcare services. *Nursing Standard*, 34(8), 29-34. DOI: 10.7748/ns.2019.e11172
9. Mahendran, M., Speechley, K.N., & Widjaja, E. (2017). Systematic review of unmet healthcare needs in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 75, 102-109.
10. Mitri, J., & Gabbay, R. (2016). Understanding Population Health Through Diabetes Population Management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 45(4), 933-942.
11. Damian, A.J., & Gallo, J.J. (2018). Models of care for populations with chronic conditions and mental/behavioral health comorbidity. *International Review of Psychiatry*, 30(6), 157-169, doi: 10.1080/09540261.2019.1568233
12. Mason-Jones, A.J., Crisp, C., Momborg, M., Koech, J., De Koker, P., & Mathews, C. (2012). A systematic review of the role of school-based health-care in adolescent sexual, reproductive, and mental health. *Systematic Reviews*, 1(49).
13. Mantler, T., & Wolfe, B. (2016). A rural shelter in Ontario adapting to address the changing needs of women who have experienced intimate partner violence: a qualitative case study, *Rural and Remote Health*, 17(1), 3987.
14. Dass-Brailsford, P. & Myrick, A. C. (2010). Psychological Trauma and Substance Abuse: The Need for an Integrated Approach. *Trauma, violence, & abuse*, 11(4), 202-213. doi: 10.1177/1524838010381252
15. Reed, J., Cook, G., Childs, S. & McCormack, B. (2005). A literature review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care*, 5(14), 1-8.
16. Sarkies, M.N., White, J., Henderson, K., Haas, R., Bowles, J., & Evidence Translation in Allied Health (EviTAH) Group. (2018). Additional weekend allied health services reduce length of stay in subacute rehabilitation wards but their effectiveness and cost-effectiveness are unclear in acute general medical and surgical hospital wards: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 64(3), 142-158.
17. Bosch, M., Faber, M.J., Crujlsberg, J., Voerman, G.E., Leatherman, S., Grol, R.P., ..., & Wensing, M. (2009). Review Article: Effectiveness of Patient Care Teams and the Role of Clinical Expertise and Coordination: A Literature Review. *Medical Care Research and Review*, 66(6), 5S-35S. doi: 10.1177/1077558709343295
18. Institut canadien d'information sur la santé. (2019). Répertoire des indicateurs de l'ICIS. Ottawa, Ontario : ICIS. Repéré à http://repertoiredesindicateurs.icis.ca/display/HSPILF?_ga=2.148601535.923751466.1579642584-1958185468.1574801407



Coordination et Continuité des soins et des services

Qu'est-ce que la coordination des soins et services?

La coordination des soins et des services renvoie à la capacité à mettre en lien, de manière synchronisée, les acteurs, les soins et les services [1, 2, 3, 8] afin de:

- Accomplir un ensemble de tâches;
- Assurer une offre de services cohérente, centrée sur les besoins de l'utilisateur et de ses proches, tout au long de la trajectoire;
- Soutenir l'amélioration de leur état de santé et de bien-être;
- Atteindre les objectifs de performance de l'organisation.

La coordination des soins et services s'applique à plusieurs niveaux de manière transversale:

- Entre les trajectoires des établissements de santé et services sociaux et les partenaires (sectoriels et intersectoriels) et les directions de soutien
- Entre les trajectoires des établissements de santé et services sociaux et l'ensemble des acteurs et des directions cliniques et de soutien œuvrant aux trajectoires
- Au sein d'une même trajectoire entre les acteurs et les services qui la composent et les directions de soutien.

Qu'est-ce que la continuité des soins et services?

La continuité correspond à un jugement porté par le professionnel et/ou par l'utilisateur et ses proches sur la fluidité des soins et des services, selon une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs ressources ou services sont impliqués [7]. La fluidité des soins et des services de la trajectoire représente le parcours de soins sans heurt et sans atteinte déraisonnable, même une fois la prise en charge entamée [7].

Les dimensions Coordination des soins et services et Continuité des soins et services sont étroitement liées pour deux raisons. D'abord le principal déterminant de la continuité est la coordination. Ensuite, leurs déterminants et leurs effets sont sensiblement les mêmes. C'est pourquoi nous les présentons dans la même fiche.

Pensons à des organisations qui n'auraient pas établi de procédures de transfert de dossier, ou encore à des intervenants de disciplines complémentaires qui n'auraient aucun contact les uns avec les autres. Il serait, dans ces contextes, difficile d'assurer une continuité informationnelle ou clinique pour des usagers qui auraient à cheminer entre différents services [11].

Quelles sont les sous-dimensions de la coordination des soins et services?



Coordination stratégique

Il s'agit de la coordination entre les organisations qui contribuent à une trajectoire de soins et de services et l'ensemble de leurs partenaires sectoriels et intersectoriels [5, 9]. Ce niveau de coordination repose sur le partage de valeurs semblables et sur la poursuite d'objectifs communs [4, 5]. Ce type de coordination facilite l'orientation de l'utilisateur vers la bonne organisation en fonction de ses besoins et de l'étape de son parcours [5]. Elle permet aux différentes organisations d'un même territoire d'aligner leurs objectifs, leurs programmes et leurs actions afin d'assurer la cohérence globale et la continuité des soins et services de la trajectoire.



Coordination clinique

La coordination clinique est la coordination qui prend place au niveau opérationnel, entre les divers intervenants qui interagissent avec l'utilisateur. On la voit à l'œuvre au sein des équipes multidisciplinaires, par l'action des intervenants pivot, entre les équipes de différents services ou programmes, aux différentes étapes de la trajectoire de même que dans le travail avec les partenaires intersectoriels (organismes communautaires, CPE, etc.). Ce type de coordination permet à l'utilisateur de recevoir les bons soins dans la bonne séquence [5]. Bien qu'elle nécessite des modalités formelles et standardisées de communication, la coordination clinique (ou opérationnelle) repose souvent sur des processus informels et des relations interpersonnelles [4].



Coordination administrative

La coordination administrative permet de s'assurer que les ressources nécessaires à la dispensation des soins et des services sont disponibles et séquencées adéquatement pour soutenir l'action des intervenants. Elle se traduit, par exemple, par le partage de locaux ou par un financement intégré des services [5]. La coordination administrative s'appuie sur des méthodes formelles de communication afin d'assurer la rétroaction de l'information (réunions régulières, politiques écrites, règles et procédures, etc.) [4, 1].



Coordination informationnelle

La coordination informationnelle est à la fois interne et externe à l'organisation. À l'externe, elle concerne le degré de disponibilité et de partage de l'information sur les programmes de soins et services disponibles aux personnes qui ne sont pas encore entrées dans la trajectoire, ainsi qu'aux intervenants et des partenaires collaborant à la trajectoire de soins et services. À l'interne, elle concerne la circulation de l'information permettant la dispensation des services et leur évaluation [5]. La coordination informationnelle opère à l'horizontale et à la verticale de l'organisation. Au niveau horizontal, elle permet d'assurer la circulation de l'information à l'ensemble des intervenants concernant l'étendue, le type et la fréquence des soins et services requis et prodigués afin d'en assurer la continuité et la cohérence. Verticalement, la coordination informationnelle permet aux intervenants et gestionnaires de disposer d'un portrait complet des services et de leur utilisation pour assurer un ajustement de l'offre de services de la trajectoire, et entre les trajectoires, aux besoins des usagers. La coordination informationnelle verticale soutient également le déploiement des différents mécanismes d'amélioration continue et des incitatifs pour renforcer la coordination clinique et administrative (incitatifs financiers, programmes d'amélioration continue, etc.) [11].

Quelles sont les sous-dimensions de la continuité des soins et services?



Continuité clinique

La continuité clinique réfère à la souplesse, la complémentarité, la cohérence et la non-répétitivité des soins et des services prodigués par les différents intervenants au sein d'une trajectoire de soins et services [6]. La continuité clinique favorise la fluidité des soins et des services et renforce la prédictibilité perçue par l'utilisateur dans le séquençage des soins et des services [15]. La transition d'un établissement à un autre, d'une étape de la trajectoire à une autre, ou d'un contexte à un autre, sont des moments particulièrement importants, car le risque de rupture dans la continuité clinique est beaucoup plus grand [6].



Continuité relationnelle

La continuité relationnelle réfère à la relation, tout au long du parcours de l'utilisateur et de ses proches, unissant ces derniers à l'intervenant ou à l'équipe de professionnels afin de construire et de maintenir l'alliance thérapeutique [6]. La relation par laquelle s'installe une alliance thérapeutique se construit sur une longue période et se caractérise par une confiance et une responsabilité réciproque entre l'intervenant et l'utilisateur [10, 12, 15]. La continuité relationnelle réfère non seulement à la fréquence des contacts, mais surtout à la qualité de la relation [13]. La continuité relationnelle lie les soins passés et présents tout en projetant l'utilisateur dans la relation de soins future, laissant présager que la relation s'adaptera aux besoins et contextes changeants [12, 14].



Continuité informationnelle

La continuité informationnelle concerne l'accès, la circulation et l'utilisation fluides des informations collectées avec l'utilisateur. C'est le fait d'avoir l'information requise au bon moment [6, 13]. La continuité informationnelle permet de lier les intervenants ou les épisodes de soins et services les uns aux autres [10, 14], à l'intérieur de l'établissement, ou entre les milieux et institutions de soins et services, par ce qu'on appelle « le transfert de l'information aux points de transition des soins et services » [21]. Elle permet l'utilisation de l'information sur l'historique de soins ou de l'utilisateur afin que l'intervention actuelle soit réalisée de manière appropriée [13, 14, 15]. Sans elle, l'utilisateur doit constamment répéter son histoire lorsqu'il requiert un nouveau soin ou service [13]. La continuité informationnelle n'implique pas l'existence d'une continuité relationnelle et peut se réaliser à l'extérieur d'une relation soignant-utilisateur, par la lecture d'un dossier médical par exemple [10]. Cependant, la communication directe avec l'utilisateur est primordiale pour comprendre ses préférences et ses valeurs, et ainsi assurer l'ajustement des soins et services à ses besoins [14, 15].

Comment mesure-t-on la coordination et la continuité des soins et services?

Il existe plusieurs mesures de la coordination et de la continuité des soins et services en fonction de leurs sous-dimensions. La coordination et la continuité des soins et services peuvent être mesurées à toutes les étapes d'une trajectoire de soins et services et pour chaque épisode de soins. Il est donc recommandé d'identifier des indicateurs pour chaque étape d'une trajectoire afin d'avoir un portrait juste et complet de la coordination et de la continuité des soins et services. Le Tableau 1 propose des indicateurs et des thématiques de mesure pour chaque sous-dimension de la coordination et la continuité des soins et services.

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et de thématiques de mesure de la coordination et de la continuité des soins et services

Sous-dimensions	
Coordination stratégique	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Alignement organisationnel	<ul style="list-style-type: none">• Alignement des priorités pour répondre aux besoins des usagers entre les niveaux stratégique, tactique et opérationnel• Nombre de mécanismes de coordination formels, en lien avec l'offre de services, pour une trajectoire de soins et services, avec les organismes commentaires et les institutions des réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux (RTS) et des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS)
Coordination externe	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de programmes ou services planifiés avec des partenaires intersectoriels et déployés conjointement
Sous-dimensions	
Coordination clinique	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Mécanismes de coordination	<ul style="list-style-type: none">• % de la clientèle suivie en oncologie par une infirmière pivot désignée (IPO), quel que soit le lieu d'intervention• % d'usagers admis à l'urgence après un épisode d'ischémie cérébrale globale transitoire qui ont consulté un médecin dans les 14 jours suivant leur admission aux urgences [20]• Pourcentage de patients ayant reçu un suivi sept jours après leur sortie de l'hôpital par un professionnel de la santé (médecin ou infirmière praticienne) pour les affections suivantes: pneumonie, diabète, accident vasculaire cérébral, maladie gastro-intestinale, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique et conditions cardiaques [19]
Hospitalisations évitables	<ul style="list-style-type: none">• Taux d'admissions d'urgence à l'hôpital de patients en raison d'exacerbations aiguës de leur maladie chronique (p. ex. MPOC, asthme, diabète) [20]
Sous-dimensions	
Coordination administrative	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Implantation et utilisation d'outils et de données clinico-administratives	<ul style="list-style-type: none">• Taux d'utilisation des grilles ISO-SMAF, PRISMA 7 et multiclientèles pour suivre les besoins des personnes âgées et des proches aidants

Sous-dimensions

Coordination informationnelle

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Suivi des prescriptions de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> % d'usagers, quel que soit leur âge, qui ont quitté un établissement de soins et services vers leur domicile, ou tout autre site de soins et services, qui ont reçu une liste récapitulative des médicaments au moment du congé [18]
Partage d'informations entre les services ou les professionnels	<ul style="list-style-type: none"> % d'usagers, quel que soit leur âge, qui ont quitté un établissement de soins et services vers leur domicile ou tout autre site de soins et services, pour lesquels un dossier de transition a été transmis à l'établissement ou au médecin traitant, ou à un autre professionnel de la santé désigné pour des soins de suivi dans les 24 heures suivant le congé [18] Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours de l'information en temps opportun et accessible au moment où ils en ont besoin [17] Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, si des patients recevaient des services à domicile, ils étaient systématiquement informés de tout changement important dans l'état de santé de leurs patients [17] Proportion des médecins de famille qui indiquent qu'au cours du mois précédent, des évaluations ou des tests ont dû être refaits parce que les résultats n'étaient pas disponibles [17]

Sous-dimensions

Continuité clinique



Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Continuité du suivi médical rapportée par les patients	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent être contactées par un professionnel de la santé pour voir comment ils vont, entre leurs visites chez le médecin [17] Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer un suivi à leur sortie de l'hôpital [17]

Sous-dimensions

Continuité relationnelle



Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Relation entre les prestataires et les usagers	<ul style="list-style-type: none"> % d'usagers nécessitant des soins complexes qui déclarent avoir un médecin ou un lieu de soins régulier



= La thématique de mesure peut être mesurée en prenant en considération l'expérience usager.

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Partage d'information avec les médecins spécialistes, rapporté par les patients	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé que le spécialiste n'ait pas les renseignements médicaux ou les résultats des examens de leur médecin attitré au sujet des raisons de leur visite [17] • Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé qu'après avoir vu le spécialiste, leur médecin attitré ou leur clinique habituelle ne semblaient pas informés des soins qu'elles avaient reçus du spécialiste [17]
Partage d'information avec d'autres services de santé, rapporté par les patients	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir déjà reçu des informations contradictoires de la part de différents médecins ou professionnels de la santé [17]
Traitement de l'information par les médecins de famille, rapporté par les patients	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé, lorsqu'elles ont obtenu des soins pour un problème médical, que les résultats des examens ou les dossiers médicaux ne soient pas prêts au moment du rendez-vous médical [17]

 = La thématique de mesure peut être mesurée en prenant en considération l'expérience usager.

Comment la coordination et la continuité des soins et services sont-elles liées aux autres dimensions de la performance de la trajectoire?

Le MAP des trajectoires est composé de 11 dimensions interreliées. Cette fiche met en évidence les relations entre la coordination et la continuité des soins et des services et les autres dimensions de la performance. Certaines influencent la coordination et la continuité des soins et des services et sont donc des déterminants de la coordination et la continuité des soins et des services. D'autres sont influencées par la coordination et la continuité des soins et des services et peuvent donc être considérées comme des effets de la coordination et la continuité des soins et des services. La figure 1 illustre ces liens, tandis que les tableaux 2 et 3 en proposent des exemples. Seules les relations scientifiquement fortes ou modérées sont présentées, bien que d'autres relations faibles ou modérées puissent exister^{13,14}.

13 Voir l'annexe 2 du document principal pour des explications sur le sens du lien entre les dimensions de la performance.

14 La description de la méthodologie pour la conception des fiches est décrite dans l'annexe 3 du document principal.

FIGURE 1

Déterminants et effets de la coordination et de la continuité des soins et services



TABLEAU 2

Exemples de déterminants de la coordination et la continuité des soins et services

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La capacité à acquérir et configurer les ressources (humaines, matérielles, technologiques, informationnelles) et à implanter des innovations, notamment des technologies de l'information, influence le niveau de coordination clinique, administratif et informationnelle entre les intervenants et les services d'une trajectoire.

Exemple 1 : Une étude montre que les infirmières sont des intervenants clés de la coordination des soins et des services. En effet, elles savent de quels types d'information l'utilisateur a besoin avant, pendant et après la transition (de traitement, services, intervenants, etc.). Elles sont capables d'évaluer le degré de préparation de l'utilisateur lors de ces transitions et elles jouent un rôle central dans la préparation de la transition en communiquant l'information utile à la fois à l'utilisateur et aux partenaires impliqués [25].

Cet exemple montre que la configuration des ressources humaines a un impact sur la coordination clinique et informationnelle. En effet, plus les infirmières sont présentes dans les unités de soins au moment de la transition de l'utilisateur, avec une définition claire de leur rôle et soutenue par des mécanismes de transfert d'information, meilleure est la coordination des soins et services lors des transitions vécues par l'utilisateur.

Exemple 2 : Une étude montre que l'implantation d'un système d'information adapté au milieu de la santé et des services sociaux (confidentialité, sécurité des données, etc.) est une condition nécessaire à la coordination informationnelle et clinique des soins. Le développement de technologies de l'information et de la communication facilite le partage d'information sur l'utilisateur et la mise à jour constante de son dossier par l'ensemble des intervenants [23].

Exemple 3 : La pénurie de médecins de famille affecte la coordination et la continuité des soins pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille [24].

Les usagers qui n'ont pas de médecin de famille consultent parfois en clinique sans rendez-vous un médecin différent à chaque épisode de soin, ce qui brise la continuité et rend plus difficile la coordination des soins et services, puisque les résultats et références ne sont pas dirigés vers un seul professionnel.

Accessibilité

L'existence de barrières géographiques, socioculturelles, financières ou organisationnelles limite l'accès aux soins et services à chacune des étapes de la trajectoire, ce qui influence négativement la fluidité du parcours de l'utilisateur et donc la continuité des soins et des services.

Exemple 1 : Une étude montre qu'une adaptation des horaires et des types de rendez-vous en fonction des disponibilités des usagers permet d'améliorer à la fois la coordination et la continuité des soins et services. En effet, adapter les horaires d'ouverture des cliniques médicales, notamment le soir et la fin de semaine, permet d'améliorer l'accessibilité et donc de renforcer la continuité relationnelle puisque les usagers peuvent contacter leurs intervenants ou leurs médecins habituels. Par ailleurs, la littérature scientifique montre que les cliniques de première ligne devraient offrir une combinaison de consultations sur rendez-vous et de consultations sans rendez-vous pour assurer l'accessibilité et la continuité des soins et des services. [23].

Exemple 2 : L'implantation de l'accès intégré et harmonisé qui repose sur l'harmonisation des outils et des méthodes de travail pour l'ensemble des points d'entrée potentiels dans un système de santé (Groupe de médecins de familles, Centres locaux de services communautaires, etc.), facilite le parcours de l'utilisateur au sein du système de santé et de services sociaux. En effet, cette modalité d'accès accroît la coordination clinique et informationnelle (utilisation d'outils communs, non-répétition des évaluations, référencement simplifié) et engendre une plus grande continuité clinique et informationnelle [9].

Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire

La capacité d'une trajectoire de soins et des services à répondre aux besoins de la population cible de la trajectoire par la planification et l'organisation de l'offre de soins et services et la globalité de services offerts influence la coordination des soins et des services et la continuité du parcours de l'utilisateur au sein de la trajectoire.

Exemple: Une étude montre que l'évaluation précoce et continue des besoins de l'utilisateur est essentielle à la planification efficace de ses soins et services à toutes les étapes de la trajectoire. Cela favoriserait la continuité des soins et services [25].

Cet exemple montre que l'existence de services d'évaluation, qui réfère à la globalité, tout au long de la trajectoire de l'utilisateur, permet une meilleure planification des services en fonction des besoins de l'utilisateur et donc renforce la continuité clinique de la trajectoire de soins et de services.

TABLEAU 3

Exemples d'effets de la coordination et la continuité des soins et services sur les autres dimensions du Modèle

DIMENSION DU MODÈLE

Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Une coordination clinique, administrative et informationnelle ainsi qu'une continuité clinique, relationnelle et informationnelle influencent l'ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire, notamment en permettant une meilleure adaptation de l'offre aux besoins de l'utilisateur.

Exemple: Une étude démontre qu'un système intégré de soins et services permet une meilleure collaboration et coordination entre les intervenants et les différentes directions cliniques. Un tel modèle permet aux intervenants de rechercher conjointement des solutions pour favoriser l'intégration des services. Des soins collaboratifs sont planifiés pour chacun des usagers sur la base de pratiques et de normes reconnues et partagées. Du point de vue de l'utilisateur, le soin ou le service est perçu comme provenant d'une seule équipe. D'un point de vue organisationnel, les barrières systémiques à l'intégration sont traitées dans une approche de résolution de problèmes, où tous les intervenants sont engagés dans une même équipe de soins et de services intégrés. Les avantages d'un tel système incluent des soins plus réactifs avec de meilleurs résultats pour les usagers et une plus grande satisfaction des partenaires [16].

Une étroite coordination clinique, administrative et informationnelle permet une plus grande adaptation, flexibilité et réactivité des actions répondants aux besoins de l'utilisateur. Des modèles d'organisation des soins et des services qui renforcent la coordination ont un impact positif direct sur l'ajustement des services aux besoins des usagers et de la population.

DIMENSION DU MODÈLE

Productivité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La coordination clinique, administrative et informationnelle permet un meilleur séquençage des soins et des services et un accès rapide à l'information pertinente, ce qui favorise une meilleure utilisation des ressources et l'optimisation du processus de production de soins et de services, et améliore donc la productivité d'une trajectoire.

Exemple 1 : Une étude montre qu'une plus grande coordination et continuité des soins et services est fréquemment associée à une diminution du nombre d'hospitalisations et de visites aux urgences [26].

Cet exemple montre qu'un meilleur séquençage des soins et des services et une meilleure continuité clinique entraînent une diminution des hospitalisations et des visites à l'urgence, et améliorent donc l'utilisation des ressources pour une meilleure productivité.

Exemple 2 : Une étude montre qu'une mauvaise coordination des soins et services entraîne parfois une prolongation injustifiée de l'hospitalisation. Par ailleurs, on constate également que les interventions de suivi post-hospitalisation ne sont parfois pas organisées au moment où l'utilisateur obtient son congé. Ce temps supplémentaire passé à l'hôpital, en plus d'être coûteux, peut être nocif pour l'utilisateur, qui pourrait être mieux traité ailleurs [27].

Sécurité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La coordination clinique, informationnelle et administrative influence fortement la sécurité des soins et des services. En effet, la coordination des intervenants a un impact sur la prévention des événements indésirables. De même, la disponibilité de l'historique de traitement ou des médicaments prescrits à l'utilisateur entraîne une diminution des événements indésirables de type pharmacologiques.

Exemple 1 : Une étude montre que les congés planifiés avec le soutien d'un pharmacien pour améliorer la sécurité des patients (appel téléphonique de suivi du pharmacien deux jours après le congé afin de discuter de la gestion de leurs médicaments) ont donné aux pharmaciens la possibilité de résoudre des problèmes liés aux médicaments et de détecter de nouveaux problèmes médicaux. Cette étude a montré que ce type d'intervention réduit le taux de réadmission dans les 30 jours de 14 % [32]. Une autre étude montre qu'un service de liaison pour la médication des patients lors de la transition entre l'hôpital et la communauté (conseils relatifs au congé, visites à domicile 48 heures post congé par un pharmacien, résumés de congé transmis au médecin généraliste et au pharmacien du patient) réduit significativement le nombre de problèmes liés à la médication six semaines après la sortie de l'hôpital [32].

Cet exemple montre que la continuité relationnelle et clinique entre les différentes étapes d'une trajectoire, notamment lors du retour à domicile, diminue les risques d'événements indésirables associés aux prescriptions de médicaments.

Exemple 2 : Une étude montre que des lacunes de communication (l'information concernant la médication et sa documentation est incomplète) au moment du congé de l'hôpital pour des patients âgés de 75 ans peuvent augmenter les risques de réadmission. En effet, 41 % des réadmissions sont liées à la médication et 21 % de ces réadmissions auraient pu être évitées [33].

Exemple 3 : L'absence de communication entre membres du corps médical peut entraîner des événements indésirables qui menacent la sécurité des usagers. Ces événements indésirables évitables, parmi lesquels les infections associées aux soins, les erreurs de médication, les complications post-opératoires ou encore l'oubli d'un corps étranger lors d'une opération, sont souvent des causes de morbidité et de mortalité chez les usagers, et entraînent des coûts additionnels, puisqu'ils nécessitent des services supplémentaires [27].

Pertinence

La capacité à prendre les bonnes décisions avec l'utilisateur au bon moment grâce à des pratiques reconnues est directement influencée par le degré de coordination entre les intervenants et par la coordination informationnelle qui assurent le séquençage approprié des interventions et la disponibilité des informations afin de prendre les bonnes décisions avec l'utilisateur.

Exemple 1 : Une étude montre que dans les cas complexes et, notamment les maladies chroniques, l'implantation d'un système de partage d'information et de soutien à la coordination entre les intervenants facilite le suivi de l'utilisateur et des médicaments, ainsi que le séquençage des examens et des interventions qui lui sont prescrits au cours de son parcours dans la trajectoire. [23, 28].

Cet exemple montre que l'utilisation d'un système de partage d'information soutient la coordination clinique et informationnelle qui renforce la pertinence des soins et services car les bons intervenants collaborent et disposent de l'information utile pour prendre les décisions pertinentes pour et avec l'utilisateur.

Exemple 2 : La littérature scientifique montre que la coordination et la continuité informationnelles sont essentielles à certains moments du parcours de l'utilisateur dans la trajectoire. Ces moments sont souvent associés aux transitions et à la disponibilité des informations pertinentes pour assurer la continuité, notamment le bilan des médicaments, le résumé des interventions effectuées ou la disponibilité du matériel pour soutenir l'auto soin. L'accès à ces informations en temps opportun, sous forme orale et écrite, est essentiel pour assurer la pertinence des soins et des services durant l'ensemble du parcours de l'utilisateur au sein de la trajectoire. Dans le cas contraire, on constate l'augmentation d'examens, d'interventions ou de prescription de médicaments qui ne sont pas pertinents et qui peuvent mener à une augmentation des réadmissions à l'hôpital [25].

Humanisme

La coordination et la continuité des soins et services, notamment les aspects cliniques et relationnels, influencent l'humanisme des soins qui repose sur une relation de confiance et de respect entre l'utilisateur et les intervenants, ainsi que sur la reconnaissance du vécu de l'utilisateur et de ses proches dans l'approche de traitement proposée.

Exemple 1 : Une étude montre que la confiance et le sentiment de sécurité des usagers sont directement associés au fait d'obtenir les informations pertinentes tout au long de la trajectoire et de connaître les prochaines étapes de traitement. La capacité à bien informer et communiquer à l'utilisateur les informations dont il a besoin est dépendante du degré de coordination clinique et informationnelle [29].

Exemple 2 : Une étude montre que des ruptures de continuité informationnelle et relationnelle entraînent une diminution de la confiance de l'utilisateur envers le soignant et renforcent les sentiments d'impuissance et d'isolement. En effet, des changements d'intervenants sans explication, de même que des bris dans la transmission d'informations entre intervenants ou entre établissements, obligent les usagers à répéter leur histoire, ce qui peut contribuer à renforcer leur stress, particulièrement chez ceux dont l'histoire comporte des expériences difficiles [30].

Efficacité

La coordination et la continuité des soins et des services influencent directement l'efficacité des soins et services.

Exemple 1 : Différentes études démontrent qu'une plus grande continuité dans les soins et services, notamment avec les médecins, est associée à des taux de mortalité plus faibles [22], à une plus faible utilisation des services d'urgence, ainsi qu'à une diminution des hospitalisations [26, 31].

Exemple 2 : Une étude sur la gestion de cas, analysé comme un mécanisme de coordination des soins et services, démontre que les usagers ayant bénéficié de ce mécanisme ont un taux d'hébergement en soins de longue durée plus faible sans augmentation du fardeau des aidants, ainsi qu'une moins grande diminution de l'autonomie fonctionnelle par rapport aux usagers qui n'ont pas bénéficié de ce mécanisme [9].

Exemple 3 : Une étude montre que les usagers ayant des besoins complexes reçoivent des services d'un grand nombre d'intervenants ou d'établissements. Un manque de coordination clinique et informationnelle entraîne une fragmentation des soins et services qui mène à un plus grand nombre et une plus grande durée d'hospitalisation avec tous les risques de complications que cela peut comporter, ainsi qu'à une plus faible satisfaction de l'utilisateur [28].

Expérience usager

La coordination et la continuité des soins et services ont un impact sur la manière dont l'utilisateur vit et perçoit son parcours, fluide ou chaotique, au sein de la trajectoire de soins et services. La continuité des soins et des services est directement reliée à la qualité de l'expérience de l'utilisateur.

Exemple 1 : Une étude montre que les usagers qui n'ont pas de médecin omnipraticien attribué vivent des expériences nettement plus négatives en ce qui a trait à l'accessibilité, à la continuité et à la coordination de soins et services. Ils reçoivent également moins de services préventifs [24].

Cet exemple montre que le fait d'avoir un médecin omnipraticien attribué favorise la continuité relationnelle et de prise en charge, ce qui améliore l'expérience de l'utilisateur.

Exemple 2 : La littérature scientifique démontre que la continuité des soins et services a un effet positif autant sur la satisfaction du médecin que sur celle de l'utilisateur, de même que sur l'adhésion de l'utilisateur au protocole de traitement, les résultats de grossesse, l'utilisation des services d'urgence, les hospitalisations, et de manière plus générale leur coût [21].

Références

1. Van de Ven, A.H., Delbecq, A.L., & Koenig, R. Jr. (1976). Determinants of Coordination Modes within Organizations. *American Sociological Review*, 41(2), 322-338.
2. Organisation de coopération et de développement économiques. (2007). *Panorama de la santé 2007. Les indicateurs de l'OCDE - Health at a Glance 2007* : OECD Indicators. Paris: OCDE.
3. Thompson, J.D. (1967). *Organizations in Action, Social Science Bases of Administrative Theory*. New York: Transaction Publishers.
4. Alter, C., & Hage, J. (1970). Structural Properties: Centrality, size, Complexity, Differentiation, and Connectedness: *Organizations Working Together*, (pp.149-185). Californie: S. Publications.
5. Aiken, M., Dewar, R., DiTomaso, N., Hage, J., & Zeitz, G. (1975). *Coordinating Human Services*. San Francisco: Jossey-Bass.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois: Résultats et analyses*. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, 70 p.
7. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2006). *Stratégies et les définitions*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/strategies/definitions.html
8. Dever, G.A., Champagne, F. (1984). *Epidemiology in health services management*. Burlington: Jones et Bartlett Learning.
9. Ministère de la santé et des services sociaux (2020). *Cadre de référence sur les services de proximité*. A paraître.
10. Saultz, J.W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1(3), 134.
11. Gardner, K., Banfield, M., McRae, I., Gillespie, J., & Yen, L. (2014). Improving coordination through information continuity: a framework for translational research. *BMC Health Services Research*, 14, 590-595.
12. Hill, A.P., & Freeman, G.K. (2011). *Promoting Continuity of Care in General Practice*. London: Royal College of General Practitioners, 42 p.
13. Weaver, N., Coffey, M., & Hewitt, J. (2017). Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing*, 24(6), 431-450.
14. Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), 1219.
15. Naert, J., Roose, R., Rapp, R.C., & Vanderplassen, W. (2017). Continuity of care in youth services: A systematic review. *Children & Youth Services Review*, 75, 116-126.
16. Damian, A. J., & Gallo, J.J. (2018). Models of care for populations with chronic conditions and mental/behavioral health comorbidity, *International Review of Psychiatry*, 30(6), 157-169. doi: 10.1080/09540261.2019.1568233
17. Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016, Recueil des indicateurs*. Québec: CSBE, Gouvernement du Québec.
18. National Quality Forum (NQF). (2010). *Preferred Practices and Performance Measures for Measuring and Reporting Care Coordination: A Consensus Report*. Washington, DC: NQF, 107 p.
19. Health Quality Ontario. (2020). *Health quality Ontario Library*. Toronto, Ontario: HQO. Repéré à <http://indicatorlibrary.hqontario.ca/Indicator/Search/?searchTerms=continuity>
20. Schang, L., Waibel, S., & Thomson, S. (2013). *Measuring care coordination: health system and patient perspectives*. Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. London, UK: LSE Health.
21. Organisation de normes en santé et ses concédants de licence. (2018). *Pratiques organisationnelles requises, Livret 2018 (2e version): Qmentum Pour les visites d'agrément débutant en janvier 2019*. Ottawa, Ontario: Agrément Canada.
22. Fieschi, M. (2004). *Les données du patient partagées: la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Québec : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/fieschi/sommaire.htm>
23. Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J., & Gauthier, J. (2004). *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec: barrières et facteurs facilitants*. Rapport final, Montréal, Québec: Unité de recherche évaluative, Centre de recherche du Complexe hospitalier de l'Université de Montréal.
24. Dusek, B., Pearce, N., Harripaul, A., & Lloyd, M. (2015). Care Transitions: A Systematic Review of Best Practices. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(3), 233-239.
25. Health Quality Ontario. (2013). *Continuity of care to optimize chronic disease management in the community setting: an evidence-based analysis*. Ontario Health Technology Assessment Series, 13(6), 1-41.
26. Organisation de coopération et de développement économiques. (2017). *Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé – Synthèse*. Traduction partielle en français du rapport Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OCDE, 68 p.
27. Gouvernement du Québec. (2017). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016: Approche et résultats détaillés*. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec.
28. Nutting, P.A., Goodwin, M.A., Flocke, S.A., Zyzanski, S.J., & Strange, K.C. (2003). Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *The Annals of Family Medicine*, 1(3), 149.
29. Parker, G., Corden, A., & Heaton, J. (2011). Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health and Social Care in the Community*, 19(6), 576-601.
30. Van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A., & Forster, A.J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 947-956.
31. The Commonwealth Fund International Experts Working Group on Patients with Complex Needs. (2017). *Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs: Ten Recommendations for Policymakers*, Expanded and Revised Edition. London, UK: The Commonwealth Fund and the London School of Economics and Political Science, 18 p.
32. Spurling, L., Gilbert, A., Phillips, P., & Odgers, C. (2001). A hospital medication discharge service: a novel approach utilising a community-based medication liaison pharmacist. *Proc Society of Hospital Pharmacists of Australia* 2.
33. Witherington, E.M., Pirzada, O.M., & Avery, A.J. (2008). Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Quality and Safety in Health Care*, 17(1), 71-75. doi:10.1136/qshc.2006.020842.



Pertinence des soins et des services

La pertinence est l'une des dimensions de la qualité de soins et des services. La qualité des soins et des services correspond à l'ensemble des attributs du processus de coproduction de soins et de services (entre les usagers et les équipes de soins et services) qui favorisent le meilleur résultat possible, tel que défini par rapport aux données probantes, à la technologie, aux attentes et besoins des usagers et de leurs proches, ainsi qu'en rapport aux normes sociales [1]. La qualité des soins et services est constituée de la qualité technique, incluant la pertinence (connaissances et jugement professionnel) et la sécurité, ainsi que la qualité interpersonnelle ou humanisme [2].

Qu'est-ce que la pertinence des soins et des services?

La pertinence des soins et services est la capacité à prendre les bonnes décisions avec l'utilisateur au bon moment, grâce à des méthodes, des procédures, des techniques et des équipements appuyés sur les meilleures pratiques. Ces décisions doivent être adaptées aux besoins des usagers et entraîner des bénéfices excédant les risques [3, 4, 5].

« Cela signifie que le soin a été choisi parmi l'ensemble des alternatives ayant démontré leur efficacité, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour une affection et pour un usager donné » (NHS, 1993, cité dans HAS, 2017) [6]. Certaines conditions sont essentielles pour assurer la pertinence des soins :

- Les compétences techniques et les ressources nécessaires doivent être disponibles pour dispenser les soins selon les standards reconnus;
- Les décisions doivent être alignées et conformes avec les préférences de l'utilisateur. Celui-ci doit être informé de toutes les options qui s'offrent à lui et de leurs effets secondaires potentiels afin de faire avec les intervenants un choix avisé;
- Les bénéfices attendus doivent surpasser ou égaler les risques [6].

La notion de pertinence s'applique à un soin, un service ou un plan d'intervention, à la décision de débiter ou de poursuivre des soins, et ce, à toutes les étapes de la trajectoire: promotion de la santé, prévention, évaluation/ investigation/orientation, traitement, suivi/accompagnement et soutien en fin de vie [6].

Quelles sont les sous-dimensions de la pertinence des soins et des services?

La pertinence peut être abordée en fonction de la pertinence des soins et services ou de la pertinence des programmes. Cette fiche n'aborde que la pertinence des soins et services, la pertinence des programmes référant à la dimension Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire dans notre MAP.

La pertinence des soins et services comprend trois sous-dimensions :



Sous-utilisation (*underuse*)

La sous-utilisation de soins ou de services réside dans l'absence ou la sous-utilisation d'un soin ou d'un service social [6, 7].



Surutilisation (*overuse*)

La surutilisation renvoie à un soin ou un service inutile ou utilisé de façon excessive pour un usager ou un groupe d'usagers ayant le même diagnostic ou les mêmes besoins et qui entraîne des préjudices ainsi qu'un gaspillage des ressources [6, 7]. On peut aussi parler de surdiagnostic ou de surtraitement. Le surdiagnostic survient quand on diagnostique chez une personne une maladie qui ne causera jamais un symptôme ou la mort, ou qu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement. Le surtraitement se produit lorsqu'on soumet des personnes à des soins thérapeutiques qui ne peuvent leur apporter de bénéfices et qui risquent même de leur causer des méfaits (p. ex. usage inapproprié d'antibiotiques, prestation de soins intensifs et invasifs en fin de vie chez des personnes qui auraient préféré obtenir des soins palliatifs) [8].



Mauvaise utilisation (*misuse*)

La mauvaise utilisation réfère au fait de prodiguer des soins et services inappropriés [9]. La désuétude ou l'obsolescence d'une pratique ou d'une technologie est aussi une composante de la mauvaise utilisation. Une technologie ou une pratique ne sont pas nécessairement obsolètes pour toutes les indications et les caractéristiques relatives à la condition de l'usager, mais elles peuvent l'être pour certaines, pouvant ainsi induire une utilisation inappropriée ou une surutilisation [8].

Comment mesure-t-on la pertinence des soins et des services?

Il existe plusieurs mesures de la pertinence en fonction des sous-dimensions. La pertinence peut être mesurée à toutes les étapes d'une trajectoire de soins et services et pour chaque épisode de soins. Il est donc recommandé d'identifier des indicateurs pour chaque étape d'une trajectoire afin d'avoir un portrait juste et complet de la pertinence. Le Tableau 1 propose des indicateurs et des thématiques de mesure pour chaque sous-dimension de la pertinence.

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et de thématiques de mesure de la pertinence des soins et des services

Thématiques de mesure *	Indicateurs (exemples)
Application des bonnes pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des médecins de famille qui affirment qu'ils fournissent systématiquement à leurs patients atteints de maladies chroniques des instructions écrites sur la façon de gérer leurs soins à domicile [10] Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé a revu avec elles tous les médicaments qu'elles prenaient, au cours des 12 derniers mois [10] Proportion de cliniciens utilisant des guides de pratiques cliniques pour certaines pathologies [10] Pourcentage d'adultes diabétiques de 18 ans et plus ayant reçu les éléments de soins recommandés par un professionnel de la santé (Test HbA1c, test d'urine pour analyser la composition en protéines, examen de la vue avec dilatation, examen des pieds) [25]
Variations dans les pratiques de soins et services en fonction de normes ou de standards	<ul style="list-style-type: none"> Taux de césariennes à faible risque, en % [25] Taux, normalisés selon l'âge, d'arthroscopies thérapeutiques du genou [25]** Pourcentage de patients déchargés de l'unité des soins intensifs qui y sont réadmis de façon inattendue dans les 48 heures suivant leur congé [26]***

 = La thématique de mesure peut être mesurée en prenant en considération l'expérience usager.

* Les exemples de thématiques de mesure sont valables pour les trois sous-dimensions de la pertinence des soins et des services.

** Les données probantes suggèrent que cette intervention, lorsqu'elle est utilisée pour traiter l'arthrose, n'offre pas le bienfait supplémentaire nécessaire pour améliorer les résultats ou réduire l'inconfort par rapport à la physiothérapie ou au traitement médical. De plus, il semblerait que l'arthroscopie du genou ne soit qu'une mesure temporaire puisqu'un nombre important de patients doivent subir une autre arthroplastie du genou durant l'année suivant l'arthroscopie initiale.

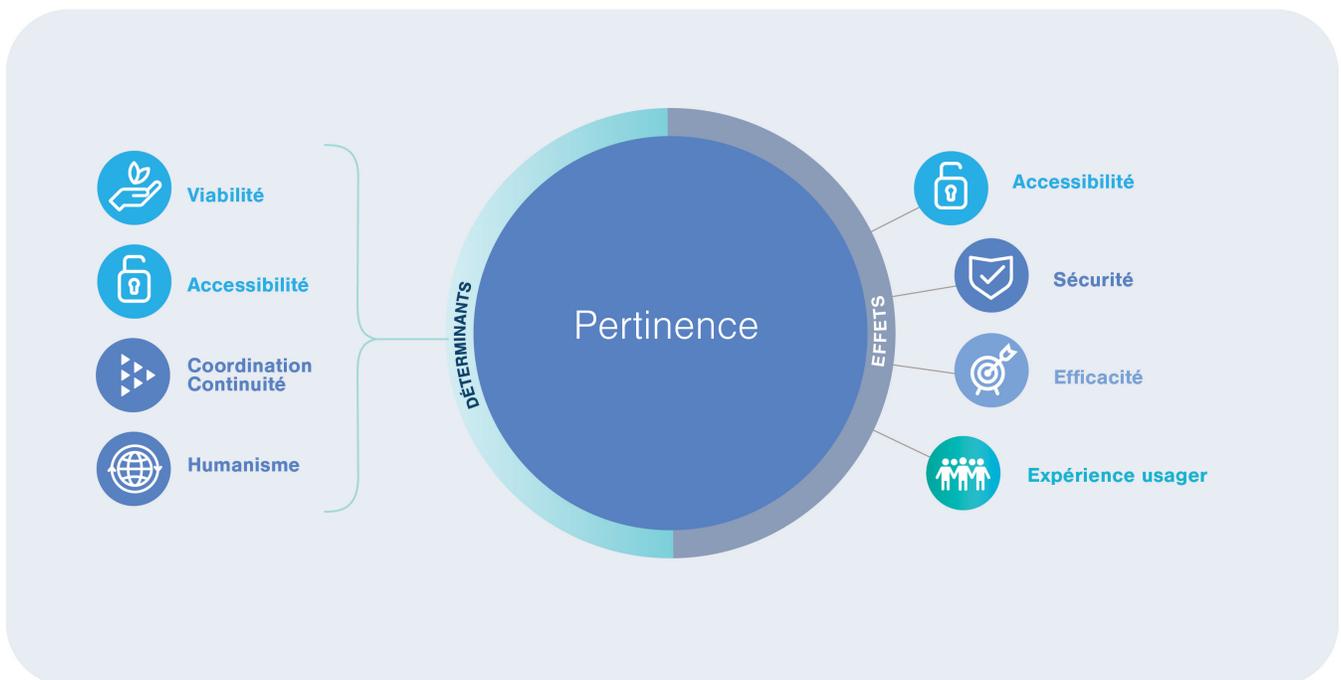
*** Les patients qui sont réadmis dans les unités de soins intensifs ont deux à dix fois plus de risque de mourir ou d'avoir de plus longue durée de séjour. La réadmission aux soins intensifs reflète la qualité technique des soins et services, et plus spécifiquement le bon moment pour la décharge d'un patient.

Comment la pertinence des soins et des services est-elle liée aux autres dimensions de la performance des trajectoires?

Le Modèle de mesure et d'analyse de la performance des trajectoires est composé de 11 dimensions interreliées. Cette fiche met en évidence les relations entre la pertinence et les autres dimensions de la performance. Certaines influencent la pertinence et sont donc des déterminants de la pertinence. D'autres sont influencées par la pertinence et peuvent donc être considérées comme des effets de la pertinence. La Figure 1 illustre ces liens, tandis que les tableaux 2 et 3 en proposent des exemples. Seules les relations scientifiquement fortes ou modérées sont présentées, bien que d'autres relations faibles ou modérées puissent exister^{15,16}.

FIGURE 1

Déterminants et effets de la pertinence des soins et des services



¹⁵ Voir l'annexe 2 du document principal pour des explications sur le sens du lien entre les dimensions de la performance.

¹⁶ La description de la méthodologie pour la conception des fiches est décrite dans l'annexe 3 du document principal.

TABLEAU 2

Exemples de déterminants de la pertinence des soins et des services

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La disponibilité des ressources et la manière dont elles sont allouées influencent la pertinence d'un soin ou d'un service.

Exemple 1 : Plusieurs médecins ont tendance à prescrire des examens en laboratoire en grand nombre, alors que ces examens ne sont pas toujours pertinents pour émettre un diagnostic ou faire le suivi médical. De multiples démarches indépendantes ont été implantées pour réduire le nombre d'examens et donc augmenter la pertinence. Cependant, plusieurs études démontrent qu'une approche multifactorielle, ciblant différentes sous-dimensions de la Viabilité, est la plus efficace. En effet, une combinaison d'interventions éducatives, d'interventions sur l'environnement de travail, ainsi que l'implantation d'outils et de processus, tels que des audits et des retours d'expériences, s'avèrent efficaces. Par ailleurs, des actions plus coercitives, telles que l'examen des décisions par les pairs, le rationnement de certains examens, ou des pénalités ou récompenses financières, ont également montré leur efficacité pour faire changer les comportements des médecins en termes de prescriptions d'examens. Par ailleurs, l'engagement et le soutien de médecins séniors et de la haute administration sont cruciaux au succès d'une initiative visant l'amélioration de la pertinence des examens [11]. D'autres articles mettent en lumière l'importance de l'enseignement et de la formation continue ciblant l'utilisation adéquate des lignes directrices et des protocoles de soins, ainsi que le développement de compétences interculturelles et de processus de communication efficace. L'objectif est d'aider les cliniciens à identifier les risques et besoins spécifiques de l'utilisateur, à ajuster les objectifs de traitement et à soutenir la prise de décision partagée pour améliorer la pertinence des examens [12].

Plusieurs éléments liés à la Viabilité sont essentiels pour assurer la pertinence des examens en laboratoires prescrits par les médecins, notamment la formation, l'accès aux données probantes, ou l'utilisation d'outils d'aide à la prise de décision.

Exemple 2 : Plusieurs facteurs associés à la Viabilité influencent la pertinence des interventions. Deux études comparant les variations de pratique en lien avec les pontages aorto-coronariens illustrent l'influence de certains de ces facteurs. La première étude réalisée dans l'ouest américain dans les années 1980 montre que 14 % des interventions de pontage aorto-coronarien ont été jugées non pertinentes et que la pertinence de 30 % des interventions a été jugée incertaine. Dans la seconde étude, réalisée dans l'état de New York en 1990, 2,4 % des interventions ont été jugées non pertinentes et 7 % des interventions ont été jugées incertaines. Différentes raisons peuvent expliquer cela: 1) de nouvelles données scientifiques disponibles lors de la seconde étude permettant de mieux cibler les usagers nécessitant les interventions; 2) des changements dans la pratique médicale en raison du développement de l'angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) entre la première et la seconde étude; 3) la sélection des usagers était possiblement différente entre les deux régions. La première explication a fait diminuer le niveau d'incertitude en démontrant de façon plus précise la pertinence de l'intervention pour différentes conditions de santé, tandis que la seconde a fait diminuer le nombre d'usagers recevant des interventions non pertinentes (dont les usagers ayant une maladie touchant 1 ou 2 vaisseaux sanguins, c'est-à-dire le groupe pour lequel on enregistrait le plus grand nombre d'interventions inappropriées et qui ont plutôt reçu une ACTP). Parallèlement, le département de l'État de New York a limité le nombre de centres de chirurgie cardiaque sur son territoire et a renforcé les standards de qualité. Par ailleurs, les données sur les risques de mortalité par chirurgien et par centre sont publiques, ce qui incite fortement les hôpitaux à faire un suivi plus serré de leur performance [13].

Accessibilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'amélioration de l'accessibilité par l'augmentation de l'offre de soins et de services induit une augmentation de l'utilisation. Si elle n'est pas encadrée par des normes de pratique basées sur des standards reconnus afin de s'assurer de la pertinence des interventions, cela peut générer de la surutilisation ou de la mauvaise utilisation des soins et des services. Ainsi, il est essentiel d'analyser l'accessibilité en fonction des besoins des usagers et de la pertinence des interventions plutôt que de se concentrer uniquement sur l'augmentation de l'offre de services.

Exemple 1 : En Ontario, pour répondre aux délais d'accès aux tests d'imagerie médicale, d'importants investissements ont été effectués pour augmenter le nombre d'appareils de tomodensitométrie (CT-Scan) et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) afin d'accroître la capacité du système à réaliser des examens. Cela a entraîné une augmentation significative du nombre d'examens prescrits et réalisés [14, 15]. Des audits menés par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences, ont analysé les raisons associées à la prescription des examens par CT-Scan et IRM pour 11 824 usagers pour le CT-Scan et 11 867 usagers pour l'IRM. Ces audits ont permis de montrer que les raisons les plus fréquentes étaient les suivantes : 1) la majorité des CT-Scan étaient demandés en raison de maux de tête et dans 2 % des cas, les examens ont permis l'identification d'anomalies traitables; 2) le mal de dos au niveau de la colonne vertébrale était la raison principale pour la demande d'IRM et dans 90 % des cas, une anomalie a été identifiée, mais l'importance clinique de l'anomalie n'était pas claire; 3) 50 % des IRM étaient demandés pour des douleurs aux genoux et aux cartilages, et dans 80 % des cas, une anomalie a été identifiée, mais l'importance clinique de l'anomalie n'était pas claire; 4) 50 % des CT-Scan sont reliées à des examens pour le cancer de l'abdomen ou des poumons.

Selon les auteurs de ces audits, ces résultats soulèvent des questions sur la pertinence médicale des demandes d'examens effectuées du fait de la fréquence à laquelle des anomalies traitables ont été identifiées. Ces résultats soulèvent donc des enjeux de possible surutilisation de ces examens et de sécurité des usagers, car ces examens ne sont pas sans risques [14, 15].

Exemple 2 : On constate dans plusieurs systèmes de santé une pression importante pour réduire les délais d'attente par l'augmentation de la productivité ou de l'offre de soins et services. L'amélioration de l'accessibilité des soins et services par une augmentation de l'offre devrait entraîner l'accroissement de l'utilisation des soins et services. Dans ce contexte, il est alors important de se doter de mécanismes robustes pour assurer la pertinence des interventions et ainsi éviter une surutilisation ou une mauvaise utilisation qui peuvent entraîner d'importants coûts pour le système public de santé et de services sociaux et de potentiels effets indésirables pour les usagers. Par exemple, de nombreux systèmes de santé des pays à haut revenu tentent d'accroître l'accès aux interventions de remplacements articulaires. Cependant, plusieurs études réalisées au Canada et en Espagne ont démontré que 60 % à 80 % seulement des remplacements totaux d'articulations sont considérés appropriés selon les critères reconnus [16]. Par ailleurs, des évaluations de routine ciblant l'analyse des critères de sélection pour le remplacement total d'une articulation, ainsi que la mesure des résultats a posteriori de ces interventions permettraient d'accroître la pertinence des soins et des services. Ainsi, une forte pression institutionnelle pour réduire la liste d'attente peut mener à une utilisation inappropriée des interventions (p. ex. des interventions de remplacement total d'une articulation). Il arrive notamment qu'on procède à une intervention de manière prématurée, ou encore qu'on ne présente pas à l'utilisateur les autres options qui s'offrent à lui, dont des alternatives non chirurgicales. Il importe de recentrer l'analyse sur le besoin de l'utilisateur et la pertinence de l'intervention plutôt que sur l'offre disponible, afin de réduire la surutilisation ou la mauvaise utilisation des ressources [16].

Coordination -Continuité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La coordination et la continuité, notamment au niveau clinique et informationnel, peuvent avoir un impact positif sur la pertinence des soins et services, en assurant la dispensation du bon service au bon usager au bon moment.

Exemple 1 : La recherche d'un consensus professionnel et l'échange de savoirs sont présentés dans la littérature comme des éléments qui contribuent à une prise de décision menant à des soins et services plus appropriés. Cette capacité à construire une approche commune favorise la réduction des variations de pratiques, l'élaboration d'un consensus sur les critères de sélection, une amélioration de la coordination des soins et des services, une meilleure gestion de l'incertitude et la création de nouveaux standards et lignes directrices de soins et services [12].

Exemple 2 : Une étude montre qu'une communication ouverte entre les membres de l'équipe d'intervenants soutient le transfert de l'information, en temps opportun, entre eux et permet d'améliorer la prise de décision collaborative et informée concernant le soin ou le service approprié pour l'utilisateur [17].

Humanisme

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Une relation de soin empreinte d'humanisme et caractérisée par une alliance thérapeutique augmente les chances que l'intervention soit la plus appropriée, au bon moment, et dans le respect des volontés de l'utilisateur.

Exemple 1 : Pour être centrés sur l'utilisateur, les critères de pertinence doivent inclure les valeurs, les objectifs et les préférences de l'utilisateur, autant que les enjeux sociaux, financiers et d'observance pharmacologique qui pourraient nuire à l'atteinte des résultats optimaux des interventions. Malheureusement, même les chirurgies et les interventions présentant le meilleur taux de succès et de multiples protocoles standardisés n'incluent pas l'ensemble de ces éléments. Par ailleurs, de nombreuses décisions cliniques, quant au choix de l'intervention la plus appropriée, ne sont pas discutées avec l'utilisateur ni suffisamment expliquées pour que celui-ci les comprenne et puisse se rappeler des risques et des bénéfices qui y sont associés [18].

Exemple 2 : Une étude dans le domaine de la protection de la jeunesse démontre que les placements réalisés après avoir consulté et pris en compte l'avis du jeune ont plus de chance d'être des placements fructueux. Par ailleurs, l'inclusion de l'avis du jeune permet le développement d'une relation plus constructive avec le travailleur social et maximise les chances que le jeune ait des expériences positives à l'école. Enfin, une approche faisant place à la participation des enfants représentée, pour les intervenants, une manière de recueillir de l'information supplémentaire afin de prendre une décision plus éclairée [19].

Lorsque les besoins, souhaits et intérêts de l'enfant sont pris en compte au moment de prendre une décision quant au milieu de placement, le choix du milieu de placement est plus adapté aux besoins de l'enfant.

TABLEAU 3

Exemples d'effets de la pertinence des soins et des services sur les autres dimensions du Modèle

DIMENSION DU MODÈLE

Accessibilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Un manque de pertinence dans les actes posés génère pour l'utilisateur un parcours plus chaotique, ce qui cause des difficultés et des délais d'accès. L'accès des usagers aux soins ou services requis dépend de la capacité à offrir le bon soin ou service à la bonne personne, par la bonne personne, au bon endroit et au bon moment.

Exemple : Différentes études ont démontré un manque de connaissances spécifiques des médecins généralistes concernant la démence. Cette méconnaissance de cette maladie génère des difficultés à poser le diagnostic et à demander les références appropriées, ce qui permettrait un accès aux soins et services requis au moment opportun [27].

DIMENSION DU MODÈLE

Sécurité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Le fait de poser ou de ne pas poser certains gestes (examens, soins, services) appropriés comporte des risques pour les usagers. Au-delà d'une analyse coûts-bénéfices, chaque intervention nécessite une analyse risques-bénéfices afin de déterminer la pertinence de ces interventions et garantir la sécurité des usagers. Les lignes directrices et les arbres décisionnels aident à réduire les risques en assurant la pertinence des actes posés.

Exemple 1 : Un programme hospitalier qui cible spécifiquement les facteurs de risque contribuant au délirium et qui permet de suivre le niveau d'adhérence à chacune des étapes du protocole des interventions réduit le nombre et la sévérité des facteurs de risque associés au délirium chez les patients âgés (réduction de 40 %) et prévient un premier épisode de délirium chez ces patients [28].

La conception de protocole favorisant la pertinence de soins et services en fonction des facteurs de risque du délirium accroît la sécurité des soins et des services.

Exemple 2 : La plupart des efforts d'amélioration des interventions de chirurgies spinales concerne la réduction des risques par l'amélioration de la qualité technique des soins. Cependant, puisque le risque est inhérent à toute procédure chirurgicale, la réduction du nombre d'opérations non nécessaires est un levier important pour améliorer la sécurité des usagers. Plusieurs études ont montré qu'il y avait une utilisation potentiellement inappropriée – ou non fondée – d'interventions en chirurgie lombaire. La réduction du nombre de chirurgies inappropriées pourrait donc avoir un impact très significatif sur le nombre de complications suite à cette chirurgie. En effet, plusieurs études portant sur les facteurs individuels pouvant influencer le résultat des chirurgies de la colonne vertébrale ont démontré qu'un facteur important d'échec de l'intervention était la mauvaise sélection des usagers. Ceci aurait plus d'effets que l'âge, les habitudes de vie (consommation de tabac) ou l'état psychologique de l'utilisateur [20].

Les risques de complications, mesurant la sécurité, sont réduits, car ce sont les usagers qui ont vraiment besoin de l'intervention qui la reçoivent. Ceci est possible en resserrant les critères de sélection afin que le bon usager reçoive la bonne intervention.

Efficacité populationnelle et clinique

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La pertinence des soins et services, soit la dispensation du bon soin ou service, au bon usager, au bon moment, est étroitement liée à l'efficacité du soin ou du service, soit sa capacité à améliorer les résultats de santé et de bien-être.

Exemple 1 : Des études démontrent qu'entre 33 % et 38 % des usagers en fin de vie (derniers 12 mois) ont reçu des traitements non bénéfiques, tels que la dialyse rénale ou des antibiotiques par intraveineuse. Les préjudices associés aux traitements non bénéfiques ne sont pas limités à des effets physiologiques comme la nausée, la diarrhée ou des éruptions cutanées. Ils sont souvent également associés à un délai d'introduction des soins palliatifs. Ceci a un impact sur la qualité de la fin de vie. De plus, ces traitements non bénéfiques sont coûteux et représentent un gaspillage qui compromet la disponibilité des ressources pour des soins plus appropriés [21].

Exemple 2 : Alors que de nombreuses études listent différentes raisons expliquant l'hésitation des médecins et professionnels de la santé et des services sociaux à intervenir en cas de violence conjugale, ainsi que sur la manière de le faire, d'autres études démontrent que les victimes de violence conjugale considèrent ces interventions de première ligne pertinentes et appropriées. Les professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne sont des intervenants auprès de qui les femmes victimes de violence conjugale ont de fréquents contacts. Pour elles, ces professionnels sont vus comme des sources de soutien non directives et sans jugement, lorsqu'ils comprennent la complexité des situations de violences conjugales [22].

Exemple 3 : De nombreuses études ont démontré la pertinence de procéder à des mammographies de dépistage pour les femmes âgées de 40 ans et plus. Six études différentes réalisées en Finlande et en Suède rapportent une réduction de la mortalité due au cancer du sein. En Suède, une étude réalisée chez les femmes de 40 à 74 ans, après la mise en place du programme public de dépistage, a entraîné une diminution de la mortalité liée au cancer du sein de 63 % chez les femmes qui ont été dépistées [23].

La mammographie, examen qui comporte de faibles risques, a démontré son efficacité à prévenir les décès par cancer de sein chez les femmes de 40 ans et plus.

Expérience usager

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'expérience de l'utilisateur à travers les épisodes de soins et de services est en partie déterminée par la pertinence des soins et services et, notamment, la possibilité de recevoir le bon service au bon moment.

Exemple 1 : Les traitements non bénéfiques n'ont pas que des effets physiologiques (nausées, éruptions cutanées et autres effets secondaires indésirables), mais également des effets psychologiques. Une étude sur la pertinence des soins palliatifs, notamment les délais d'introduction de ce type de soins, a montré qu'un délai trop important entraîne plus de détresse chez les usagers et une dégradation de la qualité de la fin de vie [21].

Un délai trop important avant l'introduction de soins palliatifs et donc le maintien de traitements curatifs qui seraient moins pertinents affectent négativement l'expérience de l'utilisateur et la qualité de sa fin de vie.

Exemple 2 : Une méta-analyse de quatre types de traitements offerts dans les cas d'ostéoartrite (arthrose) a montré une sous-utilisation des traitements les plus efficaces pour soulager les usagers, notamment les traitements chirurgicaux et les traitements basés sur l'activité physique qui ont un impact important sur la réduction de la douleur. Le manque d'utilisation ou d'offre de traitements efficaces pour traiter l'ostéoartrite entraîne une dégradation de la qualité de vie des usagers et de leurs expériences vis-à-vis du système de santé et des services sociaux [24].

Références

34. Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). Montréal, Québec: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 1-149.
35. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. (Première publication en 1966: The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3): Pt. 2, 166-203).
36. World Health Organization. (2010). Medical devices: Managing the mismatch: An outcome of the priority medical devices project., Geneva, Switzerland: WHO/OMS, 129 p.
37. Hicks, N.R. (1994). Some observations on attempts to measure appropriateness of care. *British Medical Journal (BMJ)*, 309(6956), 730-733.
38. Shekelle, P.G. (2009). Appropriateness criteria: a useful tool for the cardiologist. *Heart*, 95(7), 517-520.
39. Haute Autorité de Santé. (2017). Revue de pertinence des soins, Développement professionnel continu (DPC), 3 p. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807060/fr/revue-de-pertinence-des-soins
40. Sanmartin, C., Murphy, K., Choptain, N., Conner-Spady, B., McLaren, L., Bohm, E., ..., & Noseworthy, T. (2008). Appropriateness of healthcare interventions: Concepts and scoping of the published literature. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24(3), 342-349.
41. Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). Rapport d'appréciation thématique de la performance du système de santé et de services sociaux – Addenda II Pertinence des soins et services. Québec: CSBE, Gouvernement du Québec, 56 p.
42. World Health Organisation. (2005). Purchasing to improve health systems performance. Berkshire, England: J. Figeras, R. Ronbinson, & E. Jakubowski (Eds) / European Observatory on Health Systems and Policies Series: Open University Press, 299 p.
43. Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016 : Recueil des indicateurs. Québec: CSBE, Gouvernement du Québec.
44. Cappelletti, P. (2016). Appropriateness of diagnostics tests. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(S1), 91-99. doi.org/10.1111/ijlh.12502
45. Robertson-Peidler, J., Biller-Andorno, N., & Johnson, T.J. (2017). What is appropriate care? An integrative review of emerging themes in the literature. *BMC Health Services Research*, 17(1), 452-469. doi.org/10.1186/s12913-017-2357-2
46. Lázaro, P., & Fitch, K. (1996). From universalism to selectivity: is 'appropriateness' the answer? *Health Policy*, 36(3), 261-272.
47. Deber, R.B. (2008). Access without Appropriateness: Chicken Little in Charge? *Healthcare Policy*, 4(1), 23-29.
48. You, J.J. (2009). ICES Report: Appropriateness: The next frontier in the quest for better access to CT and MRI. *Healthcare Quarterly*, 12(4), 25-27. doi:10.12927/hcq.2013.21122
49. Clavel, N., De Coster, C., Pomey, M.P., Sanmartin, C., Bohm, É., Dunbar, M.J., ..., & Noseworthy, T. (2016). Appropriateness for Total Joint Replacement: Perspectives of Decision-Makers. *Healthcare Policy*, 11(3), 80-92.
50. Kirst, M., Im, J., Burns, T., Baker, G.R., Goldhar, J., O'Campo, P., Wojtak, A., & Wodchis, W.P. (2017). What works in implementation of integrated care programs for older adults with complex needs? A realist review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(5), 612-624. doi:10.1093/intqhc/mzx095
51. Cooper, Z., Sayal, P., Abbett, S.K., Neuman, M.D., Rickerson, E.M., & Bader, A.M. (2015). A Conceptual Framework for Appropriateness in Surgical Care: Reviewing Past Approaches and Looking Ahead to Patient-centered Shared Decision Making. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 123(6), 1450-1454. doi.org/10.1097/ALN.0000000000000899
52. van Bijleveld, G.G., Dedding, C.W.M., & Bunders-Aelen, J.F.G. (2015). Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: a state-of-the-art review. *Child and Family Social Work*, 20(2), 129-138. doi.org/10.1111/cfs.12082
53. Mannion, A.F., Pittet, V., Steiger, F., Vader, J.-P., Becker, H.-J., Porchet, F., & The Zürich Appropriateness of Spine Surgery (ZASS) Group. (2014). Development of appropriateness criteria for the surgical treatment of symptomatic lumbar degenerative spondylolisthesis (LDS). *European Spine Journal*, 23(9), 1903-1917. doi:10.1007/s00586-014-3284-0
54. Taylor, D.R., & Lightbody, C.J. (2018). Futility and appropriateness: challenging words, important concepts. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1110), 238-243. doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-135581
55. Rivas, C., Ramsay, J., Sadowski, L., Davidson, L.L., Dunne, D., Eldridge, S., ..., & Feder, G. (2016). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 12(1), 206 p. doi:10.4073/csr.2016.2
56. Feig, S.A. (2006). Screening mammography: A successful public health initiative. *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal Of Public Health*, 20(2-3), 125-133.
57. Basedow, M. et A. Esterman. (2015). Assessing appropriateness of osteoarthritis care using quality indicators: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(5), 782-789. doi:10.1111/jep.12402
58. Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2010). Les soins de santé au Canada 2010. Ottawa, Ontario: ICIS.
59. Champagne, F., & Guisset, A-L. (2005). The assessment of Hospital Performance: collected Background Papers. Montréal, Québec: GRIS, Université de Montréal.
60. Kenning, C., Daker-White, G., Blakemore, A., Panagioti, M., et Waheed, W. (2017). Barriers and facilitators in accessing dementia care by ethnic minority groups: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Psychiatry*, 17(316). doi.org/10.1186/s12888-017-1474-0
61. Shojania, K.G., Duncan, B.W., McDonald, K.M., Wachter, R.M., & Markowitz, A.J. (2001). Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices. *Evidence Report/Technology Assessment*, 43, i-x, 1-668. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.



Sécurité des soins et services

La sécurité constitue une des dimensions de la qualité des soins et des services. La qualité est un ensemble d'attributs du processus de coproduction de soins et de services (entre les usagers et les équipes de soins et services) qui favorisent le meilleur résultat possible tel que défini par rapport aux données probantes, à la technologie, aux attentes et besoins des usagers et de leurs proches ainsi qu'en rapport avec les normes sociales [1]. La qualité des soins et services est constituée de la qualité technique, incluant la pertinence (connaissances et jugement professionnels), la sécurité, et de la qualité interpersonnelle ou humanisme [2].

Qu'est-ce que la sécurité?

La sécurité est la capacité à prévenir et minimiser les risques associés aux soins et services et au milieu dans lesquels ils sont prodigués [3, 4]. Elle regroupe les incidents, les accidents et les événements sentinelles. La sécurité vise donc à minimiser l'incidence et l'impact des événements indésirables (EI) ou nuisibles, non planifiés et non désirés, directement associés aux soins ou aux services prodigués à un usager, par l'utilisation de meilleures pratiques [3, 5, 6].

Considérés comme une caractéristique du processus de soins et services, les risques pouvant affecter la sécurité des usagers sont le résultat de l'interaction de plusieurs facteurs à différents niveaux du système de santé et des services sociaux, et ne sont pas uniquement associés aux comportements ou aux erreurs humaines. Ces facteurs sur lesquels il est nécessaire d'agir pour améliorer la sécurité des usagers et du système de santé et des services sociaux, sont donc multiples. Au sein d'un système complexe, la multiplicité de ces facteurs nécessite des réponses visant les « causes profondes » des risques afin de développer des processus et des mécanismes pour prévenir ces risques et protéger les usagers et les professionnels.

Afin d'illustrer ces propos, nous utilisons la métaphore suivante:

En matière de sécurité, concentrer uniquement les efforts de gestion des risques sur la modification des comportements individuels des professionnels de santé et des services sociaux équivaldrait à écraser des moustiques un par un pour s'en débarrasser. Ces efforts ne sont pas suffisants et permettent, au mieux, de retarder l'occurrence de l'événement redouté (accident/incident) sans s'attaquer aux « causes profondes ». Ainsi, un autre moustique surgira aussi certainement qu'un autre professionnel commettra une erreur dans le même contexte. Une solution plus probante est la recherche et le traitement des « causes profondes » qui s'apparenteraient à la recherche et à la destruction du nid de moustiques [7].

Quelles sont les sous-dimensions de la sécurité des soins et services?

Deux catégories d'événements peuvent compromettre la sécurité, à des degrés ou à des niveaux de sévérité variables: les incidents et les accidents, dont les plus dangereux et récurrents sont regroupés sous l'appellation d'événements sentinelles. La prévention des risques représente également une composante clé de la sécurité des soins et services.



Incidents

Il s'agit des actions ou des situations qui n'entraînent pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel, et qui, en d'autres occasions, pourraient compromettre la sécurité [8].



Accidents

Il s'agit des actions ou des situations où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers [8].



Événements sentinelles

Les événements sentinelles sont des événements classés sur une échelle de gravité correspondant aux critères suivants¹⁷:

Événement qui a provoqué des conséquences graves ou catastrophiques (selon l'échelle de gravité);

OU

Événement qui aurait pu provoquer des conséquences graves ou catastrophiques (selon l'échelle de gravité), mais ayant été intercepté avant l'apparition de conséquences;

OU

Événement qui se produit à une grande fréquence (touchant un grand nombre de personnes par exemple) même s'il n'est pas à l'origine de conséquences graves.



Prévention des risques

La sécurité des usagers est garantie s'il est possible de prévenir, éliminer ou de se protéger des événements indésirables et de leurs conséquences. Prévenir implique d'empêcher qu'un événement ne se produise par l'implantation de barrières organisationnelles. Éliminer les événements indésirables implique d'éliminer les causes profondes qui les provoquent. Se protéger des événements indésirables implique de réduire les conséquences des événements indésirables. La capacité à prévenir, éliminer ou protéger dépend de la disponibilité de données sur les incidents et les accidents qui se produisent dans les établissements de soins et services. De ce fait, la déclaration de ceux-ci est essentielle pour mettre en œuvre des mécanismes d'amélioration continue de la sécurité des usagers [6].

Il est important de préciser que la mise en place de processus et de mécanismes organisationnels de prévention et de protection n'est pas suffisante. Il est essentiel d'y adjoindre un système de surveillance qui permet l'analyse des risques qui favorise l'implantation d'actions d'amélioration continue visant les causes profondes, afin d'assurer une gestion des risques efficace.

¹⁷ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (2016). Procédure. Gestion des événements sentinelles. No de la procédure : PRO-PS-QEPE.002. Québec: CIUSSS, Gouvernement du Québec. Repéré à https://santesaglac.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2018/11/version_finale_-_procedure_evenements_sentinelles.pdf et Institut national de santé publique du Québec. (2019). Surveillance des incidents et accidents liés au retraitement des dispositifs médicaux au Québec 2017-2018 : rapport de surveillance. Québec: INSPQ, Direction des risques biologiques et de la santé au travail.

Les actions d'amélioration continue peuvent cibler quatre types de barrières afin d'améliorer la sécurité [9]:

- **Les barrières matérielles** qui préviennent physiquement l'exécution d'actions dangereuses ou la propagation des conséquences indésirables. Il peut s'agir d'équipements de protection individuelle (jaquette, gants, masque), de contenants biomédicaux (seringues souillées), etc.
- **Les barrières fonctionnelles** qui gênent l'exécution d'actions non souhaitées en établissant une dépendance logique ou temporelle entre plusieurs actions. Il peut s'agir de mécanismes ou de systèmes de validation informatiques ou matériels (redondances, code-barres à valider, liste de contrôle obligatoire avant l'exécution d'une action etc.) qui permettent de vérifier si une action ou un processus est conforme (prescription médicamenteuse, chirurgie, etc.)
- **Les barrières symboliques** qui indiquent une limite à respecter et nécessitent une interprétation de l'opérateur, qui doit réagir ou répondre aux messages qu'elles contiennent. Il peut s'agir, par exemple, d'étiquetage ou de marquages (au sol, au mur etc.).
- **Les barrières immatérielles** qui regroupent les règles au sens large, depuis la réglementation générale jusqu'à certaines procédures spécifiques. Il peut s'agir normes, protocoles de soins à respecter, de recommandations, de consignes etc.

Dans un processus de gestion du risque, il faut noter que, passé un certain stade, l'introduction de barrières de sécurité peut engendrer des effets contreproductifs. On assiste dans certaine organisation à une « explosion de documents prescripteurs », conçus « de façon administrative », qui s'additionnent rapidement, parfois sans cohérence, et qui ne font pas l'objet de révision. Ainsi, la multiplication de barrières peut contraindre le travail sans forcément améliorer la sécurité [10], si elles ne sont pas régulièrement réévaluées pour en assurer l'efficacité et la pertinence en fonction des processus cliniques et administratifs.

Comment mesure-t-on la sécurité?

Les outils ou indicateurs pour mesurer la sécurité servent soit à l'analyser, soit à porter un jugement sur le degré de sécurité des soins et services prodigués. Les démarches analytiques ont pour objectif de déterminer les causes des événements indésirables afin de les comprendre et implanter des barrières pour les prévenir, protéger les usagers ou empêcher ces événements indésirables [11].

Les indicateurs permettant de porter un jugement sur le degré de sécurité donnent de l'information sur la proportion d'événements indésirables [12]. Ils traduisent en taux (taux d'incidence d'accidents et d'incidents) l'occurrence d'interventions qui ont entraîné des événements indésirables ou la proportion d'usagers qui ont subi des événements indésirables [14]. Il est important de noter que les indicateurs de sécurité ont une norme théorique attendue de 0 %. Même si cette norme n'est pas toujours atteignable, il demeure essentiel de garder cet objectif [12].

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et de thématiques de mesure de la sécurité

Sous-dimension Incidents (A, B) 	
Échelle de gravité (exemples) [15]	Exemples d'indicateurs ¹⁸ [15]
A Une circonstance ou une situation à risque de provoquer un événement indésirable (EI) ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de chariots de médicaments non barrés répertoriés dans le corridor • Nombre d'instruments oubliés sur un chariot • Nombre de ridelles de lit défectueuses • Nombre d'étiquettes sur des contenants ou sachets de médicaments qui se décollent ou ne sont pas en bon état
B Un EI est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de mauvais médicaments livrés par la pharmacie, mais pour lequel le personnel infirmier s'aperçoit de l'erreur avant qu'un usager soit touché • Proportion des tests de laboratoire devant être repris en raison d'une mauvaise identification du tube
Sous-dimension Accidents (C, D, E1, E2, F) 	
Échelle de gravité (exemples) [15]	Exemples d'indicateurs ⁴ [15]
C Un EI est survenu et a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence.	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisateurs ayant reçu la mauvaise dose de médicaments, sans que cela n'ait eu de conséquence • Nombre d'utilisateurs qui glissent de leur chaise pour lesquels aucune douleur ni blessure n'est constatée
D Un EI est survenu et a touché l'utilisateur, et des vérifications additionnelles ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquences.	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisateurs ayant reçu la mauvaise dose d'insuline et pour lesquels des contrôles sont requis pour s'assurer que la glycémie demeure dans les limites normales • Taux d'utilisateurs trouvés par terre pour lesquels un examen physique doit être fait afin de s'assurer qu'il n'y a pas de blessure • Taux d'utilisateur faisant une chute lors d'un exercice de réadaptation physique, un examen est fait et la fréquence des séances qui étaient planifiées est modifiée
E1 Un EI est survenu, a touché l'utilisateur, et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées.	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de brûlures causées par la défectuosité d'un équipement d'électrothérapie lors d'une intervention en physiothérapie • Taux de jeunes s'infligeant des blessures superficielles pour lesquels une désinfection est nécessaire • Taux des manœuvres de Heimlich entreprises à la suite d'une aspiration

¹⁸ Les indicateurs présentés sont associés aux événements relatifs aux différentes catégories de l'échelle de gravité. Ils auraient également pu être classés en fonction d'une catégorisation liée aux processus clinique et organisationnel. Par exemple, les indicateurs associés aux processus de prestation de soins et services, à la médication ou aux actions préventives pour garantir la sécurité des utilisateurs.

<p>E2 Un EI est survenu, a touché l'utilisateur, et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés qui vont au-delà des services courants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de ponctions ou lacérations accidentelles [16] • Taux de lacérations profondes du cuir chevelu pour lesquelles des points de suture sont nécessaires • Taux d'antidotes administrés suite à une erreur liée à la médication pour laquelle des effets secondaires sont constatés
<p>F Un EI est survenu, a touché l'utilisateur, et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de cas de septicémie postopératoire, par 100 000 sorties, pour des chirurgies abdominales, chez les patients de 15 ans et plus [16, 17] • Taux de chutes d'utilisateurs durant leur séjour à l'hôpital ayant entraîné une fracture de la hanche (diagnostic secondaire), pour 1 000 sorties, chez les patients âgés de 18 ans et plus [17] • Taux d'ulcères de pression de stade III ou IV ou instables (diagnostic secondaire), pour 1 000 sorties, chez les patients de type chirurgicaux ou médicaux âgés de 18 ans et plus [17] • Taux d'utilisateurs ayant eu un surdosage d'un médicament nécessitant une surveillance aux soins intensifs et une consultation en médecine interne • Taux de fractures ayant eu lieu durant le séjour ou la visite d'un utilisateur dans un établissement de soins et services nécessitant une chirurgie et un suivi en réadaptation

Sous-dimension

Événements sentinelles (G, H, I)

Exemples [15]	Exemples d'indicateurs ¹⁹ [15]
<p>G Un EI est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives ou psychologiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'accouchements vaginaux qui ont entraîné un traumatisme obstétrical de 3^e ou de 4^e degré, par 100 accouchements vaginaux sans instrument [16, 17] • Pourcentage d'accouchements vaginaux qui ont entraîné un traumatisme obstétrical de 3^e ou de 4^e degré, par 100 accouchements vaginaux avec instrument [16] • Taux d'utilisateurs présentant des séquelles permanentes (p. ex. surdité) suite à l'administration d'une trop grande quantité de médicaments (surdose) • Taux d'utilisateurs avec perte de mobilité suite à une fracture de la hanche causée par une chute et ayant nécessité une chirurgie

¹⁹ Les indicateurs présentés sont associés aux événements relatifs aux différentes catégories de l'échelle de gravité. Ils auraient également pu être classés en fonction d'une catégorisation liée au processus clinique et organisationnel. Par exemple, les indicateurs associés aux processus de prestation de soins et services, à la médication ou aux actions préventives pour garantir la sécurité des utilisateurs.

<p>H Un EI est survenu, a touché l'utilisateur, et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de procédures au cours desquelles un corps étranger a été laissé dans l'organisme, par 100 000 sorties médicales et chirurgicales, chez les patients de 15 ans et plus [16] • Taux d'infections nosocomiales dues au Staphylococcus Aureus (Staphylocoque doré) résistant à la méthicilline (SARM), pour 100 admissions à l'hôpital [16] • Taux d'erreurs lors d'épreuves diagnostiques en imagerie médicale provoquant des dommages cérébraux irréversibles • Taux d'erreurs dans l'administration de médicaments qui ont provoqué une détresse respiratoire sévère et ont donc nécessité une ventilation assistée.
<p>I Un EI est survenu, a touché l'utilisateur, et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de chutes ayant causé le décès d'un usager • Taux de surdoses de narcotique provoquant le décès

Sous-dimension

Prévention des risques



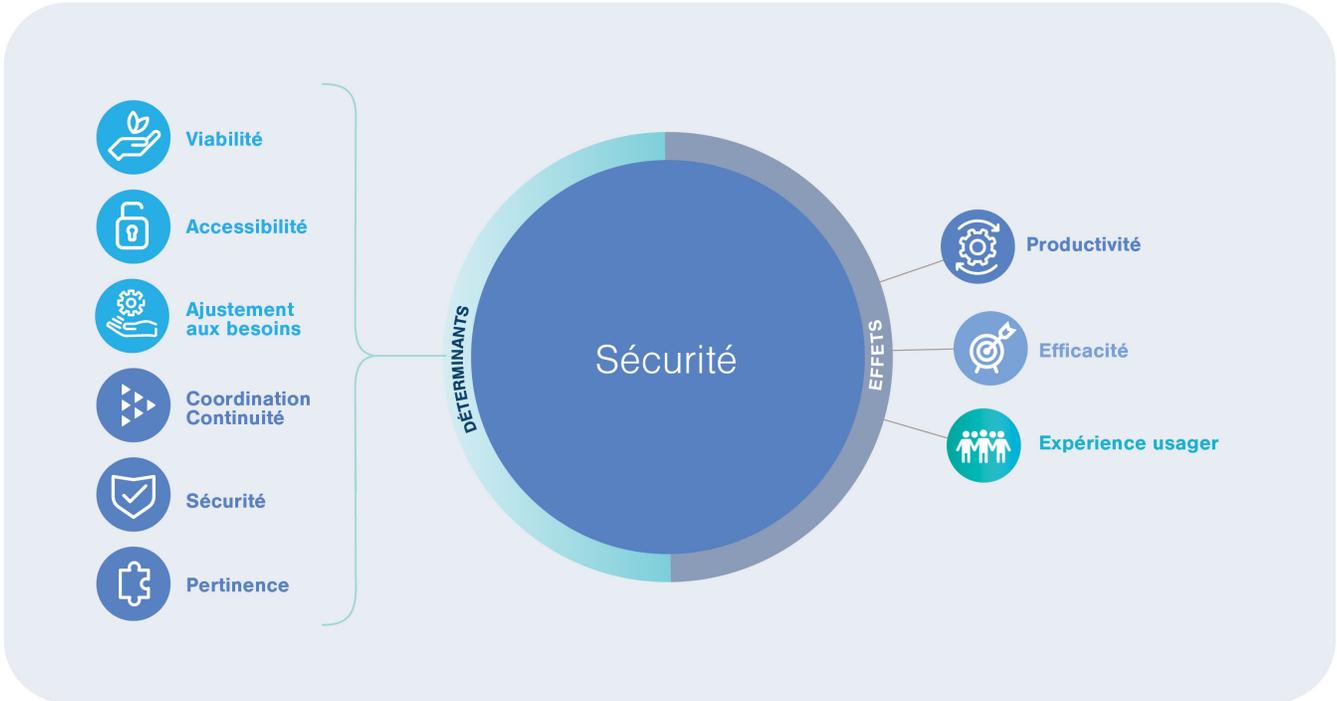
Échelle de gravité (exemples) [15]	Exemples d'indicateurs
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de pratiques appropriées d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé [18]
Conformité	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'utilisateurs pour lesquels les antécédents de médicaments et d'ordonnances d'admission incluent le nom, la dose, la voie et la fréquence du médicament, pour chaque médicament [18]
Prévention des risques	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des plans de prévention des risques implantés au sein des services

= La thématique de mesure peut être mesurée en prenant en considération l'expérience usager.

Comment la sécurité est-elle liée aux autres dimensions de la performance d'une trajectoire?

Le MAP des trajectoires est composé de 11 dimensions interreliées. Cette fiche met en évidence les relations entre la sécurité et les autres dimensions de la performance. Certaines influencent la sécurité et sont donc des déterminants de la sécurité. D'autres sont influencées par la sécurité et peuvent donc être considérées comme des effets de la sécurité. La Figure 1 illustre ces liens, tandis que les Tableaux 2 et 3 en proposent des exemples. Seules les relations scientifiquement fortes ou modérées sont présentées, bien que d'autres relations faibles ou modérés puissent exister^{20,21}.

FIGURE 1
Déterminants et effets de la sécurité des soins et services



20 Voir l'annexe 2 du document principal pour des explications sur le sens du lien entre les dimensions de la performance.

21 La description de la méthodologie pour la conception des fiches est décrite dans l'annexe 3 du document principal.

TABLEAU 2

Exemples de déterminants de la sécurité des soins et services

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La capacité d'une institution à acquérir, configurer et maintenir ses ressources (financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles) permet une meilleure gestion du risque. En effet, le fait d'avoir du personnel qualifié favorise, par exemple, le respect des protocoles. De même, l'innovation par l'intermédiaire de nouvelles technologies informatiques peut permettre d'améliorer la prévention et donc la sécurité. Enfin, la qualité de vie au travail, notamment la charge de travail des intervenants, est un déterminant important de la sécurité des usagers.

Exemple 1 : Une étude montre que des tournées conjointes de pharmaciens et de médecins ont entraîné une baisse des taux d'événements indésirables (EI) médicamenteux évitables de 66 %, passant de 10,4 pour 1 000 patients-jours à 3,5 suite à l'implantation de l'intervention conjointe. Ainsi, une configuration des équipes de soins qui inclut un pharmacien lors des rondes auprès des usagers est associée à un taux beaucoup plus bas d'effets indésirables causés par des erreurs de prescription [19].

Exemple 2 : Les erreurs de diagnostic se produisent même dans la pratique courante et quel que soit le niveau d'expérience de l'intervenant. Un système de rappel de diagnostic autonome permet de réduire les erreurs. Une étude montre que l'utilisation de ce type de système améliore la qualité des décisions des cliniciens pour les diagnostics, la sélection des tests et la sélection des traitements. L'implantation d'un tel système dans un milieu aigu pédiatrique et son utilisation lors d'évaluations caractérisées par l'incertitude diagnostique ont diminué de façon significative le pourcentage de diagnostics erronés [20].

Exemple 3 : Une étude montre que plus le personnel infirmier d'un service est expérimenté, moins on enregistre de décès des patients. En fait, chaque année d'expérience supplémentaire en services infirmiers pour une unité donnée entraînait une diminution de 4 à 6 décès sur 1 000 patients, selon le type d'hôpital concerné [21].

Exemple 4 : Une étude montre que les médecins qui souffrent d'épuisement professionnel rapportent plus fréquemment avoir donné des soins sous-optimaux aux usagers. Cela prend la forme d'erreurs de médication ou de traitements, de congés précipités, d'un manque d'attention d'impact social ou personnel de la maladie sur l'utilisateur, d'un manque de discussion sur les options de traitements ou le manque de réponses adéquates aux questions de l'utilisateur [22, 23].

Accessibilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'accessibilité réfère à la facilité d'obtenir des services de santé ou des services sociaux qui répondent aux besoins, par l'absence de barrières géographiques, économiques, individuelles, socioculturelles, et organisationnelles. Le fait d'avoir facilement accès et de recevoir le bon soin, au moment opportun diminue les risques associés aux interventions.

Exemple 1 : Le surpeuplement des urgences entraîne des délais dans l'identification et le traitement de conditions sensibles au temps comme l'infarctus aigu du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux aigus, les urgences chirurgicales et les septicémies sévères. Selon plusieurs études, plus de la moitié de tous les cas de morbidité et de mortalité sont secondaires à des délais dans l'administration des traitements et ont eu lieu dans les urgences des hôpitaux (le surpeuplement des urgences a été identifié comme un facteur contributif dans 31 % des cas) [27, 28, 29].

Exemple 2 : Le risque à court terme d'événements indésirables augmente avec la durée de séjour moyenne à l'urgence. Bien que le risque global soit faible, une étude montre que les principaux risques associés à la durée de séjour à l'urgence pour les personnes les plus malades sont l'augmentation des hospitalisations et l'augmentation des risques de décès. Le risque de décès a augmenté progressivement avec chaque heure supplémentaire de temps d'attente moyen pour les usagers les plus malades. Une réduction de la durée du séjour à l'urgence d'une heure, en moyenne, pourrait potentiellement réduire le nombre de décès chez les patients classés comme étant à risques élevés de 12,7 % et chez les patients à faibles risques de 6,5 % [30].

Ajustement aux besoins de la population cible (globalité)

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La globalité des services (sous-dimension de l'ajustement aux besoins de la population cible) renvoie à la gamme des soins et services offerts, à leur nature, à leur niveau d'intégration et à leur capacité à répondre aux besoins des usagers. On retrouve généralement un lien entre la globalité et la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, la capacité à ajuster les soins et services aux besoins de la population par une plus grande globalité réduit les risques d'accidents et d'incidents.

Exemple 1 : L'accueil des usagers gravement malades ou gravement blessés au service d'urgence par des équipes multidisciplinaires, qui favorisent la globalité de soins et des services, garantit la qualité et la sécurité des patients grâce à une procédure précoce et complète de diagnostics et de traitements. Il en résulte une réduction de la durée de séjours à l'urgence, une admission plus rapide dans les services appropriés et une identification, si nécessaire, précoce du besoin de soins intensifs [25].

Exemple 2 : La réorganisation des soins et des services d'un modèle centré sur la maladie vers un modèle proactif centré sur la promotion, la prévention et une approche globale de l'utilisateur peut générer une diminution des EI. Par exemple, la réponse aux maladies chroniques nécessite une prise en charge globale de l'utilisateur du fait de l'étiologie complexe de ces maladies. De même, le risque d'EI diminue lorsque l'on mise sur des soins de première ligne qui prennent en charge l'ensemble des problèmes de santé et des besoins sociaux de la personne [26].

Continuité et Coordination

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La sécurité des patients peut être compromise par des soins et services discontinus. En effet, la discontinuité des soins et services, notamment des lacunes dans le transfert d'informations ou une communication défailante entre les intervenants, entre les établissements et les partenaires, peut provoquer des événements indésirables.

Exemple 1 : Une étude montre que 26 % des EI dans le même établissement ont lieu lorsqu'un médecin non habituel d'un usager est responsable. Un système standardisé informatisé pour le transfert des patients entre médecins diminue le risque d'EI au cours de la prise en charge des soins par un autre médecin [31].

On constate que le manque de coordination clinique et informationnelle peut entraîner des EI pour les usagers.

Exemples 2 : Une étude montre que les congés planifiés avec le soutien d'un pharmacien pour améliorer la sécurité des patients (appel téléphonique de suivi du pharmacien deux jours après le congé afin de discuter de la gestion de leurs médicaments) ont donné aux pharmaciens la possibilité de résoudre des problèmes liés aux médicaments et de détecter de nouveaux problèmes médicaux. Cette étude montre que ce type d'intervention a réduit le taux de réadmission dans les 30 jours de 14 % [32]. Dans une autre étude, un service de liaison pour la médication des usagers lors de la transition entre l'hôpital et la communauté (conseils relatifs au congé, visites à domicile 48 heures postcongé par un pharmacien, résumés de congé transmis au médecin généraliste et au pharmacien du patient) réduit significativement le nombre de problèmes liés à la médication six semaines après la sortie de l'hôpital [33].

On constate que la continuité relationnelle et clinique entre les différentes étapes d'une trajectoire, notamment lors du retour à domicile, diminue les risques d'EI associés aux prescriptions de médicaments.

Exemple 3 : Une étude montre que des lacunes de communication (informations concernant la médication et documentation incomplètes) au moment du congé de l'hôpital pour des patients âgés de 75 ans peuvent augmenter les risques de réadmission. En effet, 41 % des réadmissions sont liés à la médication et 21 % de ces réadmissions auraient pu être évitées [34].

Pertinence

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La pertinence est la capacité de prendre les bonnes décisions avec l'usager au bon moment, grâce à des méthodes, procédures, techniques et équipements appuyés sur les meilleures pratiques, adaptés à ses besoins, et entraînant des bénéfices attendus excédant les risques possibles. Dans le milieu médical, le respect des bonnes pratiques médicales ou la conformité aux protocoles de soins permettent de minimiser les risques associés aux interventions.

Exemple 1 : Une étude a montré qu'un programme hospitalier qui cible les facteurs de risque contribuant au délirium et qui suit le niveau d'adhérence des usagers à chacune étape du protocole des interventions permet la réduction du nombre et de la sévérité des facteurs de risque associés au délirium chez les usagers âgés (réduction de 40 %), et prévient un premier épisode de délirium [23].

Exemple 2 : Une approche qui met l'accent sur les activités de sécurité et d'amélioration de la qualité, notamment l'amélioration de la pertinence et où le personnel de première ligne, les usagers et les soignants sont considérés comme des ressources essentielles pour perfectionner le système, réduit les dommages causés aux usagers, améliore les résultats cliniques, le moral du personnel et la rentabilité des services de santé mentale [24].

DIMENSION DU MODÈLE

Humanisme

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La sécurité des soins et des services est optimisée lorsqu'une approche visant à assurer des relations, des lieux, et une offre de soins et de services respectant les valeurs d'empathie, d'écoute, de dignité humaine, de reconnaissance de l'intégrité, de confidentialité, de liberté de choix et de respect de la personne, ainsi que la confiance en son plein potentiel, est mise de l'avant.

Exemple 1 : Plusieurs études montrent les avantages associés à des soins centrés sur le patient: diminution de la mortalité [35], diminution des réadmissions aux services d'urgence [36], moins d'erreurs de médication, diminution des taux d'infection, amélioration de l'état fonctionnel [37]. Autrement dit, inclure l'usager comme participant actif aux soins qu'il reçoit, prendre en considération ses besoins, ses désirs et ses expériences personnelles, lui offrir des occasions de donner son avis et de participer à ses soins, favorisent la réduction des erreurs.

Exemple 2 : Les parents sont les mieux placés pour renseigner les intervenants sur leur enfant et sa déficience intellectuelle. En tenant compte des informations transmises par les parents, les intervenants et les organisations peuvent en effet adapter la prestation des soins de santé et l'environnement hospitalier afin de réduire ou d'atténuer les dommages iatrogènes. Il est donc important de les associer pour comprendre les besoins de leurs enfants et mettre en œuvre des interventions y répondant. En intégrant les principes de participation des usagers dans les programmes de formation clinique, les politiques et les pratiques en matière de soins de santé, les prestataires pourront eux aussi diminuer les risques d'EI [38].

Exemple 3 : Les hôpitaux ayant des structures, des espaces, des équipements et des installations adaptés fournissent un environnement qui minimise les vulnérabilités des personnes fragiles, favorisant la sécurité, l'indépendance et le bien-être fonctionnel [39].

TABLEAU 3

Exemples d'effets de la sécurité sur les autres dimensions du Modèle

DIMENSION DU MODÈLE

Productivité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Une sécurité accrue peut permettre une optimisation de la production des soins et des services de santé et de services sociaux dans la mesure où les EI mobilisent des ressources au détriment de leur utilisation optimale.

Exemple 1 : Malgré une grande diversité d'incidents médicaux, on observe de manière générale un impact de ceux-ci sur la durée du séjour à l'hôpital, le coût et la mortalité. Une étude montre que la septicémie postopératoire est une des complications les plus sérieuses et entraîne généralement une augmentation moyenne de 10.89 jours de la durée de séjour, des coûts additionnels d'environ 58 000\$ et une augmentation du risque de mortalité de 21.96 % [42].

Exemple 2 : Un cadre structuré pour l'utilisation de méthodologies d'amélioration continue basées sur des informations factuelles (Releasing Time to Care aussi appelé Productive Ward) améliore la sécurité, ce qui permet d'augmenter le temps de soins directs aux usagers. Ainsi, une diminution des EI augmente la qualité des soins directs et le temps que le personnel soignant peut consacrer aux usagers [43].

DIMENSION DU MODÈLE

Efficacité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La sécurité a un impact sur l'efficacité des soins et des services. Ainsi, un faible taux d'EI permet le maintien de la santé et du bien-être des usagers.

Exemple 1 : L'utilisation d'une liste de vérification de la sécurité chirurgicale est associée à une amélioration de la communication d'équipe et de la cohérence des soins qui réduisent significativement les complications et les décès associés à la chirurgie. Une étude a démontré une réduction significative du taux de mortalité suite à l'implantation de ces listes, passant de 1.8 % en pré-implantation à 0.8 % en post-implantation, et une diminution des complications chez les patients de 11 % à 7 % [40].

Exemple 2 : Une étude dont le but était d'observer les effets des EI sur le risque de décès et les taux de réadmission a démontré que les usagers ayant subi un EI avaient un taux de réadmission d'environ 25 % comparativement à 17 % pour ceux n'ayant subi aucun EI. De même, le taux de mortalité à l'hôpital était de 1.3 % lorsqu'aucun EI n'était rapporté, mais de 9.2 % lorsqu'un EI était rapporté. [41].

Expérience usager

La survenue d'EI causant des complications peut affecter de manière importante l'expérience usager en lien avec les soins et services.

Exemple 1 : Plusieurs études ont lié la sécurité à l'expérience usager, dont une étude portant sur la satisfaction des usagers à la suite d'une fracture de la clavicule. La perte de sensibilité et les engourdissements au niveau des épaules et du thorax antérieur sont des complications fréquentes à la suite d'une fracture de la clavicule, dues à des dommages nerveux secondaires au traitement. Les patients qui étaient incommodés par ces complications avaient tendance à rapporter un plus grand niveau d'insatisfaction vis-à-vis de l'intervention [44].

Exemple 2 : Des auteurs ont trouvé que les complications secondaires à la reconstruction mammaire suite à une mastectomie étaient des facteurs déterminants de l'insatisfaction des usagères [44].

Références

1. Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). Montréal, Québec: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 1-149.
2. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. (Première publication en 1966: The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3): Pt. 2, 166-203)
3. Davies, J.M., Hébert, P., & Hoffman, C. (2003). The Canadian patient safety dictionary. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation.
4. Leaterman, S., & K. Sutherland. (2010). Quality of Healthcare in Canada: A Chartbook. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation.
5. Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., ..., & Walton, M. (2008). What exactly is patient safety. In K. Henriksen, J.B., Battles, M. A. Keyes, & M.L. Grady (Éds). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 1: Assessment). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
6. Hollnagel, E., Woods, D.D., & Leveson, N. (2006). *Resilience engineering: Concepts and precepts*. Hampshire, England: Aldershot: Ashgate Publishing.
7. Larouzeé, J., & Guarnieri, F. (2014). Huit idées reçues sur le(s) modèle(s) de l'erreur humaine de James Reason. *Revue d'électricité et d'électronique*, pp.83-90
8. Loi sur les services de santé et les services sociaux, (mise à jour le 1er février 2020), RLRQ c. S-4.2.
9. Hollnagel, E. (2008). Risk + barriers = safety? *Safety Science*, 46(2), 221-229. doi.org/10.1016/j.ssci.2007.06.028
10. Cuvelier, L. (2019). De la sécurité des patients à la résilience des systèmes de soins : un état de l'art./From patient safety to the resilience of healthcare systems: the state of the art. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 817-826. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n3/1413-8123-csc-24-03-0817.pdf>
11. Kristensen, S., Mainz, J., & Bartels, P. (2007). Establishing a Set of Patient Safety Indicators: Safety Improvement for Patients in Europe. *SlmPatIE – Work Package 4*. Aarhus, Denmark: The ESQH-office for Quality Indicators.
12. McDonald, K.M., Romano, P.S., Geppert, J., Davies, S.M., Duncan, B.W., ..., Hansen, A. (2002). Measures of patient safety based on hospital administrative data - The Patient Safety Indicators. Technical Review 5 (prepared by the University of California San Francisco–Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
13. Vilcot, C., & Lecllet, H. (2006). *Indicateurs qualité en santé : certification et évaluation des pratiques professionnelles*. 2e éd. Paris, France: AFNOR.
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*. Québec: MSSS, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité.
15. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2019). Procédure E000-PROCD-02, Déclaration et analyse des événements survenus lors de la prestation de soins et de services aux usagers. Québec: CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
16. Organisation for Economic Cooperation and Development. (2009). *Health care quality indicators project: Patient safety indicators report 2009*. OECDiLibrary: Health working papers no 47. doi.org/10.1787/18152015
17. Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *AHRQ Quality Indicators™ (AHRQ QI™) ICD-10-CM/PCS Specification v2019*. Rockville, MD: AHRQ.
18. Canadian Patient Safety Institute. (2020). *Patient safety metrics*. Ottawa, Ontario: CPSI. Repéré à <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/psmi/Pages/default.aspx>
19. Leape, L.L., Cullen, D.J., Clapp, M.D., Burdick, E., Demonaco, H.J., Erickson, J.I., & Bates, D.W. (1999). Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *Journal of the American Medical Association*, 282(3), 267-270. amnarayan, P., Roberts, G.C., Coren, M., Nanduri, V., Tomlinson, A., Taylor, P.M., Wyatt, J.C., & Britto, J.F. (2006). Assessment of the potential impact of a reminder system on the reduction of diagnostic errors: A quasi-experimental study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 6(22). doi: 10.1186/1472-6947-6-22
20. Tourangeau, A.E., Giovannetti, P., Tu, J.V., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
21. Shanafelt, T.D., Bradley, K.A., Wipf, J.E., & Back, A.L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358-367.
22. Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Charpener, P.A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T.R., & Cooney, L.M. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*, 340, 669-676. doi:10.1056/NEJM199903043400901
23. Shojania, K.G., Duncan, B.W., & McDonald, K.M. (2001). *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Evidence Report/Technology Assessment No. 43. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
24. Christensen, D., Maaløe, R., Jensen, N.M., Rudolph, S.S. & Perrild, H. (2011). Quality of care using a multidisciplinary team in the emergency room. *Danish medical bulletin*, 58(6), A4227.
25. Grover, A., & A. (2015). An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Literature Review, *Global Journal of Health Science*, 7(2), 210–227. doi:10.5539/gjhs.v7n2p210.
26. Derlet, R.W., & Richards, J.R. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of Emergency Medicine*, 35(1), 63-68.
27. Lewin Group (for the American Hospital Association). (2002). *Emergency department overload: a growing crisis. The results of the American Hospital Association Survey of Emergency Department (ED) and Hospital Capacity*. Falls Church, VA: American Hospital Association.
28. Derlet, R.W., & Richards, J.R. (2002). Emergency department overcrowding in Florida, New York, and Texas. *The Southern Medical Journal*, 95(8), 846-849.
29. Guttman, A., Schull, M.J., Vermeulen, M.J., & Stukel, T.A. (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*, 342, 1-8. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d2983>
30. Petersen, L.A., Orav, E.J., Teich, J.M., O'Neil, A.C., & Brennan, T.A. (1998). Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 24(2), 77-87.
31. Dudas, V., Bookwalter, T., Kerr, K.M., & Pantilat, S.Z. (2001). The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *The American Journal of Medicine*, 111(9), sup. 2, 26-30. doi:[https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(01\)00966-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(01)00966-4)
32. Spurling, L., Gilbert, A., Phillips, P., & Odgers, C. (2001). A hospital medication discharge service: a novel approach utilising a community-based medication liaison pharmacist. *Proc Society of Hospital Pharmacists of Australia* 2.
33. Witherington, E.M., Pirzada, O.M., & Avery, A.J. (2008). Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Quality and Safety in Health Care*, 17(1), 71-75. doi:10.1136/qshc.2006.020842.
34. Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P.D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: The influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research*, 45(5 Pt 1), 1188–1204.
35. DiGioia, A.M. (2006). The AHRQ Innovation Exchange: Patient- and family-centered care initiative is associated with high patient satisfaction and positive outcomes for total joint replacement patients.
36. Flach, S.D., McCoy, K.D., Vaughn, T.E., Ward, M.M., BootsMiller, B.J., & Doebeling, B.N. (2004). Does Patient-centered Care Improve Provision of Preventive Services? *Journal of General Internal Medicine*, 19(10), 1019-1026.
37. Mimmo, L., Harrison, R., & Hinchcliff, R. (2018). Patient safety vulnerabilities for children with intellectual disability in hospital: a systematic review and narrative synthesis. *BMJ Paediatrics Open*, 2(1), pp. e000201.
38. Wong, K.S., Ryan, D.P. & Liu, B.A. (2014). A system-wide analysis using a senior-friendly hospital framework identifies current practices and opportunities for improvement in the care of hospitalized older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(11), 2163-2170. doi:10.1111/jgs.13097
39. Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.-H.S., Dellinger, ..., & Gawande, A.A. (Safe Surgery Saves Lives Study Group). (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. doi:10.1056/NEJMs0810119
40. Friedman, B., Encinosa, W., Jiang, H.J., & Mutter, R. (2009). Do patient safety events increase readmissions? *Medical Care*, 47(5), 583-590. doi:10.1097/MLR.0b013e31819434da
41. Zhan, C., & Miller, M.R. (2003). Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *Journal of the American Medical Association*, 290(14), 1868-1874.
42. Wright, S., & McSherry, W. (2013). A systematic literature review of Releasing Time to Care: The Productive Ward, *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1361-1371.
43. Norcède, C. (2010). *Revue de la littérature : Satisfaction de la population et performance*, Projet PASS (non publié).



L'humanisme des soins et services

L'humanisme est une des dimensions de la qualité des soins et des services. La qualité est constituée d'un ensemble d'attributs du processus de coproduction de soins et de services (entre les usagers et les équipes de soins et services) qui favorisent le meilleur résultat possible tel que défini par rapport aux données probantes, à la technologie, aux attentes et besoins des usagers et de leurs proches et par rapport aux normes sociales [1]. La qualité des soins et services est constituée de la qualité technique, incluant la pertinence (connaissances et jugement professionnel) et la sécurité, ainsi que de la qualité interpersonnelle ou humanisme [2].

Qu'est-ce que l'humanisme ?

Il s'agit d'une approche visant à assurer des relations et offrir des soins, des services et des lieux qui respectent les valeurs d'empathie, d'écoute, de dignité humaine, de reconnaissance de l'intégrité, de confidentialité, de liberté de choix, et de respect de la personne. L'humanisme nécessite la reconnaissance et l'intégration de l'expérience de l'utilisateur et de ses proches à l'ensemble d'un processus thérapeutique [3, 4, 5].

Quelles sont les sous-dimensions de l'humanisme ?



Interpersonnelle

La mise en pratique de l'humanisme lors du processus de coproduction des soins et des services (entre les usagers, les intervenants et les partenaires) au sein d'une trajectoire visant à favoriser le développement d'une relation de confiance qui est à la base de l'alliance thérapeutique [6, 7].



Architecturale

L'aménagement des lieux afin qu'ils soient accueillants, et sécurisants pour les usagers et l'ensemble des personnes prodiguant des soins et des services (espaces extérieurs, aires de déplacement, salles d'attente et d'examen, etc.) [8].



Organisationnelle

Intégration des valeurs humanistes dans les processus et procédures des organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types [9].

Comment mesure-t-on l'humanisme ?

L'humanisme renvoie à la qualité de l'interaction entre un usager et les composantes du système de santé et services sociaux, soit les intervenants (sous-dimension interpersonnelle), le bâti (sous-dimension architecturale) et les processus organisationnels (sous-dimension organisationnelle). L'évaluation de l'humanisme des soins et services de santé s'effectue à partir de mesures perceptuelles descriptives et d'indicateurs. Les enquêtes auprès des usagers demeurent les instruments de collecte de données les plus souvent utilisés [10].

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et de thématiques de mesure de l'humanisme

Sous-dimension	
Interpersonnelle	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Communication et écoute [11] 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré et/ou l'équipe médicale les encouragent toujours à poser des questions [11] Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré ou/et l'équipe médicale expliquent toujours les choses de façon à ce qu'elles les comprennent [11]
Respect [11] 	<ul style="list-style-type: none"> Temps consacré aux patients en termes de durée moyenne d'une consultation régulière [11] Proportion d'intervenants rencontrés par un usager et qui ont clairement communiqué leur rôle
Implication des usagers dans les décisions concernant les soins et les traitements [11] 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des médecins de famille qui déclarent discuter systématiquement avec leurs patients plus âgés ou plus malades des traitements qu'ils souhaiteraient recevoir ou non [11] Proportion des médecins de famille qui discutent avec leurs patients des traitements que ceux-ci souhaiteraient recevoir ou non et consignent systématiquement ces préférences dans leur dossier médical [11] Proportion des personnes de 55 ans et plus à qui on a toujours parlé, lors de soins ou d'un traitement de spécialistes, d'un choix de traitement [11] Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir toujours été impliquées autant qu'elles le voulaient dans les décisions concernant leur traitement ou leurs soins [11]
Sous-dimension	
Architecturale [15]	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Propreté des lieux de soins et services 	<ul style="list-style-type: none"> Questions sur les perceptions générales du patient concernant les services d'entretien ménager fournis dans l'établissement, son opinion sur la propreté de celui-ci, de sa chambre et de sa salle de bain, ainsi que sur la courtoisie du personnel d'entretien ménager (réponses agrégées pour créer un score de 100) [12]
Propreté et qualité de la nourriture 	<ul style="list-style-type: none"> Score combiné (sur 100) pour les questions concernant la propreté, la qualité et la quantité de nourriture [12]
Intimité 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de chambres privées [13]

Sous-dimension	
Organisationnelle	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Respect 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de résidents en soins de longue durée soumis à des contraintes physiques quotidiennes pour gérer les comportements ou pour prévenir les chutes [14]
Accessibilité 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de chirurgies annulées pour des raisons non médicales (chirurgie ambulatoire ou hospitalisation) [12] Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière – population de 75 ans et plus [13]

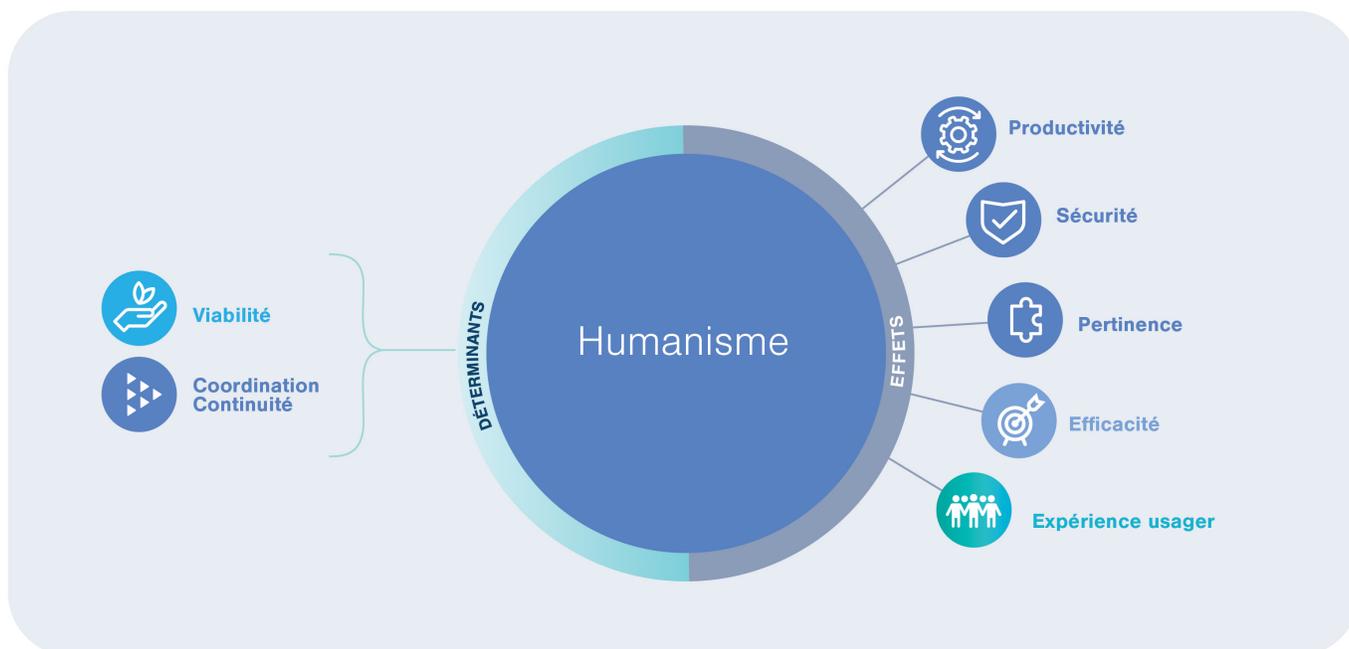
 = La thématique de mesure peut être mesurée en prenant en considération l'expérience usager.

Comment l'humanisme est-il lié aux autres dimensions de la performance d'une trajectoire ?

Le MAP des trajectoires est composé de 11 dimensions interreliées. Cette fiche met en évidence les relations entre l'humanisme et les autres dimensions de la performance. Certaines influencent l'humanisme et sont donc des déterminants de l'humanisme. D'autres sont influencées par l'humanisme et peuvent donc être considérées comme des effets de l'humanisme. La Figure 1 illustre ces liens, tandis que les Tableaux 2 et 3 en proposent des exemples. Seules les relations scientifiquement fortes ou modérées sont présentées, bien que d'autres relations faibles ou modérées puissent exister^{22,23}.

FIGURE 1

Déterminants et effets de l'humanisme



22 Voir l'annexe 2 du document principal pour des explications sur le sens du lien entre les dimensions de la performance.

23 La description de la méthodologie pour la conception des fiches est décrite dans l'annexe 3 du document principal.

TABLEAU 2

Exemples de déterminants de l'humanisme

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

S'assurer d'acquérir, de configurer et de maintenir ses ressources (financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles) en fonction des besoins de la population permet davantage d'humanisme. De même, le maintien d'une bonne qualité de vie au travail des intervenants (composante de la viabilité) influence fortement la qualité des relations entre les usagers et les intervenants, et donc l'humanisme des soins et des services offerts.

Exemple 1 : Un manque de personnel qualifié peut entraîner des impacts négatifs sur la qualité des relations interpersonnelles et interprofessionnelles. Ainsi, une moindre disponibilité du personnel en poste affecte le temps qu'ils ont pour prendre en compte le point de vue des usagers et l'opinion de leurs collègues [16].

Exemple 2 : Le surmenage et la pénurie de professionnels, ainsi que des conditions structurelles et organisationnelles inadéquates, affectent l'humanisme des services d'urgence. Une étude montre qu'un ratio infirmière-patients adéquat à l'urgence permet de garantir des soins davantage humanisés [17].

Exemple 3 : Des programmes de formation continue des professionnels de santé basés sur une approche pédagogique qui se préoccupe du climat d'apprentissage, accueillant le vécu affectif des apprenants, et qui priorise la dignité et le respect de l'utilisateur, ouvrent la voie à un modèle prometteur pour le développement de pratiques professionnelles empreintes d'humanisme [18].

DIMENSION DU MODÈLE

Continuité et Coordination

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'humanisme peut être compromis par des discontinuités dans les soins et services, par exemple des bris dans le transfert d'information ou une communication défailante entre les intervenants ou entre les établissements ou avec les partenaires.

Exemple 1 : Certaines technologies de l'information, telles que les prescriptions électroniques, les dossiers numériques ou les outils de gestion de données cliniques, peuvent améliorer la qualité des relations interpersonnelles. Elles permettent notamment aux professionnels de documenter les préférences de traitement des usagers, d'accéder aux informations portant sur leur famille, ainsi qu'aux données contextuelles utiles [19].

Exemple 2 : Une étude montre que l'utilisation fréquente des échanges par courrier électronique entre le médecin et son patient augmente la qualité de la relation interpersonnelle et la satisfaction du patient vis-à-vis des soins et services prodigués [10].

Exemple 3 : Des structures organisationnelles qui tiennent compte de la culture et des croyances des usagers facilitent un partenariat plus satisfaisant autant pour les usagers que pour les professionnels. En effet, une étude montre que, lors de l'implantation de nouvelles interventions ou initiatives, il est important de reconnaître et comprendre qu'il peut exister un écart entre la culture organisationnelle des établissements de soins et services et les croyances de l'utilisateur [20]. La reconnaissance de cet écart potentiel permet de revoir les pratiques pour assurer un meilleur ajustement des soins et services à l'utilisateur pour garantir l'humanisme des soins et services.

TABLEAU 3

Exemples d'effets de l'humanisme sur les autres dimensions du Modèle

DIMENSION DU MODÈLE

Productivité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La productivité réfère au processus d'optimisation de la production des soins et des services de santé et de services sociaux. Une approche humaniste favorise des soins et services holistiques et adaptés aux besoins de l'utilisateur ce qui entraîne une amélioration de la productivité et notamment la réduction de la durée de séjour.

Exemple 1 : Une étude montre qu'en soins de longue durée, une optimisation des soins et des services qui entraîne une concentration des interventions sur les soins médicaux et d'hygiène, au détriment de l'environnement ou du bien-être des usagers, risque d'accentuer l'isolement et d'entraîner une détérioration de l'état de santé des résidents. Cela peut avoir pour conséquence une augmentation de la dépendance des usagers, alourdissant la charge de travail des soignants [15].

Exemple 2 : Une étude montre que les interventions centrées sur les soins aux patients et aux familles ont permis de réduire la durée du séjour dans les unités de soins intensifs. En intégrant des infirmières facilitatrices pour améliorer la communication médecin/patient et des réunions familiales formelles régulières et structurées, le nombre de jours d'hospitalisation est généralement réduit [22].

Sécurité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'humanisme appliqué dans le processus de soins contribue à la sécurité des patients puisque les habitudes, les choix et les besoins de ces derniers sont adéquatement communiqués aux cliniciens.

Exemple 1 : Une étude montre que la communication ouverte laissant de l'espace aux opinions et aux questionnements de l'utilisateur améliore la qualité de soins en diminuant le risque d'erreurs médicales et en augmentant corollairement la sécurité du patient [21].

Exemple 2 : Les usagers et leurs proches peuvent être des partenaires pour aider à améliorer la sécurité des soins et des services. Cela est particulièrement vrai lorsque la famille fournit des soins informels étendus et joue un rôle important dans le contexte psychosocial de l'utilisateur (en particulier dans les maladies chroniques et les soins aux personnes âgées). Ainsi, une approche basée sur le partenariat (alliance thérapeutique) avec l'utilisateur et ses proches peut avoir un impact positif sur la sécurité des usagers [23].

Pertinence

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'humanisme des soins et des services permet une meilleure communication entre l'utilisateur et l'intervenant et favorise ainsi le transfert d'informations pertinentes pour une prise en charge clinique adéquate. Ce processus augmente la capacité à prendre les bonnes décisions, au bon moment, avec l'utilisateur.

Exemple 1 : Une étude montre que les soins axés sur l'utilisateur favorisent un sentiment de confiance entre l'utilisateur et son médecin et améliorent l'échange des informations facilitant la prise de décision clinique [5].

Exemple 2 : Lorsque les professionnels considèrent l'ensemble des conditions cliniques chroniques et complexes vécues quotidiennement par les usagers, leurs interventions sont plus adaptées aux besoins des usagers [16]. Autrement dit, une prise en charge clinique soucieuse de répondre à l'ensemble des besoins spécifiques de l'utilisateur augmente la capacité à prendre des décisions adaptées à l'utilisateur.

Efficacité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'amélioration de l'humanisme des soins et des services a un impact direct sur l'efficacité clinique de soins et des services. Par exemple, une relation entre usagers et intervenants fondée sur des valeurs humanistes favorise la communication et la confiance et permet d'accroître l'adhérence au traitement ainsi qu'un meilleur contrôle sur les maladies chroniques.

Exemple 1 : Une étude montre que les soins axés sur le patient améliorent son sentiment de bien-être, notamment par la réduction de l'anxiété et de la dépression, grâce au développement d'une relation de confiance et de soutien avec les intervenants [24].

Exemple 2 : Plusieurs études ont démontré qu'il existe une association entre une bonne communication médecin-usager et l'amélioration des résultats cliniques (diminution des taux de morbidité et de mortalité). L'amélioration de l'état de santé des usagers serait, en partie, expliquée par le fait que les soins centrés sur le patient favorisent l'augmentation de l'adhérence au traitement [25, 26]. En revanche, selon une autre étude, une communication médecin-usager sous-optimale et discordante peut entraîner des symptômes de dépression sévère chez certains usagers, ce qui diminue son autonomie et l'adhérence aux traitements [27].

Exemple 3 : Une autogestion des maux de dos chroniques est optimale lorsque les usagers et les professionnels développent des partenariats efficaces qui intègrent leurs connaissances et compétences complémentaires. Une communication efficace est un facteur fondamental dans ces partenariats. Autrement dit, des partenariats qui permettent le développement de soins et services de santé individualisés optimisent l'autogestion des usagers aux prises avec une maladie chronique [28].

Expérience usager

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'humanisation des soins et des services améliore la perception positive des usagers concernant les soins et des services dont ils bénéficient.

Exemple 1 : Une approche empathique des intervenants et une implication des membres de la famille, dans les soins de base de l'usager, au travers des visites spontanées et par la tenue d'un journal, peuvent contribuer à diminuer l'anxiété chez les proches [29]. Cette diminution de l'anxiété contribue à favoriser une meilleure expérience des soins et services des usagers qui dépendent notamment du soutien de leurs proches.

Exemple 2 : La connaissance et la compréhension des besoins spéciaux et des expériences des usagers par les intervenants jouent un rôle déterminant dans l'établissement d'un lien de confiance, et influencent ainsi la qualité de la relation intervenant-usager. Ainsi, une relation basée sur la confiance réciproque, l'empathie et la confidentialité améliore la satisfaction des usagers [30].

Références

- Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). Montréal, Québec: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, pp. 1-149.
- Donabedian, A. (1997). The quality of care. How it can be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121(11), 1145-1150.
- Epstein, R.M., Fiscella, K., Lesser, C.S., & Stange, K.C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29(8), 1489-1495. doi:10.1377/hlthaff.2009.0888.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. doi:10.1002/nur.20302.
- Radwin, L.E., Cabral, H.J., & Wilkes, G. (2009). Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 4-17. doi:10.1002/nur.20302.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Carrier, S., Lambert, A., Garon, S., Morin, P., Gagné A.-A., & Bossé, P.-L. (2015). Évaluer les effets que produisent les services sociaux dans la vie des personnes usagères : proposition d'un cadre d'analyse. *Intervention*, 142, 17-27.
- Masson, O., & Vanneste, D. (2015). Habitat et vieillissement. Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie des seniors. 216 p. Repéré à <http://hdl.handle.net/2078.1/160928>
- Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Ministère de la Famille, Secrétariat aux aînés, Gouvernement du Québec (Comité terminologie). (2017). Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2 p. Repéré à <https://maltraitancedesaines.com/terminologie/>
- Kittler, A.F., Wald, J.S., Volk, L.A., Pizziferri, L., Jagannath, Y., Harris, C., ..., & Bates, D.W. (2004). The role of primary care non-physician clinic staff in e-mail communication with patients. *International Journal of Medical Informatics*, 73(4), 333-340. doi:10.1016/j.ijmedinf.2004.02.004
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). Rapport d'appréciation thématique de la performance du système de santé et de services sociaux. Québec: CSBE, Gouvernement du Québec, 56 p.
- Champagne, F., & Guisset, A.-L. (2005). The assessment of hospital performance: Collected background papers. Montréal, Québec: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 319 p.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., & Ste-Marie, G. (2008). Dictionnaire des indicateurs du modèle EGIPSS. Montréal, Québec: Université de Montréal.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2020). Indicator Library. Ottawa, Ontario: CIHI. Repéré à <https://www.cihi.ca/en/indicator-library> http://indicatorlibrary.cihi.ca/display/HSPIL/Indicator+Library?desktop=true&_ga=2.240398347.923751466.1579642584-1958185468.1574801407
- Masson-Galleau, A. (2001). Penser l'architecture en long séjour comme outil au service du projet de vie et de soins: Le cas de la restructuration du service de long séjour de l'hôpital local de Lodève. (Mémoire), École Nationale de la Santé Publique: Rennes (France). Repéré à https://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/dess/masson_galleau.pdf
- Wilkes, L., Cioffi, J., Warne, B., Harrison, K., & Vonu-Boriceanu, O. (2008). Clients with chronic and complex conditions: their experiences of community nursing services. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7B), 160-168. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02454.x
- Rôlo, B., Santos, B., Duarte, I., Pires, L., & C. Castro, C. (2019). Humanization of nursing care in the emergency service: A systematic review. *Annals of Medicine*, 51(S1), S204-S205. doi: 10.1080/07853890.2018.1560164
- Parandeh, A., Khaghanizade, M., Mohammadi, E., & Mokhtari Nouri, J. (2015). Factors Influencing Development of Professional Values Among Nursing Students and Instructors: A Systematic Review. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 284-293. doi: 10.5539/gjhs.v7n2p284
- Krupat, E., Bell, R.A., Kravitz, R.L., Thom, D., & Azari, R. (2001). When physicians and patients think alike: Patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *The Journal of Family Practice*, 50(12), 1057-1062.
- Butenko, S., Lockwood, C., & McArthur, A. (2017). Patient experiences of partnering with healthcare professionals for hand hygiene compliance: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(6), 1645-1670. doi: 10.11124/JBISRIIR-2016-003001
- Denham, R.C., Dingman, J., Foley, M.E., Ford, D., Becky, M., O'Regan, P. & Salamandra, A. (2008). Are You Listening...Are You Really Listening? *Journal of Patient Safety*, 4(3), 148-161.
- Goldfarb, M.J., Bibas, L., Bartlett, V., Jones, H., & Khan, N. (2017). Outcomes of Patient- and Family-Centered Care Interventions in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1751-1761. doi: 10.1097/CCM.0000000000002624
- Rathert, C., Wyrwich, M.D., & Austin Boren, S. (2013). Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351-379. doi: 10.1177/1077558712465774
- Mai, S. & Wang, P.D. (2019). Relationship between patient value co-creation behaviour and quality of medical care: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 394(S1), S45. doi:10.1016/S0140-6736(19)32381-5
- Chen, J.Y., Tao, M.L., Tisnado, D., Malin, J., Ko, C., Timmer, M., ..., & Kahn, K.L. (2008). Impact of Physician-Patient Discussions on Patient Satisfaction. *Medical Care*, 46(11), 1157-1162. doi:10.1097/MLR.0b013e31817924bc
- Holmström, I., & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172. doi: 10.1016/j.pec.2009.08.008
- Barton, J.L., Imboden, J., Graf, J., Glidden, D., Yelin, E.H., & Schillinger, D. (2010). Patient-Physician Discordance in Assessments of Global Disease Severity in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*, 62(6), 857-864. doi:10.1002/acr.20132
- Fu, Y., McNichol, E., Marczewski, K., & Closs, S.J. (2016). Patient-professional partnerships and chronic back pain self-management: a qualitative systematic review and synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 24(3), 247-59. doi: 10.1111/hsc.12223
- Galvin, I.M., Leitch, J., Gill, R., Poser, K., & McKeown, S. (2018). Humanization of critical care-psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 65(12), 1348-1371. doi: 10.1007/s12630-018-1227-7
- Cox, J.C.J. (2015). Quality standards for the provision of humanistic health care and of a person centred medicine in the NHS (England): Perinatal psychiatry may have the key. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2),308-309.



Productivité

Qu'est-ce que la productivité d'une trajectoire de soins et services?

La productivité est la capacité d'optimiser la production des soins et des services de santé et sociaux en fonction des ressources disponibles au sein d'une trajectoire, dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans les organisations partenaires [1].

L'optimisation est le fait d'améliorer les services, de réduire les coûts administratifs, ou d'augmenter la production de services, en utilisant des ressources équivalentes ou moindres. La productivité est donc une relation entre des ressources disponibles et le volume de production (p. ex. le nombre d'interventions réalisées).

Le schéma suivant illustre la distinction entre productivité et efficacité [2].



Quelles sont les sous-dimensions de la productivité?



Productivité technique

Capacité à utiliser les ressources matérielles de façon optimale pour offrir une intensité appropriée de soins et services aux usagers [3, 4]



Productivité financière

Capacité à utiliser les ressources financières de façon optimale pour offrir une intensité appropriée de soins et services aux usagers [3, 4]



Productivité clinique

Capacité à produire des soins et services et à mobiliser les ressources humaines de façon optimale pour répondre aux besoins des usagers, sans compromettre la santé des intervenants du système de santé et des services sociaux et des partenaires [4]

Comment mesure-t-on la productivité d'une trajectoire de soins et services?

Il existe plusieurs mesures de la productivité en fonction des sous-dimensions. La productivité peut être mesurée à toutes les étapes d'une trajectoire de soins et services et pour chaque épisode de soins. Il est donc recommandé d'identifier des indicateurs pour chaque étape d'une trajectoire afin d'avoir un portrait juste et complet de la productivité. Le Tableau 1 propose des indicateurs et des thématiques de mesure pour chaque sous-dimension de la productivité.

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et thématiques de mesure de la productivité

Sous-dimension	
Productivité technique	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Heures de travail par unité	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans un service (service de pharmacie, service de laboratoire clinique, service de diagnostic) [3] • Taux d'utilisation des salles d'opération [7] • Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré d'utilisateur hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers [3]
Sous-dimension	
Productivité financière	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Coûts et dépenses	<ul style="list-style-type: none"> • Coût d'un séjour standard à l'hôpital, en \$ CAN [3] • Coût par service médical (p. ex. médecine familiale, spécialités médicales ou spécialités chirurgicales) [3] • Montant des dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales [6] • Coût moyen par diagnostic repère pour la gestion (ou coût par casemix) [16]
Sous-dimension	
Productivité clinique	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Durée de séjour hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> • Durée moyenne de séjour pour les huit principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 1. Accouchement normal, 2. MPOC et bronchite, 3. Infarctus aigu du myocarde, 4. Pneumonie, 5. Insuffisance cardiaque, 6. Ostéoarthrite du genou, 7. Autres soins médicaux, 8. Schizophrénie [3] • Durée moyenne du séjour pour neuf chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 1. Accouchement par césarienne, 2. Arthroplastie du genou, 3. Fractures, 4. Arthroplastie de la hanche, 5. Angioplastie de l'artère coronaire, 6. Hystérectomie, 7. Appendicectomie, 8. Excision de la vésicule biliaire, 9. Insertion de stimulateur [3]
Répartition du temps des médecins de famille	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen d'heures travaillées par semaine rapporté par les médecins de famille à la clinique [3] • Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille au contact direct avec les usagers lors d'une semaine régulière [3] • Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille au contact indirect avec les usagers (courriel ou téléphone) lors d'une semaine régulière [3] • Pourcentage du temps accordé aux questions administratives par les médecins de famille lors d'une semaine régulière [3] • Proportion des heures de soins infirmiers directs aux patients par rapport aux heures totales travaillées des infirmières [7]

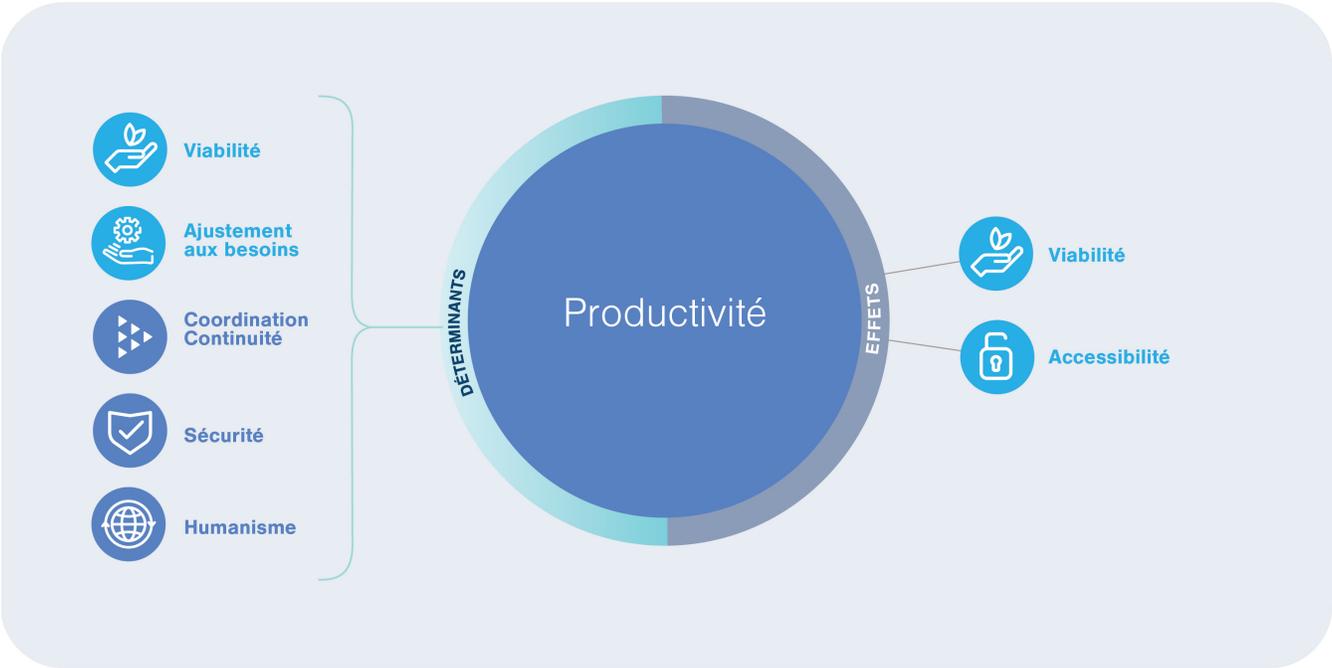
<p>Optimisation des soins et services</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'usagers recevant des soins à domicile ayant fréquenté l'urgence • Pourcentage d'usagers qui ont eu une visite imprévue aux urgences qui auraient pu être pris en charge dans un établissement ou par des professionnels de première ligne [17] • Pourcentage d'usagers dont l'attente en statut de niveau de soins alternatifs respecte les délais ciblés • Pourcentage des usagers à l'urgence qui sont de grands utilisateurs/ grands consommateurs de soins et de services • Taux d'hospitalisation, pour 100 000 personnes âgées de 0 à 74 ans, pour une affection pouvant être traitée en ambulatoire (asthme, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque, hypertension, angine de poitrine et épilepsie) [17]
<p>Variation injustifiée de l'utilisation des services hospitaliers</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison des taux d'utilisation de services spécifiques à faible valeur entre les aires géographiques, ajustés aux besoins de la population [4]

 = La thématique de mesure peut être mesurée du point de vue de l'utilisateur.

Comment la productivité est-elle liée aux autres dimensions de la performance d'une trajectoire?

Le MAP des trajectoires est composé de 11 dimensions interreliées. Cette fiche met en évidence les relations entre la productivité et les autres dimensions de la performance. Certaines influencent la productivité et sont donc des déterminants de la productivité. D'autres sont influencées par la productivité et peuvent donc être considérées comme des effets de la productivité. La Figure 1 illustre ces liens, tandis que les Tableaux 2 et 3 en proposent des exemples. Seules les relations scientifiquement fortes ou modérées sont présentées, bien que d'autres relations faibles ou modérés puissent exister^{24, 25}.

FIGURE 1
Déterminants et effets de la productivité



24 Voir l'annexe 2 du document principal pour des explications sur le sens du lien entre les dimensions de la performance.

25 La description de la méthodologie pour la conception des fiches est décrite dans l'annexe 3 du document principal.

TABLEAU 2

Exemples de déterminants de la productivité

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Certaines composantes de la viabilité, comme la disponibilité et la configuration des ressources, peuvent influencer la productivité des soins et des services. Par exemple, une amélioration dans la configuration des ressources (humaines, matérielles, informationnelles, financières) peut améliorer les processus de production de soins et services et donc optimiser la productivité.

Exemple 1 : Une étude montre que plusieurs facteurs associés à la viabilité ont une influence sur la productivité des salles d'opération, et plus spécifiquement l'anesthésiologie. En effet, la disponibilité du personnel anesthésique en fonction des plages horaires de chirurgie conditionne la capacité d'utilisation des salles opératoires. Par ailleurs, la configuration des ressources matérielles et humaines influence le délai entre chaque chirurgie et la façon dont les plages horaires sont gérées afin d'optimiser l'utilisation des salles d'opération. Ainsi, la disponibilité et la configuration des ressources humaines et matérielles influencent les processus de production de soins et services des salles d'opération et donc leur productivité [6].

Exemple 2 : Des études menées dans les années 1990 dans les États de New York, du Massachusetts et de la Californie mettent en évidence une relation inverse significative entre le nombre total d'heures de soins par usager et la durée de l'hospitalisation. Ainsi, plus on consacre d'heures de soins à un usager, plus la durée d'hospitalisation diminue. L'étude montre que chaque heure de soins infirmiers additionnelle par usager est associée à une diminution de la durée d'hospitalisation de 4,4 % à 9,7 %.

Dans la même étude, les auteurs ont observé une réduction de la durée d'hospitalisation d'une journée pour toute augmentation de 10 à 97 minutes du temps de soin quotidien par usager, dans plusieurs départements (chirurgie, neurologie, oncologie, orthopédie, obstétrique, psychiatrie et réadaptation) [20].

DIMENSION DU MODÈLE

Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'ajustement des soins et services aux besoins des usagers influence la productivité d'une trajectoire, en favorisant une bonne utilisation des services.

Exemple 1 : Une étude de 2014 montre que la globalité des soins et services associée à une plus grande pertinence des interventions entraîne une meilleure productivité. Ainsi, le travail en interdisciplinarité, qui favorise la globalité de l'offre de soins et services, et l'existence d'un protocole de sevrage des ventilateurs dans les centres de soins respiratoires ont permis de limiter le nombre d'événements indésirables menant à des résultats négatifs pour les usagers [18].

Exemple 2 : Un guide de bonnes pratiques montre qu'une prise en charge multidisciplinaire est associée à une diminution de la durée de séjour et des taux de réadmission chez les usagers jeunes et adultes recevant des soins médicaux d'urgence, comparativement à une prise en charge non multidisciplinaire [19].

Ces deux exemples montrent que l'ajustement aux besoins des usagers ou d'une population a un impact sur la sécurité des soins et des services et sur l'efficacité. Des soins et services sécuritaires pour les usagers permettent une utilisation judicieuse des

ressources (humaines, matérielles, financières) et donc une meilleure productivité, notamment par la baisse des événements indésirables qui augmentent la durée de séjour.

DIMENSION DU MODÈLE

Coordination-Continuité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'amélioration de la coordination (clinique, administrative, informationnelle) influence favorablement la productivité, en améliorant la fluidité du cheminement de l'utilisateur dans le système de santé et de services sociaux.

Exemple : Selon une revue de littérature de 2010, l'amélioration de la coordination aux urgences semble accroître la rapidité de traitement et la qualité des soins [13]. Par ailleurs, la coordination des moments de transition entre unités de soins (entre la courte et la longue durée, par exemple) réduit la duplication de tests et de services, ce qui diminue les coûts engendrés par ces procédures et donc augmente la productivité [13].

DIMENSION DU MODÈLE

Sécurité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Renforcer la sécurité des soins et services améliore la productivité. Par exemple, en limitant les complications dues aux interventions, on réduit le nombre d'interventions nécessaires pour soigner ces complications et le temps d'hospitalisation ou de suivi.

Exemple 1 : Une étude de 1997 montre que la productivité en matière de traitement du diabète est meilleure au Royaume-Uni qu'aux États-Unis. Le Royaume-Uni obtient en effet de meilleurs résultats avec moins de ressources, grâce à de faibles taux de complications. L'étude montre également que les résultats de santé du Royaume-Uni sont meilleurs pour le diabète de type 1, qui apparaît dès l'enfance, car la bonne performance associée aux faibles taux de complications s'accumule avec le temps. Sur le long terme, l'avantage du Royaume-Uni engendre un écart significatif dans les résultats globaux [15].

Cet exemple montre que le maintien d'un faible taux de complications dans le temps a permis d'obtenir de meilleurs résultats de santé en utilisant moins de ressources, ce qui a pu permettre d'allouer les ressources épargnées à d'autres soins et services.

Exemple 2 : Tout événement indésirable dans les soins médicaux peut avoir un impact sur la durée du séjour, le coût des soins et services, et la mortalité. Par exemple, selon une étude de 2003, la septicémie postopératoire a entraîné une augmentation moyenne de la durée des séjours de 10.89 jours, des coûts additionnels d'environ 58 000 \$, et une augmentation du risque de mortalité de 21.96 % [9].

Humanisme

Une approche humaniste contribue à améliorer la productivité des soins et services, car elle permet de tenir compte de l'ensemble des dimensions bio-psycho-sociales de l'utilisateur. Cela contribue, par exemple, au développement d'alliances thérapeutiques et améliore l'adhérence aux traitements, ce qui renforce à la fois la pertinence des soins et services et leur productivité.

Exemple 1 : Une étude de 2003 montre que la durée d'hospitalisation en soins aigus des usagers atteints de démence soignés dans des unités utilisant une approche centrée sur la personne est de deux jours de moins en moyenne que pour les usagers soignés dans des unités gériatriques conventionnelles [10].

Exemple 2 : Une étude sur les soins de longue durée montre que les interventions qui portent uniquement sur les soins médicaux et d'hygiène et qui ne se préoccupent pas de l'environnement ou du bien-être des usagers peuvent accentuer l'isolement et entraîner une détérioration de l'état de santé des résidents. Cela peut augmenter leur dépendance et alourdir la charge de travail des soignants entraînant une baisse de la productivité du fait de la nécessité d'accroître l'intensité de soins et services (Mias et Decourt cités dans [11]).

TABLEAU 3

Exemples d'effets de la productivité sur les autres dimensions de la performance d'une trajectoire

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Une amélioration ou une diminution de la productivité du système de santé et de services sociaux peut avoir des conséquences, négatives ou positives, sur certaines composantes de la viabilité (p. ex. configuration des ressources, qualité de vie au travail).

Exemple 1 : Selon une étude de 2009, plusieurs facteurs associés à la viabilité, notamment la qualité de vie au travail, influencent la productivité et l'implantation d'initiatives visant l'optimisation des processus de production. Cette étude montre que les chefs de service ainsi que les intervenants seniors d'un service jouent un rôle crucial pour mobiliser le personnel et créer un climat favorable à l'implantation d'initiatives d'amélioration continue. L'étude rapporte que les deux tiers du personnel ont jugé que le soutien et l'enthousiasme des intervenants seniors les avaient aidés à adhérer au changement proposé. Le développement de stratégies pour assurer l'engagement, l'intérêt et la motivation des intervenants est crucial pour le succès d'interventions visant l'amélioration de la productivité [12].

Exemple 2 : Une étude de 2004 montre que la productivité, exprimée en % pour mesurer la charge de travail par heure travaillée (93 % étant le maximum de charge de travail par heures travaillées puisque le calcul prend en compte les temps de pause), a un impact sur plusieurs dimensions de la performance. En effet, une charge de travail par heures travaillées de plus de 80 % génère de l'insatisfaction et de l'absentéisme chez les infirmières, et n'entraîne qu'une faible amélioration de l'état de santé physique de l'utilisateur lors de la sortie de l'hôpital. Par ailleurs, une charge de travail par heure travaillée de plus de 83 % provoque une plus grande intention de quitter son emploi chez les infirmières. Une charge de travail de plus de 85 % accroît l'autonomie des infirmières, mais entraîne une diminution de la qualité de la relation avec les médecins. Enfin, une charge de travail dépassant les 91 % provoque une augmentation des coûts et une augmentation de la durée de séjour des usagers à l'hôpital [8].

Cet exemple confirme la relation en U inversée de la productivité avec les autres dimensions de la performance. En effet, plus la productivité augmente (plus de soins et services avec la même quantité de professionnels), plus des effets positifs et négatifs apparaissent sur la qualité de vie au travail, la qualité des soins et services ou l'efficacité.

DIMENSION DU MODÈLE

Accessibilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'augmentation de la productivité des soins et services, lorsqu'elle se traduit par une augmentation du volume d'interventions réalisées auprès des usagers qui en ont le plus besoin, améliore l'accessibilité aux soins et services.

Exemple 1 : Au Royaume-Uni, la réorganisation des services d'un hôpital ophtalmologique, visant à augmenter la capacité institutionnelle et la productivité des soins et services, a permis d'améliorer l'accessibilité aux soins en réduisant le temps d'attente de 1 an à 3 mois [14].

Exemple 2 : Au Massachussets General Hospital (États-Unis), une révision des procédures opératoires a permis de réduire de manière significative le temps nécessaire aux interventions chirurgicales, ce qui a permis d'améliorer l'accès à la chirurgie en augmentant le volume de chirurgies [14].

Références

1. Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F. et H. Nguyen. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS, Rapport technique. Université de Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
2. Pineault, R. (2012). Comprendre le système de santé pour mieux le gérer. Presse universitaire de Montréal.
3. Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016. Recueil des indicateurs.
4. OECD/EU. (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
5. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2012). Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion. Gouvernement du Québec.
6. Hudson, M. E. et E. E. Lebovitz. (2018). Measuring Clinical Productivity, *Anesthesiology Clinics*, 36, 143-160. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2018.01.001>
7. White, M. et M. Waldron. (2014). Effects and impacts of Productive Ward from a nursing perspective, *British Journal of Nursing*, 23(8), 419-426.
8. O'Brien-Pallas, L., Thompson, D., McGillis Hall, L., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., Li, X. et R. Meyer. (2004). Evidence-based Standards for Measuring Nurse Staffing and Performance. Report for the Canadian Health Services Research Foundation.
9. Zhan, C., et M. R. Miller. (2003). Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *Journal of the American Medical Association*, 290(14), 1868-1874.
10. Tai, F. H. E., Thompson, C. L., Nieh, C. M., Nieh, C. C., Koh, H. M., Tan, J. J. C. et Yap, P. L. K. (2018). Person-centered care for older people with dementia in the acute hospital, *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 4, 19-27.
11. Masson-Galleau, A. (2001). Penser l'architecture en long séjour comme outil au service du projet de vie et de soins: Le cas de la restructuration du service de long séjour de l'hôpital local de Lodève. (Mémoire), École Nationale de la Santé Publique: Rennes (France). Disponible en ligne: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/dess/masson_galleau.pdf
12. Wright, S. et W. McSherry. (2013). A systematic literature review of Releasing Time to Care: The Productive Ward, *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1361-1371. doi: 10.1111/jocn.12074
13. Forget-Galipeau, C. (2010). Revue de la littérature sur le concept « La coordination des soins de santé », Projet PASS (non publié).
14. Foro, A. (2011). Le concept de l'accessibilité : Revue de littérature. Projet PASS (non publié).
15. Baily, M. N. et A. M. Garber. (1997). Health Care Productivity, *Brookings Papers – Microeconomics*, 143-215.
16. Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. et G. Ste-Marie. (2008). Dictionnaire des indicateurs du modèle EGIPSS, Université de Montréal.
17. Hospital quality Ontario. (2020). Indicators library. [En ligne] <http://indicatorlibrary.hqontario.ca/IndicatorByCategory/42bb62ff-686c-e511-82f5-d067e54b1f15/a7f05ff2-616c-e511-82f5-d067e54b1f15/EN>
18. Epstein, N. E. (2014). Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surgical Neurology International*, 5(S7), 295-303.
19. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Chapter 29 Multidisciplinary team meetings Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. NICE Guideline, Developed by the National Guideline Centre, hosted by the Royal College of Physicians. ISBN: 978-1-4731-2741-8.
20. Lang, T. A., Romano, P. S., Hodge, M., Kravitz, R. L. et V. Olson. (2004). Nurse-Patient Ratios: A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes, *The Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 326-337.



Efficacité des soins et des services

Qu'est-ce que l'efficacité des soins et des services?

Il s'agit de la mesure des résultats de santé et du bien-être atteints et attribuables aux services de santé et aux services sociaux. Elle permet de mesurer l'amélioration de la santé et du bien-être d'un individu ou de la population en fonction des interventions réalisées [1, 2].

Quelles sont les sous-dimensions de l'efficacité des soins et des services?



Clinique

La sous-dimension clinique réfère aux résultats des soins et des services reçus par les usagers [2]. Cette sous-dimension mesure les effets des interventions sur la durée, l'intensité, et les conséquences physiques et psychologiques des problématiques de santé ou sociales, ainsi que les effets sur la qualité de vie, la santé et le bien-être des usagers.



Populationnelle

La sous-dimension populationnelle réfère aux résultats généralisés relatifs à la population visée par une trajectoire [3].

Comment mesure-t-on l'efficacité?

Les indicateurs d'efficacité sont typiquement des indicateurs de résultats de santé et de bien-être. Il existe plusieurs mesures de l'efficacité en fonction des sous-dimensions. L'efficacité peut être mesurée à toutes les étapes d'une trajectoire de soins et services et pour chaque épisode de soins. Il est donc recommandé d'identifier des indicateurs pour chaque étape d'une trajectoire afin d'avoir un portrait juste et complet de l'efficacité. Le tableau 1 propose des indicateurs et des thématiques de mesure pour chaque sous-dimension de l'efficacité.

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et de thématiques de mesure de l'efficacité des soins et services

Sous-dimension	
Clinique	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Mortalité et hospitalisations	<ul style="list-style-type: none">• Ratio normalisé de mortalité hospitalière [27]• Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure [27]• Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires par 10 000 habitants (p. ex. MPOC, diabète) [29]• Taux de réadmissions dans les 30 jours [27]• Pourcentage d'usagers ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale
Limitation et incapacités	 <ul style="list-style-type: none">• Évolution des notes fonctionnelles motrices ou cognitives au moyen d'instruments standards (p. ex. FIM™)• Proportion d'usagers en soins de longue durée dont le niveau d'autonomie par rapport à la marche et au déplacement en fauteuil roulant a décliné au cours d'une période de 90 jours durant l'année [28]
Santé des jeunes	 <ul style="list-style-type: none">• Taux d'enfants faisant l'objet d'une nouvelle intervention de la direction de la protection de la jeunesse à la suite d'un signalement [28]
Sentiment de contrôle pour l'usager	 <ul style="list-style-type: none">• Accroissement du sentiment de confiance de l'usager sur la prévention des problèmes de santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel [27]
Résultats rapportés par l'usager	 <ul style="list-style-type: none">• Autoévaluation de la santé

 = La thématique de mesure peut être mesurée en prenant en considération l'expérience usager.

Sous-dimension

Populationnelle

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none">• Taux de fumeurs réguliers et occasionnels selon l'âge et le sexe [27]• Proportion de la population atteinte d'obésité [27]
Espérance de vie et survie	<ul style="list-style-type: none">• Espérance de vie à la naissance [27]• Espérance de vie en bonne santé [29]• Années potentielles de vie perdues [30]
Prévalence et incidence	<ul style="list-style-type: none">• Incidence du cancer [30]• Prévalence du diabète [30]
Mortalité	<ul style="list-style-type: none">• Taux de mortalité évitable par les soins et services [29]• Taux de survie à cinq ans pour les personnes soignées pour un cancer [29]• Taux de mortalité par suicide [27]
Santé et bien-être des jeunes	<ul style="list-style-type: none">• Proportion des naissances de bébés de faible poids [27]• Taux de mortalité infantile [27]• Taux de décrochage scolaire des jeunes en formation générale et professionnelle
Résultats rapportés par l'utilisateur 	<ul style="list-style-type: none">• Proportion de la population de 15 ans ou plus se percevant moyennement en santé ou en mauvaise santé [11]• Autoévaluation de la santé mentale

 = La thématique de mesure peut être mesurée en prenant en considération l'expérience usager.

Comment l'efficacité est-elle liée aux autres dimensions de la performance d'une trajectoire?

Le MAP des trajectoires est composé de 11 dimensions interreliées. Cette fiche met en évidence les relations entre l'efficacité et les autres dimensions de la performance. Certaines influencent l'efficacité et sont donc des déterminants de l'efficacité. D'autres sont influencées par l'efficacité et peuvent donc être considérées comme des effets de l'efficacité. La Figure 1 illustre ces liens, tandis que les Tableaux 2 et 3 en proposent des exemples. Seules les relations scientifiquement fortes ou modérées sont présentées, bien que d'autres relations faibles ou modérées puissent exister^{26, 27}.

FIGURE 1

Déterminants et effets de l'efficacité des soins et services



²⁶ Voir l'annexe 2 du document principal pour des explications sur le sens du lien entre les dimensions de la performance.

²⁷ La description de la méthodologie pour la conception des fiches est décrite dans l'annexe 3 du document principal.

TABLEAU 2

Exemples de déterminants de l'efficacité des soins et services

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La capacité à maintenir et acquérir des ressources (humaines, matérielles, financières, informationnelles, connaissances) et à anticiper l'évolution des besoins est essentielle pour assurer l'efficacité d'une trajectoire. C'est cette capacité qui permet de répondre efficacement aux besoins en constante évolution des usagers et de leurs proches et ainsi favoriser l'efficacité des soins et des services.

Exemple 1 : Une étude démontre une corrélation entre le taux de mortalité et le ratio infirmière/patient. Autrement dit, la charge de travail des infirmières a une influence sur le taux de mortalité des patients en milieu hospitalier. Le nombre de décès dans un hôpital où le ratio moyen de patients par infirmière est de 8 est 1.26 fois supérieur à celui d'hôpitaux où ce ratio est de 4 patients par infirmière [12].

Exemple 2 : Une étude démontre que les agents de santé communautaire peuvent contribuer à réduire le fardeau de la maladie en participant à la gestion de l'hypertension, à la réduction des facteurs de risques cardiovasculaires, au contrôle du diabète, à la gestion de l'infection au VIH et au dépistage du cancer, en particulier auprès des populations difficiles à atteindre [9].

Pour rejoindre certaines populations vulnérables, les agents de santé communautaire sont une ressource et une configuration qui augmente l'efficacité des interventions.

Exemple 3 : L'utilisation d'applications mobiles et la messagerie SMS pour les problèmes de santé physique et mentale constituent une innovation prometteuse pour l'amélioration de l'efficacité des interventions, notamment pour la gestion du poids, l'abandon du tabac pendant la grossesse, l'observance du traitement et la réduction de la dépression, de l'anxiété et du stress [13].

L'utilisation de certaines innovations technologiques peut contribuer à augmenter l'efficacité de différents services.

DIMENSION DU MODÈLE

Accessibilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La facilité à obtenir un soin ou un service améliore l'efficacité des réponses offertes aux usagers et à leurs proches. Autrement dit, une barrière à l'accès aux soins et services a un impact négatif sur l'efficacité de ces services du fait du délai dans l'obtention d'un service.

Exemple 1 : Un meilleur système de prise de rendez-vous, un accès amélioré aux dossiers médicaux, une proposition en temps opportun d'informations personnalisées offrant de multiples occasions de prendre en compte les préoccupations des usagers, sont autant de moyens qui favorisent des services efficaces pour les usagers atteints de maladies chroniques.

Certaines initiatives peuvent également être mises en place pour augmenter l'efficacité des services en oncologie et en santé mentale, comme les pratiques de dépistage systématiques et souples ou la mise en place de chemin de référence automatique^{28,29} [16].

Exemple 2 : Une étude montre que l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les femmes est dépendante de la capacité à les informer et les rejoindre afin de mieux prévenir les maladies et de les soutenir dans leurs prises de décisions en lien avec les différentes options de traitement. Les femmes doivent donc être associées à la conception et à la mise en œuvre des interventions pour améliorer l'accès aux soins. L'intégration du point de vue des femmes dans la conception des solutions contribue à accroître la probabilité que les soins soient efficaces, surtout face à une clientèle féminine vulnérable [17]. Ainsi, une approche humaniste centrée sur une alliance thérapeutique peut générer un meilleur accès à des soins de santé et en augmenter l'efficacité.

DIMENSION DU MODÈLE

Ajustement aux besoins de la sous-population

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'efficacité est étroitement liée à la capacité à offrir des soins et des services adaptés aux besoins d'un individu et de la population et tenant compte de toutes les dimensions de la personne à toutes les étapes de la trajectoire. Par exemple, une planification adéquate de l'offre de soins et services augmente l'efficacité, puisque les soins et services proposés correspondent aux besoins des usagers et de la population.

Exemple 1 : Les services de santé sexuelle en milieu scolaire, lorsqu'ils s'inscrivent dans des modèles de services globaux, constituent la base la plus solide pour s'assurer de la confidentialité des échanges, lutter contre la stigmatisation perçue, et maximiser l'utilisation des services en offrant une gamme plus complète de soins et services. Ce type de services globaux, offerts par des équipes multidisciplinaires³⁰, en milieu scolaire montre des effets positifs en termes de réduction des grossesses chez les adolescentes et des taux d'infection à chlamydia chez les jeunes hommes [14].

Exemple 2 : Une étude montre que des services de réadaptation hospitaliers multidisciplinaires, offrant donc une plus grande globalité de services, sont associés de façon significative à une meilleure survie et à une amélioration du niveau fonctionnel durant l'hospitalisation, par rapport aux soins médicaux conventionnels. De plus, les usagers retournent davantage à leur domicile et y resteraient plus longtemps [15].

Exemple 3 : Des soins intégrés fournis dans la communauté peuvent générer des résultats de santé positifs chez les personnes âgées, dont une réduction du taux de placement en institution (courte et longue durée), une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations, un recours moindre aux services d'urgence des hôpitaux, une augmentation de la satisfaction des usagers, une diminution des symptômes dépressifs, une amélioration de l'autonomie fonctionnelle, et une augmentation de l'utilisation des services de prévention, tels que la vaccination [7].

Le recours à des soins intégrés fournis dans la communauté peut être un bon moyen de rejoindre une clientèle âgée en dehors des services reçus à l'hôpital, favorisant ainsi l'utilisation de soins et services préventifs et maximisant l'autonomie des aînés.

28 Chemin de référence automatique: fournir des instructions et un processus normalisé pour répondre à un besoin détecté.

29 Pratiques de dépistage systématiques et souples: C'est-à-dire en mesure de documenter systématiquement les besoins essentiels qui peuvent ne pas être liés à des préoccupations physiques ou émotionnelles, telles que les besoins psychosociaux ou spirituels.

30 Ce sont des services ne se limitant pas à la santé sexuelle et qui intègre des professionnels au sein d'équipes multidisciplinaires.

Coordination et continuité des soins et services

La coordination des soins et des services est une dimension transversale d'une trajectoire qui agit sur la continuité, c'est-à-dire la capacité à offrir de manière cohérente et concertée des soins et des services qui s'inscrivent dans une séquence continue. Cette continuité influence l'efficacité des soins et des services dans la mesure où elle contribue à l'amélioration des résultats de santé et du bien-être des usagers.

Exemple 1 : Certaines caractéristiques d'un système de soins et services sociaux intégré, fondé sur une très forte coordination et continuité de soins et des services, ont un effet positif sur les résultats cliniques pour diverses conditions médicales, telles que l'asthme, l'insuffisance cardiaque, le diabète et différentes conditions en gériatrie [18].

Exemple 2 : Une étude démontre que des soins collaboratifs en santé mentale ont un effet nettement positif sur les résultats normalisés de dépression [19].

Les pratiques collaboratives entre les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi avec les intervenants et professionnels des réseaux territoriaux de santé (GMF, organismes communautaires), renforcent la coordination et ont un impact sur l'efficacité de l'accompagnement, notamment en santé mentale.

Exemple 3 : Une étude montre que le modèle de soins intégrés offre de nombreux avantages pour le traitement de la schizophrénie, notamment une continuité de soins qui favorise une meilleure prise en charge continue des usagers schizophrènes via des soins primaires et de longues durées [20].

Des soins centrés sur l'utilisateur, intégrant un modèle de soins axé sur les interventions multidisciplinaires et les traitements multiples, le tout coordonné dans une perspective de continuité des soins, répond efficacement aux besoins des personnes atteintes de schizophrénie.

Sécurité

La capacité à prévenir et minimiser les risques associés aux soins et services contribue à l'amélioration des pratiques, augmentant corolairement l'efficacité des soins et des services, en réduisant notamment les décès et les incidents, les accidents, et les événements sentinelles.

Exemple 1 : Les complications chirurgicales sont courantes et souvent évitables. Une étude montre que l'implantation d'un programme visant à mettre en œuvre une liste de contrôle de la sécurité chirurgicale en 19 points pour améliorer la communication en équipe et l'uniformité des soins a permis de réduire les complications et les décès liés à la chirurgie (taux de décès passant de 1,5 % à 0,88 % ($p = 0,0003$) et les complications de 11 % à 7,0 % ($p < 0,001$) après l'implantation de la liste de contrôle) [23].

La mise en place d'une liste de contrôle a été associée à une réduction concomitante des taux de décès et des complications chez une clientèle de plus de 16 ans ayant subi une chirurgie non cardiaque.

Exemple 2 : Une étude démontre que la saisie informatisée des ordonnances médicales peut diminuer les erreurs de médication et les événements cliniques indésirables, par rapport aux ordonnances manuscrites, et ce indépendamment des caractéristiques de l'utilisateur et du prestataire. La mise en œuvre de ce système est donc associée à une diminution des erreurs de médication et des événements cliniques indésirables [24].

Pertinence

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Donner le bon soin ou service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, accroît l'efficacité, car ce soin ou service est plus approprié aux besoins et à l'état de santé de l'utilisateur.

Exemple 1 : Une étude montre que les interventions de soutien par les pairs aidants permettent de réduire plus efficacement les symptômes de la dépression par rapport aux soins habituels [21].

Exemple 2 : Une étude montre que la mise en œuvre d'une seule action ou d'actions limitées à l'hôpital ne suffit pas en règle générale à réduire le risque de réhospitalisation chez une clientèle aînée. Les interventions entreprises à l'hôpital et poursuivies au domicile de l'utilisateur ont plus de chance d'être efficaces [22].

Le repérage du risque de réhospitalisation, l'évaluation médicale et sociale de l'utilisateur, l'organisation de la transition à son domicile et l'élaboration des préconisations pour un plan personnalisé de santé (PPS) qui sera validé par l'équipe de santé primaire réduisent les risques de réhospitalisation évitable³¹ et accroissent donc l'efficacité des soins et services.

Humanisme

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La reconnaissance et l'intégration de l'expérience de l'utilisateur et de ses proches dans l'ensemble des processus de soins et de services assurent un accompagnement respectant les valeurs d'empathie, d'écoute, de dignité humaine, de reconnaissance de l'intégrité, de confidentialité, de liberté de choix et de respect. L'humaniste augmente l'efficacité des soins et des services en ayant un impact positif particulièrement sur l'adhérence au traitement et l'expérience utilisateur.

Exemple 1 : La méthode Teach-back s'est révélée efficace en termes d'augmentation des connaissances spécifiques de l'utilisateur vis-à-vis de sa maladie, sur l'adhérence au traitement et l'autosoin chez une clientèle souffrant de maladies chroniques [25]. Cette méthode permet de garantir la compréhension des informations communiquées en demandant aux utilisateurs de répéter les points clés des instructions.

Exemple 2 : Il existe une association entre l'empathie du médecin et la satisfaction de l'utilisateur. De même, une relation directe fondée sur le renforcement positif et l'empathie réduit l'anxiété et la détresse des utilisateurs et permet d'obtenir de meilleurs résultats cliniques [26].

31 La réhospitalisation évitable est définie comme une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie de l'utilisateur.

Expérience usager

L'expérience usager a un impact sur l'efficacité des interventions de soins et de bien-être principalement par son influence sur le niveau d'adhérence de l'utilisateur aux plans d'intervention ou de traitement proposé.

Exemple : Des usagers satisfaits des soins et services sont plus susceptibles d'avoir une meilleure adhérence au traitement et aux conseils des professionnels, et de mieux répondre à leur traitement [32].

TABLEAU 3

Exemples d'effets de l'efficacité des soins et services sur les autres dimensions du Modèle

Expérience usager

Le résultat des soins et des services offerts aux usagers a un effet sur son expérience immédiate et sur l'amélioration de son état de santé et son bien-être physique et psychique.

Exemple 1 : Les usagers qui sont incommodés par leurs complications de santé ont tendance à rapporter un niveau plus grand d'insatisfaction vis-à-vis de l'intervention [32].

Exemple 2 : Selon une étude, l'efficacité d'une intervention chirurgicale est évaluée différemment par les usagers et par les médecins. Du point de vue médical, un service est efficace s'il produit les effets recherchés ou prédits. Du point de vue des usagers, ce qui détermine principalement la satisfaction, c'est une amélioration de l'état de santé et la résolution des problèmes de santé. Dans le cas d'intervention en urétroplastie, les usagers ayant eu une seconde intervention à cause de complications et ceux qui ont un jet urinaire faible des suites de la chirurgie étaient moins satisfaits. Une influence négative sur la fonction sexuelle est significativement liée à l'insatisfaction. Ainsi, les patients qui sont incommodés par des complications se montrent plus insatisfaits des interventions reçues [33].

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'effets forts ou modérés de l'efficacité sur les autres dimensions du MAP d'une trajectoire. Cela ne démontre pas l'absence de relations. En effet, l'amélioration de l'efficacité clinique, mais surtout populationnelle (diminution de la prévalence de certaines maladies, amélioration de l'espérance de vie en bonne santé), devrait entraîner une modification des caractéristiques de la population (cf. fiche Caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires), ce qui aurait une influence sur la Viabilité et l'Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire. La Viabilité et l'Ajustement aux besoins de la population cible d'une trajectoire sont des dimensions de la performance hautement dépendante de leur contexte usqu'ils assurent l'adéquation entre les besoins des usagers et de la population et les services et soins offerts.

Références

1. Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Picot-Touché, J., Béland F., & Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de service de santé : Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé), Rapport de recherche réalisé par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Secteur santé publique de la Faculté de médecine, Université de Montréal. Québec, Qc: Conseil de la santé et du bien-être.
2. Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care, *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
3. Kossarova, L., Holland, W., Nolte, E., & McKee, M. (2009). Measuring 'avoidable' mortality: Methodological note. The London school of economics and political science. LSE Research Online, September 2012. Repéré à <http://eprints.lse.ac.uk>
4. Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., ..., & Meeus, P. (2019). Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles, Belgique: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.
5. Huntley, A.L., Chalder, M., Shaw, A.R.G., Hollingworth, W., Metcalfe, C., Bengler, J.R., & Purdy, S. (2017). A systematic review to identify and assess the effectiveness of alternatives for people over the age of 65 who are at risk of potentially avoidable hospital admission. *BMJ Open*, 7(7):e016236. doi:10.1136/bmjopen-2017-016236.
6. Roccaforte, R., Demers, C., Baldassarre, F., Teo, K.K., & Yusuf, S. (2005). Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients: A meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 7(7), 1133–1144.
7. Johri, M., Beland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(3), 222-235.
8. Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016 : Recueil des indicateurs. Québec: CSBE, Gouvernement du Québec.
9. Perry, H.B., Zulliger, R., & Rogers, M.M. (2014). Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 399-421.
10. Péron Y., & Strohmenger C. (1985). Indices démographiques et indicateurs de santé des populations, présentation et interprétation. Ottawa, Ontario: Statistique Canada, 265 p.
11. Pagneau, M., Choïnière, R., Ferland, M., & Sauvageau, Y. (2001). Le portrait de santé : Le Québec et ses régions. Québec: Institut national de santé publique du Québec : Les publications du Québec.
12. Kazanjian, A., Green, C., Wong, J., & Reid, R. (2005). Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(2), 111-117.
13. Rathbone, A. L., & Prescott, J. (2017). The use of mobile apps and SMS messaging as physical and mental health interventions: Systematic review. *Journal of Medical Internet research*, 19(8): e295.
14. Owen, J.J., Carroll, C., Cooke, J., Formby, E., Hayter, M., Hirst, J., ..., & Sutton, A. (2010). School-linked sexual health services for young people (SSHYP): a survey and systematic review concerning current models, effectiveness, cost-effectiveness and research opportunities. *Health Technology Assessment*, 14(30).
15. Prvu-Bettger, J.A., & Stineman, M.G. (2007). Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation services in postacute care: State-of-the-science. A review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(11), 1526-1534.
16. Fradgley, E.A., Paul, C.L., & Bryant, J. (2015). A systematic review of barriers to optimal outpatient specialist services for individuals with prevalent chronic diseases: what are the unique and common barriers experienced by patients in high income countries?, *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 52.
17. Lombardo, A.P., Angus, J.E., Lowndes, R., Cechetto, N., Khattak, S., Ahmad, F., & Bierman, A.S. (2014). Women's strategies to achieve access to health-care in Ontario, Canada: a meta-synthesis, *Health and Social Care in the Community*, 22(6), 575–587.
18. Wensing, M., Wollersheim, H., & Grol, R. (2006). Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implementation Science*, 1(2), 1-9.
19. Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A.J. (2006). Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166(21), 2314-2321.
20. Schöttle, D., Karow, A., Schimmelmann, B.G., & Lambert, M. (2013). Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(4), 384-408.
21. Pfeiffer, P.N., Heisler, M., Piette, J.D., Rogers, M.A.M., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 33(1), 29-36.
22. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2019). Évaluation du continuum de soins et services aux aînés : Perspectives pour l'évolution de la mesure. État des connaissances. Québec: INESSS, Gouvernement du Québec.
23. Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.-H.S., Dellinger, E.P., ..., & Gawande, A.A., Safe Surgery Saves Lives Study Group. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499.
24. Dückers, M., Faber, M., Cruijsberg, J., Grol, R., Schoonhoven, L., & Wensing, M. (2009). Safety and risk management interventions in hospitals: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*. 66(6 suppl.), 90s-119s.
25. Dinh, T.T.H., Clark, R., Bonner, A., & Hines, S. (2013). The effectiveness of health education using the teach-back method on adherence and self-management in chronic disease: a systematic review protocol. *Journal of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 11(10), 30–41.
26. Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76-e84.
27. Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). Entendre la voix citoyenne pour améliorer l'offre de soins et services. Rapport d'appréciation thématique de la performance du système de santé et de services sociaux 2016. Un état des lieux. Québec: CSBE, Gouvernement du Québec, 188 p.
28. Champagne F, Contandriopoulos A.P., & Ste-Marie, G (2008). Dictionnaire des indicateurs du modèle d'Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (EGIPSS), Université de Montréal.
29. Canadian Institute for Health Information. (2020). CIHI's Indicator Library. Ottawa: CIHI. Repéré à http://indicatorlibrary.cihi.ca/display/HSPIL/Indicator+Library?desktop=true&_ga=2.240398347.923751466.1579642584-1958185468.1574801407
30. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe – Régions du Québec. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-violet-regional>
31. Institut national de santé publique du Québec (2020). Années potentielles de vie perdues. Québec: INSPQ. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sante-scope/syntheses/annees-potentielles-de-vie-perdues>
32. Wijdicks, F.J., Van der Meijden, O.A., Millett, P.J., Verleisdonk, E.J., & Houwert, R.M.(2012). Systematic review of the complications of plate fixation of clavicle fractures. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 132(5), 617-625.
33. Norcôide, C. (2010). Revue de la littérature : Satisfaction de la population et performance, Projet PASS (non publié).



Efficiency

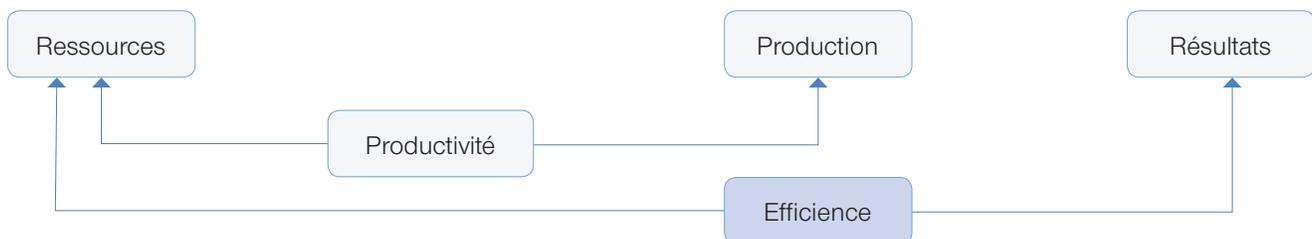
Qu'est-ce que l'efficacité d'une trajectoire de soins et de services?

L'efficacité correspond à l'utilisation judicieuse des ressources (matérielles, technologiques, financières, humaines, informationnelles), à chaque étape de la trajectoire de soins et de services, pour atteindre les meilleurs résultats possibles de santé et de bien-être, sur le plan clinique, expérientiel et populationnel [1, 2].

L'efficacité correspond à la relation entre des ressources investies pour produire des soins et services et les résultats de santé des usagers et de la population [3]. Certains économistes de la santé utilisent également des mesures de production (nombre de jours d'hospitalisation, nombre d'interventions) pour apprécier l'efficacité [3, 4, 5]. Cependant, dans notre MAP des trajectoires, la relation entre les ressources et la production de services réfère à la productivité.

FIGURE 1

Analyser la productivité et l'efficacité [7]



La mesure de l'efficacité vise à soutenir la prise de décision à tous les niveaux d'un système de santé et de services sociaux concernant la maximisation de l'utilisation des ressources et des investissements dans des soins et des services ou les technologies. Le but est de générer les meilleurs résultats possibles pour les usagers et la population [2, 3]. L'analyse de l'efficacité entraîne des choix sur la quantité et la configuration des ressources entre les différents programmes-services du ministère de la Santé et des Services sociaux, ou sur le type d'interventions ou les technologies à privilégier dans une trajectoire de soins et de services.

Il existe deux grandes catégories d'efficacité: l'efficacité technique et l'efficacité allocative [3, 4].

- L'efficacité technique correspond à la capacité à atteindre le maximum de résultats de santé avec une quantité de ressources données. Un programme, un service ou une intervention peuvent être considérés comme inefficients s'il est possible de produire les mêmes résultats avec moins de ressources configurées de la même manière ou avec une configuration de ressources différentes à un coût plus bas [3, 4]. L'efficacité technique peut être considérée comme une mesure rétrospective de coût-efficacité [5].

- L'efficacité allocative permet de prendre des décisions dans un contexte plus large (un système de santé et de services sociaux, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux, ou une trajectoire), qui dépasse le rapport coût-efficacité. L'efficacité allocative s'intéresse à la manière dont les ressources sont distribuées et configurées à travers plusieurs programmes, services, trajectoires, ou étapes d'une trajectoire, pour générer les meilleurs résultats de santé pour l'ensemble d'une population [3, 4]. Cela nécessite d'analyser la manière dont les résultats de santé sont répartis dans la population et de s'assurer de l'équité de ces résultats de santé. La recherche de l'efficacité ne doit pas compromettre l'équité d'accès, de qualité ou de résultats [5]. L'efficacité allocative est atteinte lorsque les ressources sont allouées pour produire des services qui maximiseront le bien-être et la santé de toute la population [3, 4]. L'analyse de l'efficacité allocative permet de faire des choix et de prioriser l'allocation de ressources limitées entre différentes composantes d'un système de santé, d'un établissement de santé ou d'une trajectoire de soins et services [4].

Pourquoi est-ce nécessaire d'analyser l'efficacité en gestion par trajectoire de soins et de services?

Dans le MAP, l'efficacité est considérée comme une dimension de la performance, même si on ne la retrouve pas dans les tableaux des liens ou les figures synthétisant les relations entre les dimensions. Ce choix provient de la difficulté à mesurer l'efficacité par l'intermédiaire de données facilement accessibles. Cela étant, il est nécessaire d'intégrer aux cycles d'amélioration continue de la performance d'une trajectoire des questionnements relatifs à l'efficacité.

L'efficacité interagit avec toutes les dimensions de la performance du MAP. L'analyse de l'efficacité peut se faire à travers deux questionnements:

- **Efficacité technique** : Les programmes, services, interventions qui composent la trajectoire présentent-ils le meilleur rapport coût-efficacité? Une telle réflexion peut s'appliquer à des médicaments, des interventions ou des technologies. Par exemple, une étude clinique randomisée démontre que, dans le traitement de l'ostéoporose, une dose quotidienne de 10 mg d'alendronate est suffisante, alors que plusieurs établissements prescrivent des doses de 20 mg [3]. Ce changement est un gain d'efficacité puisqu'il est possible d'utiliser moins de ressources pour le même résultat.
- **Efficacité allocative** : Les ressources (humaines, matérielles, financières, informationnelles) sont-elles allouées entre les programmes, les services ou les étapes de la trajectoire, de façon à produire les services qui seront le plus à même de maintenir ou d'améliorer la santé des individus et de la population? Par exemple, il est démontré qu'un accroissement de l'investissement dans des services et des interventions en promotion et prévention de la santé mentale a un impact significatif sur la santé de la population et sur l'économie générale, et que cela peut générer une diminution de l'utilisation des services de santé curatifs, notamment le recours à l'hospitalisation et aux urgences [8].

L'efficacité est associée aux processus de transformation des ressources pour produire des services qui contribuent à atteindre des résultats optimaux de santé [9]. C'est pourquoi l'analyse de l'efficacité s'applique à l'ensemble d'une trajectoire directement ou indirectement. Parmi les dimensions de la performance, nous avons identifiée dans la littérature scientifique quatre semblent être les déterminants les plus forts: l'Ajustement aux besoins de la population cible, la Continuité/Coordination, la Sécurité, et la Pertinence.

Exemple 1 : On constate dans de nombreux systèmes de santé et des services sociaux une tension dans l'allocation des ressources entre les programmes ou services curatifs et les programmes promotionnels et préventifs. De même, les services de réadaptation ou de soutien à domicile disposent de moins de ressources que les services hospitaliers. Pourtant, les services préventifs tendent à diminuer la demande de services curatifs. De même, les services de réadaptation permettent une diminution des réadmissions à l'hôpital après une chirurgie [4]. Ces exemples renvoient à l'ajustement de l'offre de services en fonction des besoins de la population.

Exemple 2 : La duplication des tests médicaux ou des évaluations est non seulement un irritant pour les usagers, mais également un gaspillage de temps des intervenants et de matériel, qui sont des ressources du système de santé et des services sociaux. Ces enjeux de coordination administrative, clinique et informationnelle ont un impact négatif sur l'efficacité [4].

Exemple 3 : Plusieurs études démontrent que les événements indésirables ont un impact sur la santé et sur l'expérience des usagers du fait des complications qui y sont associées. Ils ont également un coût important puisque cela entraîne une plus grande utilisation de ressources, des durées de séjour plus longues, et donc une baisse importante de l'efficacité [10, 11]. Par exemple, une étude menée sur 7.45 millions de congés des hôpitaux de 28 états américains, en 2000, a montré que la septicémie postopératoire était la complication la plus sérieuse et entraînait une augmentation de 10.89 jours de la durée moyenne de séjour et des coûts additionnels moyens de 57 727\$, ainsi qu'une augmentation de la mortalité de 21.96 % [10].

Exemple 4 : La capacité à offrir les soins et services appropriés aux usagers a une influence sur l'efficacité. Par exemple, l'absence de plan de suivi après la décharge d'un usager de l'hôpital a des conséquences sur la pertinence des services en première ligne, notamment par la multiplication d'interventions qui ne sont pas pertinentes et qui ne répondent pas directement aux besoins des usagers [4].

Comment mesure-t-on l'efficacité?

Il existe plusieurs manières de mesurer l'efficacité. Toutefois, il existe peu d'indicateurs permettant de mesurer directement l'efficacité selon un rapport ressources/résultats. Nous présentons dans ce tableau des mesures communément utilisées par plusieurs systèmes de santé.

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs pour mesurer l'efficacité

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Coût - efficacité	<ul style="list-style-type: none"> Indice de performance relative résultat – ressources: indice qui met en rapport la performance relative en termes de résultats de santé sur la performance relative en termes de sommes investies [12] Coût moyen par cas dépisté de cancer du sein [12]
Coûts des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des dépenses du programme public de médicaments pour les médicaments génériques [13]
Coût - production	<ul style="list-style-type: none"> Coût pour une journée d'hospitalisation standard [13]

Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2012). Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion. Québec: Gouvernement du Québec. Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité.
2. Champagne, F., Contadriopoulos, A.P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (G.R.I.S.).
3. Palmer, S., & Torgerson, D.J. (1999). Definitions of efficiency. Economics notes. *British Medical Journal*, 318(7191), 1136.
4. Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, C.S. (2016). A framework for thinking about health system efficiency. In Cylus J, Papanicolas I, & Smith P.C. (Eds, *Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management*. Copenhagen: Health policies series, no 46.
5. Smith, P.C. (2009). *Measuring value for money in healthcare: concepts and tools. Quest for quality and improved performance*. London: The Health Foundation.
6. Reidpath, D.D, Olafsdottir, A.E, Pokhrel, S., & Allotey, P. (2012). The fallacy of the equity-efficiency trade off: rethinking the efficient health system. *BMC Public Health*; 12(Suppl1): S3.
7. Pineault, R. (2012). *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
8. Roberts, G., & Grimes, K. (2011). *Rendement du capital investi. Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale*. Ottawa, Ontario : Institut canadien d'information sur la santé.
9. Champagne, F., Guisset, A.-L. (2005). *The assessment of hospital performance: collected background papers, Rapport R05-04*. Montréal, Québec: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (G.R.I.S.), Secteur santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal.
10. Zhan, C., & Miller, R.M. (2003). Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA*, 290(14), 1868-1874.
11. Kalish, R.L., Daley, J., Duncan, C.C., Davis, R.B., Coffman, G.A., & Lezzoni, L.I. (1995). Costs of potential complications of care for major surgery patients. *American Journal of Medical Quality*, 10(1), 48-54.
12. Champagne, F., Contadriopoulos, A.P., Ste-Marie, G. (2008). *Dictionnaire des indicateurs du modèle EGIPSS*, Montréal, Québec: Université de Montréal.
13. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : Répertoire des indicateurs ICIS-CIHI. Montréal, Québec: ICIS. Repéré à http://repertoiredesindicateurs.icis.ca/display/HSPILF?_ga=2.148601535.923751466.1579642584-1958185468.1574801407



Expérience usager

Qu'est-ce que l'expérience usager?

L'expérience usager réfère aux perceptions et aux faits vécus par les usagers lors d'interactions ou de l'absence d'interaction clinique et non clinique avec les acteurs du système de santé et de services sociaux, et ce, tout au long de la trajectoire de soins et de services [1,2]; c'est-à-dire du tout premier contact avec le système jusqu'à son dernier, de la prévention et de la promotion de la santé, aux soins et services de fin de vie.

Quelles sont les sous-dimensions de l'expérience usager?

L'expérience en matière de soins et services peut être mesurée selon plusieurs aspects : l'accessibilité des soins et des services de santé, l'attitude du personnel, la communication, les compétences professionnelles, les soins et services guidés par des lignes directrices, l'environnement adapté à l'utilisateur, la participation des usagers aux soins de santé et les résultats pour la santé [5]. Ils peuvent être classés au sein de deux sous-dimensions de l'expérience usager [2, 3, 4]:



Fonctionnelle

Il s'agit des composantes liées à l'efficacité, au renforcement du pouvoir d'agir, à la compréhension des moyens pour prendre soin de soi et des prochaines étapes de la trajectoire. Cette dimension inclut également la coordination et l'expérience liées à l'ensemble du continuum de soins et de services dont l'accessibilité, l'environnement de soins et l'influence de l'organisation et sa culture [2, 3, 4].



Relationnelle

Il s'agit des composantes liées au soutien émotionnel, à l'expérience physique et émotionnelle vécue, à la participation des usagers, à l'importance des interactions interpersonnelles et à la communication [2, 3, 4].

Comment mesure-t-on l'expérience usager?

L'évaluation de l'expérience usager se fait par des mesures perceptuelles qui peuvent être évaluatives ou descriptives. Une mesure perceptuelle descriptive est une description de la perception de l'utilisateur relative à ce qu'il s'est passé lors d'une interaction. Par exemple, on demandera à un usager : Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence les médecins, infirmières ou autres prestataires de soins de santé vous ont-ils expliqué les choses d'une manière que vous puissiez comprendre ? [Échelle: Jamais; parfois; habituellement; toujours].

On s'intéresse ici à la fréquence des interactions. Une mesure perceptuelle évaluative est une évaluation de la satisfaction³² de l'utilisateur concernant ce qu'il s'est passé au cours d'une interaction en fonction de ses attentes. Par exemple, on demande à un usager : Au cours des 6 derniers mois, dans quelle mesure avez-vous été satisfait de la manière dont les médecins, les infirmières ou les autres prestataires de soins de santé ont expliqué les choses de manière compréhensible ? [Échelle: Très insatisfait; insatisfait; satisfait; très satisfait]. On s'intéresse ici au degré de satisfaction de l'utilisateur [6,7].

La notion d'expérience usager est présente tout au long de la trajectoire de soins et services. Ainsi, elle devrait être mesurée pour chacune des étapes de la trajectoire et à chaque épisode de soins de l'utilisateur. Il est donc recommandé d'identifier des indicateurs qui reflètent l'ensemble de la trajectoire afin d'avoir un portrait juste et complet de l'expérience usager. Le tableau 1 présente des exemples d'indicateurs et thématiques de mesure à envisager pour chacune des deux dimensions de l'expérience usager.

TABLEAU 1

Exemples de thématiques de mesure et d'indicateurs de l'expérience usager

Sous-dimension Fonctionnelle	
Thématiques de mesure	Exemples d'énoncés ou de questions
Coordination et continuité	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervenant vous a expliqué les étapes à suivre pour obtenir un soin ou un service d'une manière à ce que vous puissiez le comprendre. • L'intervenant vous accompagne dans vos démarches auprès des ressources de votre milieu.
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Après avoir appris que vous deviez être hospitalisé(e), trouvez-vous que vous avez eu à attendre trop longtemps pour obtenir votre lit?
Ajustement aux besoins de la population cible par la trajectoire	<ul style="list-style-type: none"> • Votre admission à l'hôpital était-elle bien organisée? • L'intervenant vous rencontre dans votre milieu de vie (maison, école, service de garde).
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Avant de vous donner un nouveau médicament, combien de fois le personnel de l'hôpital vous a-t-il dit à quoi servait ce médicament?
Pertinence (Renforcement du pouvoir d'agir)	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous participé autant que vous l'auriez souhaité aux décisions concernant vos soins et vos traitements? • Pendant ce séjour, combien de fois les médecins vous ont-ils expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre? • L'intervenant prend des décisions sans vous consulter?

32 On mesure généralement l'expérience usager à travers la mesure de sa satisfaction; on dit de quelque chose qu'elle est satisfaisante lorsqu'elle répond adéquatement aux attentes, aux besoins, ou aux désirs; qu'elle fournit ce qui est nécessaire, et ne laisse aucune place pour les plaintes. La mesure de la satisfaction est une mesure relative, qui varie dans le temps et avec l'individu et qui prend en compte ses attentes et ses désirs; cette mesure de la satisfaction par rapport à un service reçu implique donc une évaluation par l'utilisateur du service reçu et du professionnel qui fournit ce service, en procédant à une comparaison de son standard subjectif personnel avec sa perception des soins reçus (Crow et al., 2002).

Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> Les soins et services que vous avez reçus ont permis d'améliorer votre condition.
Sous-dimension	
Relationnelle (l'ensemble des thématiques sont associées à la dimension humanisme)	
Thématiques de mesure	Exemples d'énoncés ou de questions
Cadre physique des services	<ul style="list-style-type: none"> Pendant votre séjour à l'hôpital, combien de fois votre chambre et votre salle de bain ont-elles été nettoyées? Vous avez reçu de l'aide pour vous rendre à la salle de bain ou pour utiliser la piscine dès que vous le vouliez.
Quantité, la qualité et l'accès à des ressources informationnelles	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque vous aviez des questions importantes à poser à un médecin, avez-vous obtenu des réponses compréhensibles? L'intervenant vous a présenté différentes options qui s'offraient à vous de manière à ce que vous puissiez comprendre.
Confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous été informé(e) d'une politique qui résume les conduites attendues afin que les droits des usagers soient respectés, notamment en ce qui a trait au respect de la vie privée et de la confidentialité? Vous avez entendu le personnel échanger vos informations personnelles alors que d'autres personnes pouvaient les entendre.
Courtoisie des prestataires de soins et de services	<ul style="list-style-type: none"> Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les infirmiers et les infirmières vous ont-ils traité(e) avec courtoisie et respect? Les membres du personnel se sont présentés en précisant leur nom et leur rôle.
Soutien offert par le personnel de soutien	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous reçu le soutien nécessaire pour affronter l'anxiété, la peur et l'inquiétude que vous aviez pendant votre séjour à l'hôpital? Vous avez eu accès à un interprète qui pouvait vous expliquer tout ce que vous deviez savoir au sujet de vos soins et services.
Temps passé avec le prestataire et écoute	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque vous aviez des inquiétudes ou des craintes concernant votre état ou votre traitement, un médecin a-t-il pris le temps d'en discuter avec vous? Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois les infirmiers et les infirmières ont-ils écouté attentivement ce que vous aviez à dire? Le temps passé en consultation avec l'intervenant a répondu à vos besoins. Les membres du personnel ont été chaleureux.
Milieu de vie (CHSLD / Services de soutien à domicile)	<ul style="list-style-type: none"> Appréciez-vous les menus que l'on vous propose? A-t-on pris en compte votre culture et de vos habitudes de vie?
Réactivité ³³ des services	<ul style="list-style-type: none"> Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois votre douleur a-t-elle été bien contrôlée? Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois avez-vous obtenu de l'aide dès que vous en avez demandée en appuyant sur le bouton d'appel?

33 La réactivité est un concept qui peut se diviser à un niveau individuel qui réfère alors à l'humanisme ou à un niveau organisationnel qui renvoie à l'ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire.

Comment l'expérience usager est-elle liée aux autres dimensions de la performance d'une trajectoire?

Le MAP des trajectoires est composé de 11 dimensions interreliées. Cette fiche met en évidence les relations entre l'expérience usager et les autres dimensions de la performance. Certaines influencent l'expérience usager et sont donc des déterminants de l'expérience usager. D'autres sont influencées par l'expérience usager et peuvent donc être considérées comme des effets de l'expérience usager. La Figure 1 illustre ces liens, tandis que les Tableaux 2 et 3 en proposent des exemples. Seules les relations scientifiquement fortes ou modérées sont présentées, bien que d'autres relations faibles ou modérées puissent exister^{34,35}.

FIGURE 1

Déterminants et effets de l'expérience usager dans les soins et services



34 Voir l'annexe 2 du document principal pour des explications sur le sens du lien entre les dimensions de la performance.

35 La description de la méthodologie pour la conception des fiches est décrite dans l'annexe 3 du document principal.

TABLEAU 2

Exemples de déterminants de l'expérience usager

DIMENSION DU MODÈLE

Viabilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La capacité d'une institution à acquérir, configurer et maintenir ses ressources (financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles) afin d'adapter les trajectoires de soins et services aux besoins actuels et futurs de ses usagers participe à une expérience positive des usagers lors de leurs différents contacts avec les intervenants.

Exemple 1 : La qualité de l'environnement de travail des infirmières est associée à l'expérience positive des usagers vis-à-vis des soins reçus. Un environnement de travail qui n'est pas favorable aux employés (importante charge de travail, inadaptation des installations, manque de matériel) est associé à un plus grand taux de roulement des intervenants et une augmentation de l'insatisfaction chez les usagers [9]. Ainsi, la satisfaction des usagers diminue lorsque les professionnels travaillent dans un environnement défavorable et qu'ils sont fatigués [10].

Exemple 2 : Une étude montre qu'une forte culture du partage et un travail multidisciplinaire efficace ont un impact direct sur l'expérience des usagers. Dans les établissements qui s'assurent de disposer des ressources professionnelles nécessaires pour assurer des soins globaux et coordonnés, on observe un impact positif à la fois sur la rétention du personnel et l'expérience des usagers [6].

DIMENSION DU MODÈLE

Accessibilité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'accessibilité réfère à la facilité d'obtenir un service de santé ou des services sociaux qui répondent aux besoins, et ce, à chacune des étapes subséquentes de la trajectoire, par l'absence de barrières géographiques, économiques, individuelles, socioculturelles, structurelles et organisationnelles. L'accessibilité aux soins et services est un déterminant majeur de l'expérience des usagers.

Exemple 1 : Une étude montre que le temps d'attente perçu (et non le temps d'attente réel) est la variable la plus importante de la satisfaction des usagers qui sont à l'urgence. La satisfaction augmente lorsque le temps d'attente est plus court que le temps prévu. Cependant la perception du temps d'attente est relative. Ce qui semble important est la justification, l'explication et une visibilité sur le temps d'attente [11].

Exemple 2 : Une étude montre que des attentes plus longues combinées à des visites plus courtes auprès des médecins omnipraticiens ont entraîné une diminution de la satisfaction globale. Plus précisément, les attentes de plus de 20 minutes combinées à des visites de moins de cinq minutes ont entraîné une baisse de la satisfaction [17].

Exemple 3 : L'augmentation de la disponibilité des soins et services de santé primaires est associée à une plus grande satisfaction des patients et à une réduction des dépenses globales de soins de santé. L'enquête Eurobaromètre auprès des citoyens de 15 états membres de l'Union européenne montre que le Danemark, qui dispose d'un système de soins et services primaires très solide avec un accès aux soins primaires 24 h/24, détient la plus grande satisfaction du public à l'égard des soins et services de santé [18].

Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

La capacité d'un réseau de santé et de services sociaux, en collaboration avec ses partenaires, à s'ajuster et à répondre à l'évolution des besoins de la population en fonction du contexte, grâce à une planification et une organisation de l'offre de soins et de services, contribue à la qualité de l'expérience des usagers dans la mesure où ils bénéficient de soins et de services adaptés.

Exemple 1 : Une étude montre que, durant la grossesse et lors de l'accouchement, les soins continus et personnalisés fournis dans un environnement familial (à la maison) ou pris en charge dans un environnement spécialisé génèrent le plus haut niveau de satisfaction. En outre, ces facteurs favorisent une meilleure récupération psychologique et physiologique des femmes [15].

Exemple 2 : Le lieu des soins de fin de vie est moins important que la façon dont les usagers en font l'expérience. Ainsi, une décision relative aux soins palliatifs doit être une prise de décision partagée et être conforme aux valeurs et aux préférences de l'utilisateur dûment informé des options. La participation à la prise de décision assure une plus grande satisfaction vis-à-vis du processus [16].

Continuité et Coordination

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'expérience de l'utilisateur peut s'apprécier en fonction de la fluidité des soins et des services. En effet, un parcours de soins sans heurt et sans attente déraisonnable, même une fois la prise en charge entamée, améliore l'expérience de l'utilisateur. Ainsi, la capacité de mettre en lien de manière synchronisée les acteurs et les soins et services a un impact sur l'expérience des usagers.

Exemple 1 : Une étude montre qu'il existe une association positive significative entre la continuité interpersonnelle des soins et services et l'expérience des usagers. Une relation longitudinale qui se transforme en un lien fort entre le médecin et l'utilisateur caractérisé par la confiance, la loyauté et le sens des responsabilités augmente la satisfaction des usagers. Ainsi, la continuité des soins et services ne renvoie pas uniquement à la disponibilité d'informations cliniques pour tout intervenant fournissant des services à l'utilisateur. La continuité est également une caractéristique de la relation entre le médecin et l'utilisateur qui influe sur l'expérience de l'utilisateur [18].

Exemple 2 : Une étude montre qu'une coordination administrative et informationnelle qui permet de compiler un large éventail de données clinico-administratives facilite le suivi et l'analyse des résultats cliniques. Ce suivi détermine la mise en place d'actions d'amélioration continue qui favorisent une meilleure expérience de l'utilisateur et une meilleure organisation des soins et des services [6].

Sécurité

La survenue d'événements indésirables causant des complications affecte négativement l'expérience usager.

Exemple 1 : Plusieurs études ont lié la sécurité à l'expérience usager, dont une étude portant sur la satisfaction des usagers à la suite d'une fracture de la clavicule. La perte de sensibilité et les engourdissements au niveau des épaules et du thorax antérieur sont des complications fréquentes à la suite d'une fracture de la clavicule, dues à des dommages nerveux secondaires au traitement. Les patients qui étaient incommodés par ces complications avaient tendance à rapporter un plus grand niveau d'insatisfaction vis-à-vis de l'intervention [21].

Exemple 2 : Des auteurs ont constaté que les complications secondaires à la reconstruction mammaire suite à une mastectomie étaient des facteurs déterminants de l'insatisfaction des usagères [22].

Humanisme

La reconnaissance et l'intégration de l'expérience de l'utilisateur dans les relations usagers/intervenants et dans le développement des liens favorisent des interactions fondées sur les valeurs d'empathie, d'écoute, de dignité humaine, de reconnaissance de l'intégrité, de confidentialité, de liberté de choix et de respect de la personne qui sont associées à une augmentation positive de l'expérience de l'utilisateur.

Exemple 1 : Une apparence de chaos ou un surpeuplement des urgences (long temps d'attente dans la salle d'attente et traitement dans le couloir) accentuent l'inquiétude et l'insatisfaction des usagers qui craignent de ne pas bénéficier de certains soins. Les efforts visant à minimiser l'apparence de chaos en surveillant et en contrôlant le niveau de bruit, en créant davantage d'espaces de soins privés, et en présentant un service propre et organisé, peuvent modifier la perception des usagers sur l'environnement. Par ailleurs, des badges d'identité correctement arborés et une explication des tâches du membre du personnel peuvent également contribuer à améliorer l'expérience des usagers [11].

Exemple 2 : La qualité interpersonnelle des soins et services est un facteur déterminant de la satisfaction des usagers [12, 13]. Des comportements empathiques, sympathiques et souriants de la part des médecins sont associés de manière constante à la satisfaction des usagers [10,11]. De même, une relation proactive et plus centrée sur la personne impliquant une rétroaction et des discussions entre médecin et usager est corrélée à une plus grande satisfaction de l'utilisateur vis-à-vis des soins et services reçus [10].

Exemple 3 : Une étude montre que le soutien des soignants a une influence majeure sur la satisfaction périnatale. En effet, la qualité du soutien affecte la capacité de la mère à faire face au stress, avec des effets conséquents sur l'estime de soi et la dépression postpartum. L'influence des attitudes et des comportements du personnel soignant apparaît plus importante que celle des médecins: la qualité du soutien infirmier peut représenter jusqu'à 44 % de la variance de la satisfaction. De plus, la perception d'un contrôle personnel et d'un pouvoir d'agir est un des facteurs qui influence beaucoup la satisfaction des usagers durant la période périnatale [14].

Exemple 4 : Une étude montre que les femmes sous traitement anticancéreux éprouvent des difficultés dans les discussions avec les intervenants et lors de la prise de décision. En effet, elles ont du mal à analyser les informations contradictoires émanant de plusieurs cliniciens impliqués dans leurs soins, ce qui exacerbe leurs préoccupations. De ce fait, elles ont tendance à se tourner vers des sources d'informations extérieures, notamment sur internet, qui ne correspondent pas nécessairement à leur situation et dont la fiabilité est parfois questionable. Informer le plus tôt possible ces usagères des risques potentiels encourus et des options s'offrant à elles peut faciliter leur prise de décision et améliorer leur expérience. De même, les informer des risques récurrents tout au long des traitements et des suivis en proposant des ressources fiables sur internet et des informations expérientielles, telles que des groupes de soutien, facilite la prise de décision, améliore l'expérience et réduit les préoccupations, les regrets et la détresse [10, 14].

DIMENSION DU MODÈLE

Effacité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

L'amélioration de l'état de santé et du bien-être attribuable à l'efficacité des services de santé et des services sociaux est un déterminant d'une expérience positive pour un usager.

Exemple 1 : Les usagers qui sont incommodés par des complications de santé ont tendance à rapporter un niveau plus grand d'insatisfaction vis-à-vis de l'intervention reçue [11].

Exemple 2 : Selon une étude, l'efficacité d'une intervention chirurgicale est évaluée différemment par les usagers et par les médecins. Du point de vue médical, un service est efficace s'il produit les effets recherchés ou prédits. Selon Marcinowicz (2010), du point de vue des usagers, c'est l'amélioration de leur état de santé et la résolution de leurs problèmes de santé qui déterminent principalement leur satisfaction. Dans le cas d'intervention en urétroplastie, les usagers ayant eu une seconde intervention à cause de complications et ceux qui ont un jet urinaire faible résultant des suites de la chirurgie étaient moins satisfaits. Une conséquence négative sur la fonction sexuelle est significativement liée à l'insatisfaction vécue. Ainsi, les patients qui sont incommodés par des complications se montrent plus insatisfaits des interventions reçues (Wang et al., 2010 dans [22]).

TABLEAU 3

Exemples d'effets de l'expérience usager sur les autres dimensions du Modèle

DIMENSION DU MODÈLE

Efficacité

ILLUSTRATIONS DE LA RELATION

Il existe un lien entre l'expérience de l'utilisateur et l'efficacité des résultats de santé et de bien-être atteints et attribuables aux services de santé et de services sociaux.

Exemple 1 : La satisfaction accrue des usagers envers les intervenants est associée à une plus grande confiance dans le diagnostic, à un meilleur suivi des recommandations et à une plus grande confiance vis-à-vis de la qualité de l'information et des explications offertes [19]. Ces facteurs sont des déterminants de l'adhérence aux traitements et mènent donc à une plus grande efficacité des traitements [20].

Exemple 2 : Une étude montre que les usagers qui ont une meilleure expérience des soins ont généralement de meilleurs résultats de santé [6], autant pour les résultats mesurés objectivement (mortalité, glycémie, infection, etc.) que pour ceux autodéclarés (état de santé, capacité fonctionnelle, qualité de vie, anxiété réduite, etc.). On constate également une meilleure observance des traitements et l'utilisation plus importante de services de soins préventifs susceptibles d'améliorer les résultats pour la santé (dépistage de diverses affections, etc.) [22].

Références

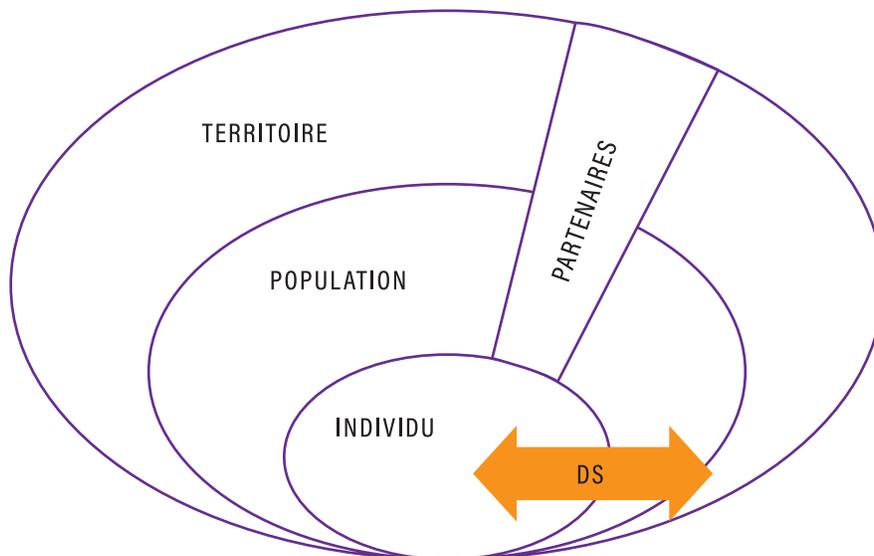
1. Larson, E., Sharma, J., Bohren, M.A., & Tunçalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 563-569. doi:10.2471/BLT.18.225201
2. Raymackers, C., Marquis, J.-G., Carrier, S., & Roberge, J. (2017). Ce qui nous rassemble, considérer l'expérience du patient et de ses proches. Dans S. Carrier, P. Morin, O. Gross & X. De La Tribonnière (Dir.). *L'engagement de la personne dans les soins de santé et de services sociaux*, (pp. 173-201). Montréal, Québec: Presses de l'Université du Québec.
3. Picker Institute. (2013). *Principles of patient-centered care*. Bethesda, MD: Institute for Patient and Family-Centered Care. Repéré à <https://www.ipfcc.org/resources/picker-institute.html>
4. Wolf, J.A. (2015). *State of Patient Experience 2015 : A Global Perspective on the Patient Experience Movement*. Southlake: The Beryl Institute.
5. Ambresin, A.-E., Bennett, K., Patton, G.C., Sanci, L.A., & Sawyer, S.M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: A systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 52(6), 670-681. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.014
6. National Health Service Improvement. (2018). *Patient experience improvement framework*. London: NHS.
7. Darby, C., Valentine, N., De Silva, A., Murray, C.J.L., & World Health Organization. (2003). *World Health Organization (WHO) : strategy on measuring responsiveness*. Global Programme on Evidence for Health Policy. GPE discussion paper series, no 23. Geneva: World Health Organization, 23 p. Repéré à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68703>
8. World Health Organisation. (2000). *Client Satisfaction Evaluations, Workbook 6*. Geneva: World Health Organization.
9. Kane, R.L., Shamliyan, T.A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T.J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204. doi:10.1097/MLR.0b013e3181468ca3
10. Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*, 6(32), 1-244. doi:10.3310/hta6320
11. Welch, S.J. (2010). Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department : A Qualitative review. *American Journal of Medical Quality*, 25(1), 64-72. doi:10.1177/1062860609352536.
12. Liu, S.S., Amendah, E., Chang, E.-C., & Pei, L. (2008). Satisfaction and value: A meta-analysis in the healthcare context. *Health Marketing Quarterly*, 23(4), 49-73. doi:10.1080/07359680802131566
13. Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M.M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89-101. doi:10.1177/1757913916634136
14. Thiedke C.C. (2007). What do we really know about patient satisfaction? *Family Practice Management*, 14(1), 33-36.
15. Britton, J.R. (2012). The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 33(2), 37-44. doi:10.3109/0167482X.2012.658464
16. Lis, C.G., Rodeghier, M., & Gupta, D. (2009). Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature, *Patient Preference and Adherence*, 3(3), 287-304. doi:10.2147/ppa.s6351
17. Daly, C., Micic, S., Facey, M., Speller, B., Yee, S., Kennedy, E.D., Corter, A.L., & Baxter, N.N. (2019). A review of factors affecting patient fertility preservation discussions & decision-making from the perspectives of patients and providers. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), pp e12945-e12945. doi:10.1111/ecc.12945
18. Macpherson, I., Roqué-Sánchez, M.V., Legget, F.O., Fuertes, F., & Segarra, I. (2016). A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariate analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*, 41, 68-78. doi:10.1016/j.midw.2016.08.003
19. Atun, R. (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? *Health Evidence Network report*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
20. Saultz J.W., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A Critical Review. *Annals of Family Medicine*, 2(5), 445-451. doi:10.1370/afm.91
21. Wijdicks, F.-J.G., Van der Meijden, O.A.J., Millett, P.J., Verleisdonk, E.J.M.M., & Houwert, R.M. (2012). Systematic review of the complications of plate fixation of clavicle fractures. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 132(5), 617-625. doi:10.1007/s00402-011-1456-5
22. Norcéide, C. (2010). *Revue de la littérature : Satisfaction de la population et performance, Projet PASS (non publié)*.

Caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires

Qu'est-ce que les caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires?

Ces caractéristiques réfèrent au contexte populationnel, territorial, social et partenarial dans lequel s'inscrit une trajectoire de soins et de services. Ces caractéristiques agissent comme contraintes ou comme opportunités. La compréhension de ces caractéristiques ainsi que de leurs interactions est essentielle pour définir la situation de départ d'une trajectoire et adapter les interventions et l'offre de soins et de services aux besoins de la population et des individus sur un territoire donné.

Au sein d'une population d'un même territoire, on peut identifier un regroupement d'usagers ayant une condition clinique ou un profil similaire. Ceux-ci forment la population cible de la trajectoire.



La notion de déterminants de la santé (DS), dont les déterminants sociaux de la santé, est intimement liée à la notion de territoire ainsi qu'à celle de population par le concept de responsabilité populationnelle : « Les CIUSSS et CIUSSS ainsi que leurs partenaires doivent assumer collectivement une responsabilité à l'égard de la population de leur territoire, concept appelé responsabilité populationnelle. Cette responsabilité implique d'agir en collaboration sur les déterminants de la santé, d'assurer, de façon continue, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux et la prise en charge des personnes. Pour ce faire, les partenaires du réseau territorial de services (RTS) et des réseaux locaux de services (RLS) doivent apprécier l'ensemble des interventions et prendre en compte les besoins exprimés de soins et de services ainsi que les besoins non exprimés de santé et de bien-être »^[1].

Quelles sont les dimensions des caractéristiques du territoire de ses individus et des partenaires ?



Population

La population est l'ensemble des personnes vivant sur un territoire donné, ou encore un groupe de personnes qui présentent certaine(s) caractéristique(s) similaire(s) [2, 3]. On peut distinguer, au sein de cette population, des groupes populationnels ou des populations dites vulnérables. Dresser le profil populationnel permet d'identifier les besoins de santé et de bien-être formulés et latents et, dans une vision prospective, d'appréhender les besoins futurs, afin d'accroître l'adaptation de l'offre de soins et de services aux besoins des individus et de la population.

Voici certaines catégories de données à considérer afin de dresser le profil populationnel [4]:

- Population du territoire
- Langue
- Immigration
- Mobilité
- Défavorisation (matérielle et sociale)
- Incapacité
- Profil épidémiologique (mortalité et morbidité pour l'ensemble de la population et pour des populations spécifiques définies par l'âge, le genre, etc.)



Territoire

Le territoire est soit administratif, soit vécu [5]. Le territoire vécu se construit par l'interaction entre des individus ainsi que lors des interactions entre les individus, les attributs physiques du territoire, les institutions et les partenaires qui le composent, dans un (possible) cadre de valeurs partagées [5, 6, 7, 8].

Le territoire peut être décrit à 3 niveaux: institutionnel, physique et démographique. Le niveau institutionnel est constitué des institutions, normes, lois et règlements, ainsi que des différents paliers de gouvernance présents sur le territoire (p. ex.: municipal, MRC, régional, etc.). Les caractéristiques physiques du territoire comportent les catégories suivantes: topographie, ensoleillement, épaisseur des dépôts meubles, zones de nappes phréatiques affleurantes, composantes des sols, contraintes liées au karst (minéraux solubles), hydrographie, zones humides, protection du paysage, contraintes d'égouttage [9]. Sur le plan démographique, l'INSPQ propose 4 catégories de territoires sur le continuum rural-urbain, présentées dans le schéma suivant [10]:

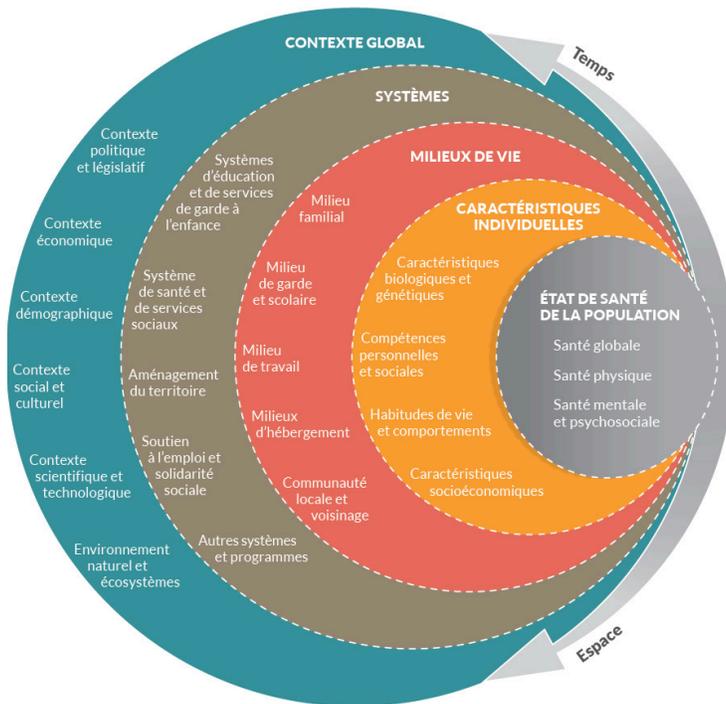


ZIM: zone d'influence métropolitaine de recensement / AR: agglomération de recensement /RMR: région métropolitaine de recensement



Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux [11], ce que l'on appelle également les conditions de vie [6], qui ont une influence sur l'état de santé (physique, mentale et globale) des individus et de la population tout au long de la vie [6, 11, 12]. On peut classer ces déterminants en quatre catégories [3, 30]:



- les caractéristiques individuelles (prédispositions génétiques et biologiques, compétences personnelles et sociales, habitudes de vie et comportements);
- les milieux de vie (milieu familial, milieu de garde et scolaire, milieu de travail, milieu d'hébergement, communauté locale et voisinage);
- les systèmes (systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance, système de santé et de services sociaux, aménagement du territoire, soutien à l'emploi et solidarité sociale, autres systèmes et programmes);
- le contexte global (contexte politique et législatif, contexte économique, contexte démographique, contexte social et culturel, contexte scientifique et technologique, environnement naturel et écosystèmes).

Parmi ces déterminants de la santé, les aspects structurels et les conditions de vie qui causent les inégalités sociales ont une importance particulière [13]. On les nomme « déterminants sociaux de la santé ». Parmi les classifications des déterminants sociaux de la santé existantes, nous retenons une classification en 14 points [14]:

- Chômage et sécurité d'emploi
- Revenu et répartition du revenu
- Logement
- Emploi et conditions de travail
- Sexe
- Ethnie
- Filet de sécurité sociale
- Éducation
- Services de santé
- Insécurité alimentaire
- Exclusion sociale
- Statut d'autochtone
- Petite enfance
- Handicap



Partenaires

Il s'agit des acteurs (usagers, intervenants, gestionnaires et décideurs, chercheurs, formateurs et enseignants) et des organisations (institutions, organismes, associations, regroupements, instituts et centres de recherche, organismes paragouvernementaux, etc.) impliqués dans le système de santé et de services sociaux ou qui interagissent avec lui de manière significative [15, 16]. Le partenariat prend forme, entre autres, dans l'action intersectorielle, qui s'articule autour d'une problématique, d'une clientèle ou d'un territoire [17]. Il comprend tous les partenaires présents dans l'environnement de la trajectoire, et non seulement les partenaires formellement engagés dans l'instance de coordination de la trajectoire.

Pourquoi analyser les caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires?

On ne peut pas analyser la performance d'une trajectoire sans tenir compte du contexte dans lequel elle s'inscrit. La raison d'être de la trajectoire est en effet de répondre aux besoins des individus et de groupes populationnels et de maintenir ou améliorer leur état de santé et leur bien-être (efficacité clinique et populationnelle). De plus, il est impossible de mettre en place une gestion par trajectoires de soins et services sans y inclure les partenaires.

Population : La santé de la population (mortalité et morbidité de la population) s'analyse à un moment donné, mais doit aussi être étudiée de façon rétrospective et prospective [2]. Dans cette optique, le portrait de la population (p. ex. pyramide des âges) et le profil épidémiologique guident la conception et l'évolution de l'offre de soins et services et la priorisation des interventions des trajectoires en fonction des besoins et des risques auxquels sont soumis les individus et la population.

Exemple : Établir le portrait et le profil épidémiologique de la population d'un territoire permet aux autorités d'estimer la demande des soins et services et leur localisation sur le territoire. L'analyse de la pyramide des âges permet, quant à elle, d'ajouter un élément de prospective à la planification de l'offre: une forte augmentation projetée de la population âgée de plus de 65 ans n'appelle pas les mêmes ajustements qu'une forte augmentation du nombre de jeunes de moins de 15 ans.

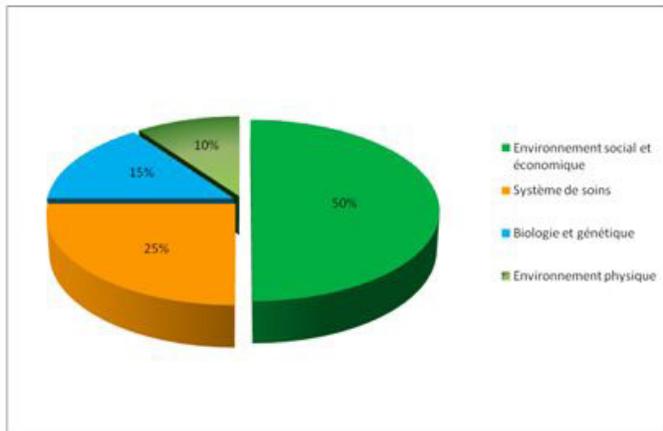
Territoire : Le territoire est reconnu comme une catégorie distincte de déterminants de la santé [10]. Plusieurs caractéristiques du territoire ont un impact sur la santé des individus, qu'ils soient hors ou à l'intérieur de la trajectoire étudiée. La distribution des infrastructures et services sur le territoire a un impact sur la fréquentation des services par la population, sur l'accessibilité aux soins et services, etc. [18, 19, 20, 21]. Les obstacles physiques ont également un impact sur l'accessibilité des soins et services, tout comme l'aménagement du territoire et les opportunités de transport [22, 18, 23, 24].

Exemple : « [E]n région rurale comme urbaine, la répartition géographique inégale des effectifs médicaux et l'absence de soins de proximité dans plusieurs communautés alimentent des disparités importantes pour ce qui est de l'accès au système de santé pour la population québécoise. » [25 p.31]. L'absence d'infrastructures de santé à proximité se conçoit facilement en milieu rural et en région éloignée. Cependant ce problème se rencontre également en milieu urbain, notamment dans les quartiers de Hochelaga-Maisonneuve et de Montréal-Nord à Montréal, et dans ceux de Saint-Roch et Saint-Sauveur à Québec, qui sont aux prises avec une pénurie de médecins [25]. Le territoire et son aménagement ont également des effets indirects sur la santé des individus et de la population: des aménagements urbains ne facilitant pas la mobilité durable ont par exemple un impact négatif sur les habitudes de vie active de la population du territoire.

Déterminants de la santé : La santé des individus est multidimensionnelle. Par conséquent, différents secteurs d'activités et différents niveaux d'action ont des effets sur la santé et le bien-être des individus et de la population.

FIGURE 1.

Impact estimé des déterminants de santé sur l'état de santé et de bien-être de la population



Source : Canadian Institute for Advanced Research

Exemple : Le choix des politiques publiques et des programmes gouvernementaux a un effet sur la santé, la qualité de l'eau et de l'air, les déplacements urbains, ainsi que sur les niveaux d'alphabétisation et d'éducation.

Déterminants sociaux de la santé : Plus un individu vit dans des conditions de défavorisation sociale et matérielle, plus son espérance de vie est courte et plus les maladies sont fréquentes [26]. Par ailleurs, les effets négatifs s'accumulent avec le temps: plus un individu vit longtemps dans des conditions socioéconomiques et environnementales stressantes, plus il est à risque de présenter des conséquences négatives sur le plan physiologique [26]. Il existe également un gradient social de santé qui désigne l'association entre la position d'une personne dans la hiérarchie sociale et son état de santé. Les personnes présentant un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis [26]. Dans cette perspective, les inégalités en santé ne concernent pas uniquement les groupes les plus défavorisés. Par ailleurs, une situation socioéconomique précaire freine l'adoption de saines habitudes de vie (alimentation saine, pratique régulière d'activité physique, consommation d'alcool ou de tabac, etc.) [14].

Exemple : Les déterminants sociaux de la santé peuvent influencer la santé de façon directe (p. ex.: mauvaise qualité du logement - présence de moisissures) ou indirecte – par leur effet sur les comportements p. (ex.: coût élevé du loyer qui empêche une famille de s'inscrire à des activités sportives) [3]. Les déterminants sociaux agissent sur la santé par des boucles de rétroaction positives ou négatives. Les différents déterminants sociaux s'additionnent et interagissent [27]. Les déterminants sociaux de la santé ont plus d'impacts sur la santé des individus que les facteurs comportementaux (diète, activité physique, tabagisme, consommation d'alcool, etc.) [27].

Partenaires: « [L]es pratiques de partenariat peuvent s'articuler autour d'une problématique (comme la faim ou la santé mentale), autour d'un cycle de vie ou d'une population cible (comme les jeunes ou les personnes âgées) ou, encore, en fonction d'un territoire (comme un quartier ou une ville). Le partenariat territorial est particulièrement intéressant du point de vue du développement des communautés, car il favorise une approche globale du milieu (dans ses dimensions sociales et économiques) et permet une action aussi plus globale et donc

moins sectorisée. Le partenariat territorial implique en effet des acteurs en provenance d'autres secteurs que celui de la santé et des services sociaux : les municipalités, les commissions scolaires, le milieu de l'habitation, de l'emploi, etc. » [17 p.299]. L'action intersectorielle est une stratégie essentielle pour améliorer la santé et le bien-être de la population et réduire les inégalités sociales de santé [28]. De fait, l'action intersectorielle est intégrée à la pratique en santé publique [28].

Exemple: Le changement de la structure démographique du Québec (vieillesse de la population) représente un défi de taille pour le système de santé et services sociaux. L'allongement de la vie et la complexité des soins et services requis par la population âgée nécessitent des actions coordonnées plus large pour lesquelles la contribution des partenaires est requise (soins et services à domicile, transport adapté, soutien aux proches aidants, intervenants de milieu, organismes de loisirs, services d'accompagnements aux personnes seules, etc.) [16]. Une approche de partenariat basée sur l'intersectorialité a une influence directe sur la santé et le bien-être de la population, par exemple, par une meilleure transition entre l'hôpital et le domicile suite à une hospitalisation ou encore par l'atteinte d'une meilleure santé émotionnelle des usagers [16].

Comment mesure-t-on les caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires?

La mesure et l'analyse du contexte dans lequel s'inscrit la trajectoire doivent se faire à la mise en place de la trajectoire de soins et services ou avant l'intervention (temps 0) afin de pouvoir évaluer les changements reliés (l'efficacité) à l'intervention. Le tableau 1 présente des exemples d'indicateurs et des thématiques de mesure à envisager pour chacune des quatre sous-dimensions des Caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires.

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et de thématiques de mesure des caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires

Sous-dimension Population ³⁶			
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)		
Population du territoire [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes résidant sur le territoire [4] • Tendances (croissance-décroissance) • Rapport Homme/Femme [3, 4] • Densité de population [4] • Distribution selon l'âge (pyramide des âges) [4] • Taux de natalité [2] • Taux de vieillissement [3] 		
Langue [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Population ne parlant pas le français à la maison • Population ne comprenant pas le français 		
Immigration [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Population immigrante récente (depuis le dernier recensement) • Résidents non permanents 		
Mobilité [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Population âgée de 1 an ou plus résidant dans le même logement 1 an/5 ans auparavant 		
Défavorisation matérielle [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Indice de défavorisation matérielle • Population occupant un emploi • Population sans diplôme ou certificat au secondaire • Revenu brut moyen par personne 		
Défavorisation sociale [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Indice de défavorisation sociale • Personnes séparées, divorcées ou veuves • Familles monoparentales • Personnes vivant seules 		
Incapacité [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Population âgée de moins de 65 ans ayant une incapacité • Population âgée de 65 ans et plus ayant une incapacité 		
Profil épidémiologique [29]	<table border="0"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalité <ul style="list-style-type: none"> • Taux brut de mortalité • Taux de mortalité en fonction de causes spécifiques (cancer, accidents, etc.) • Taux de létalité par diagnostic </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Morbidité <ul style="list-style-type: none"> • Taux de prévalence par maladie • Taux d'incidence par maladie </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité <ul style="list-style-type: none"> • Taux brut de mortalité • Taux de mortalité en fonction de causes spécifiques (cancer, accidents, etc.) • Taux de létalité par diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> • Morbidité <ul style="list-style-type: none"> • Taux de prévalence par maladie • Taux d'incidence par maladie
<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité <ul style="list-style-type: none"> • Taux brut de mortalité • Taux de mortalité en fonction de causes spécifiques (cancer, accidents, etc.) • Taux de létalité par diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> • Morbidité <ul style="list-style-type: none"> • Taux de prévalence par maladie • Taux d'incidence par maladie 		

³⁶ Il y a une certaine superposition des thématiques de mesure de la population, du territoire et des déterminants de la santé. Les déterminants de la santé, notamment les déterminants sociaux de la santé, sont transversaux à plusieurs des sous-dimensions.

Sous-dimension

Territoire

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Environnement physique et social [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleurs utilisant principalement le transport en commun/actif pour se rendre au travail • Densité populationnelle
Caractéristiques physiques [9]	<ul style="list-style-type: none"> • Topographie • Ensoleillement • Épaisseur des dépôts meubles • Zones de nappes phréatiques affleurantes (risques d'infiltration d'eau en sous-sol, impact sur l'usage des sols, etc.) • Composantes des sols • Contraintes liées au karst (minéraux solubles) • Hydrographie (risques d'inondations) • Zones humides • Protection du paysage • Contraintes d'égouttage (impact sanitaire)
Caractéristiques démographiques [10]	<ul style="list-style-type: none"> • ZIM faible ou nulle : Zone rurale ayant des liens faibles ou nuls avec un noyau urbain • ZIM modérée : Zone rurale ayant des liens modérés avec un noyau urbain • ZIM forte : Zone rurale ayant des liens forts avec un noyau urbain • AR ou RMR : Vastes territoires composés de municipalités ayant des liens très forts avec un noyau urbain

Sous-dimension

Déterminants / Déterminants sociaux de la santé

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Caractéristiques individuelles [30]	<ul style="list-style-type: none"> • Âge et sexe • Origine ethnique • Particularités génétiques • Statut immunitaire et vaccinal • Capacités physiques / cognitives • Sentiment de sécurité • Compétences sociales • Littératie • Tabagisme • Consommation d'alcool • Jeux de hasard et d'argent • Pratiques sexuelles • Hygiène et soins • Niveau de scolarité • Type d'emploi • Revenu individuel • Insécurité alimentaire • Nutrition, alimentation • Mode de vie actif

Milieux de vie [30]	<ul style="list-style-type: none"> • Cohésion sociale et capital social • Ressources communautaires • Gouvernance locale et politiques publiques locales • Conditions matérielles (espaces verts, espaces de loisirs, espaces publics, sécurité des rues, sécurité et salubrité des bâtiments, offre d'aliments frais...) • Caractéristiques environnementales (qualité de l'air, de l'eau, des sols...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions de travail (rémunération, congés de maladie, régime d'assurance collective, régime de retraite...) • Exposition aux contaminants • Vie scolaire et parascolaire (qualité, accès, participation...) • Structure familiale • Violence intrafamiliale
Systèmes [30]	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de contrôle et de surveillance de l'environnement • Programmes d'intégration des immigrants et de promotion de la diversité culturelle • Services d'aide à l'emploi • Aide de dernier recours aux personnes et aux familles démunies • Aménagement urbain et rural 	<ul style="list-style-type: none"> • Services de santé et services sociaux : • Types de services • Structure des services • Qualité des services • Financement des services
Contexte global [30]	<ul style="list-style-type: none"> • Diversité ethnoculturelle • Normes et valeurs • Coopération et compétition • Distribution de la richesse et des revenus • Niveau d'endettement des ménages, accès au crédit • Structure économique (importance des différents secteurs économiques...) • Conjoncture économique (croissance économique ou récession (variations du produit intérieur brut), croissance de la rémunération réelle...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Marché du travail (créations et pertes d'emplois, niveau du chômage...) • Système politique, culture politique • Instruments des politiques (lois et règlements, application des politiques...) • Politiques publiques (sociales, économiques, de santé, environnementales, de sécurité)
Scolarité [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires – ventilé par groupe d'âge ou par sexe • Niveau de scolarité équivalent à un diplôme d'études secondaires ou moins – ventilé par groupe d'âge ou par sexe • Niveau de scolarité universitaire – ventilé par groupe d'âge ou par sexe 	
Emploi [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Population n'occupant pas d'emploi (taux d'inoccupation) – ventilé par groupe d'âge • Travailleurs à temps partiel – ventilé par sexe • Travailleurs dont le lieu habituel de travail se situe dans la même municipalité que celle de sa résidence 	

Revenu [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Part du revenu provenant de transferts gouvernementaux • Personnes à faible revenu dans les ménages privés – ventilé par groupe d'âge • Taux d'assistance sociale • Revenu total médian après impôt des ménages/des familles économiques – ventilé par sexe ou par groupe d'âge • Revenu médian d'emploi avant impôt – ventilé par sexe
Logement [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de propriétaires résidents • Proportion de locataires • Propriétaires/locataires consacrant plus de 30 % de leur revenu annuel brut au logement • Propriétaires/locataires consacrant plus de 50 % de leur revenu annuel brut au logement • Proportion des logements nécessitant des réparations majeures
Défavorisation matérielle [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Indice de défavorisation matérielle • Population occupant un emploi • Population sans diplôme ou certificat au secondaire • Revenu brut moyen par personne
Défavorisation sociale [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Indice de défavorisation sociale • Personnes séparées, divorcées ou veuves • Familles monoparentales • Personnes vivant seules

Sous-dimension

Partenaires

Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Relation entre le CISSS/CIUSSS et la communauté [31]	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'ententes formelles de services, de contrats signés • Existence de mécanismes de transfert d'information formalisés • Existence de postes de « gestionnaires de cas » • Taux de références (CISSS/CIUSSS <-> Partenaires) • Nombre de Plans de services individualisés intersectoriels (PSII)
Engagement financier	<ul style="list-style-type: none"> • Montants alloués par le CISSS/CIUSSS en financement à des organisations partenaires
Mécanisme de coordination [31]	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de tables de concertation auxquelles siège le CISSS/CIUSSS - Lieu des concertations (intra/extra-muros, équilibre) • Nombres de chefs de programme qui ont des contacts avec les responsables des organismes partenaires
Degré d'intégration des objectifs et des activités	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de projets communs entre le CISSS/CIUSSS et des organisations de la communauté [31]
Diversité des acteurs et des secteurs [32]	<ul style="list-style-type: none"> • Nature ou rôle des organisations ou acteurs impliqués dans le partenariat
Présence de la communauté dans l'hôpital [31]	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de bénévolat selon certaines catégories d'organismes, • Proportion de la population prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (%) • Proportion de la population offrant de l'aide directe à autrui, selon le type d'activité • Proportion de la valeur totale des dons annuels en fonction du budget global

Références

1. CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2016). Responsabilité populationnelle et développement des communautés. Direction générale adjointe – programmes sociaux et réadaptation. Sherbrooke, Québec: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
2. Kindig, D., & Stoddart, G. (2003). What is Population Health? *American Journal of Public Health*, 93(3), 380-383.
3. Gouvernement du Québec (2010). Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.
4. Observatoire estrien du développement des communautés & Direction de la santé publique de l'Estrie. (2020). Tableau de bord des communautés de l'Estrie. Repéré à <https://oedc.qc.ca/tableau-de-bord-des-communautés/>
5. Caillouette, J., Dallaire, N., Boyer, G., & Garon, S. (2007). Territorialité, action publique et développement des communautés. *Économie et Société*, 38(1), 8-23.
6. Tremblay, J. (2015). Se positionner comme CIUSSS/CIUSSS pour soutenir le développement des communautés, Québec: Institut national de santé publique.
7. Vibert, S., & Potvin, L. (2000). La communauté, une notion à redéfinir pour la santé publique. Dans F. Aubry, & L. Potvin (Éds), *Construire l'espace sociosanitaire : Expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*. (pp. 99-117). Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
8. Cheng, A.S., & Daniels, S.E. (2003). Examining the Interaction Between Geographic Scale and Ways of Knowing in Ecosystem Management : A Case Study of Place-Based Collaborative Planning. *Forest Science*, 49(6), 841-854.
9. Pissart, A., & Closson, D. (1998). L'aménagement du territoire et les contraintes du milieu physique, *Bulletin de la Société géographique de Liège*, 34, 29-43.
10. Institut national de santé publique du Québec. (2019). Milieux ruraux et urbains: Quelles différences de santé au Québec ?. Repéré le 16 mai 2019 à <https://www.inspq.qc.ca/santescope/milieux-ruraux-urbains>
11. CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2016). Responsabilité populationnelle et développement des communautés. Sherbrooke, Québec: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 16 p.
12. Organisation mondiale de la Santé. (1986). Promotion de la santé : Charte d'Ottawa . Copenhagen, Danemark: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Repéré à <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
13. Organisation mondiale de la Santé. (2009). Comblent le fossé en une génération.: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Liban: OMS.
14. Mikkonen, J., & Raphael, D. (2011). Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes. Toronto: École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.
15. Allaire, J.-F., St-Martin, K.-A., Massougbojji, J., Zomahoun, H.T.V., & Langlois, L. (2018). S'outiller pour favoriser la participation des usagers, des proches, des citoyens et des communautés à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services : Recueil d'idées inspirantes. Sous la direction de Paul Morin. Sherbrooke, Québec: Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux, Québec: Gouvernement du Québec.
17. Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. & Fréchette, L. (2008). L'organisation communautaire : fondements, approches et champs de pratique. Québec: Presses de l'Université du Québec.
18. Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*, Commonwealth Fund, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
19. Lombardo, A.P., Angus, J.E., Lowndes, R., Cechetto, N., Khattak, S., Ahmad, F., & Bierman, A.S. (2014). Woman's strategies to achieve access to health-care in Ontario, Canada: a meta-synthesis. *Health and Social Care in the Community*, 22(6), 575-587.
20. Angus, J.E., Lombardo, A.P., Lowndes, R.H., Cechetto, N., Ahmad, F., & Bierman, A.S. (2012). Beyond Barriers in Studying Disparities in Women's Access to Health Services in Ontario, Canada: A Qualitative Metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 23(4), 476-494.
21. Aday, L.A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, Fall, 9(3), 208-220.
22. Frenk, J. (1992). The concept and measurement of accessibility. In K.L. White, J. Frenk, C. Ordóñez, J.M. Paganini, & B. Starfield, *Health Services Research: An Anthology*, (842-855). Washington: Pan American Health Organization (PAHO).
23. Long, M.J. (1994). The Medical Care System: A Conceptual Model, *Ann Arbor, Michigan. Health Administration Press*, 176 p.
24. Penchansky, R., & Thomas, J.W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
25. Alvarez, F., Bois, G., Brabant, Z., Briand, A.-S., Leblanc, I., Blondin-Gravel, R., ..., & Thommerat-Carrière, A.-S. (2018). La santé pour tous et toutes, sans exception! Étude des barrières à l'accès au système de santé public québécois. Mémoire du CA présenté à l'Assemblée générale des membres. Montréal, Québec :Médecins québécois pour le régime public., 35 p.
26. Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*, Second edition, Copenhagen, Danemark : World Health Organisation, 32 p.
27. Diez Roux, A.V. (2011). Complex Systems Thinking and Current Impasses in Health Disparities Research. *American Journal of Public Health*, 101(9), 1627-1634.
28. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé : Stratégie ministérielle. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 36 p.
29. Devers, A., & Champagne, F. (1984). *Epidemiology in health services management*. Rockville, Md.: Aspen publication.
30. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir. Québec: Direction générale de la santé publique, 26 p.
31. Thiebaut, G.-C. (2010). Document de travail – La communauté.
32. Morin, P., Carrier, S., Clément, M., LeBlanc, J., & X. Leloup. (2015). L'intervention intersectorielle en santé et services sociaux dans ses liens avec les dimensions de l'habitation et le logement social, rapport de recherche Actions concertées remis au FRQSC, septembre.

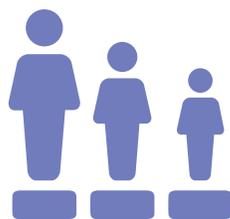
Équité en santé

Qu'est-ce que l'équité en santé?

L'équité en santé est l'absence d'écarts injustes et évitables relatifs à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux, à leur qualité et à leurs résultats [1]. L'équité en santé est la valeur qui guide l'atteinte d'un état idéal dans lequel tous les individus sont en mesure d'atteindre leur plein potentiel de santé et de bien-être [2, 3, 4]. L'équité nécessite un ajustement de l'offre de soins de santé et de services sociaux en fonction des besoins des usagers pour atteindre des résultats de santé et de bien-être semblables entre les groupes populationnels [5, 6].

L'équité est transversale au MAP et de mesure de la performance des trajectoires. Toutefois, trois dimensions d'analyse et de mesure se distinguent : l'équité d'accès, l'équité de qualité (sécurité, pertinence et humanisme) de même que l'équité de résultats cliniques et populationnels.

L'équité est à distinguer de l'égalité. L'équité implique un jugement de valeur qui permet de qualifier une inégalité de juste ou d'injuste [3, 4]. Ainsi, certaines inégalités, telles que des différences dans l'intensité de consommation de soins et services du fait d'une offre plus importante de soins et services visant certaines populations, peuvent être légitimes ou justes [7]. Ce peut être le cas pour les personnes âgées, dont les besoins en services de santé et services sociaux sont plus importants que pour le reste de la population. Cette inégalité légitime reflète un ajustement de l'offre de services qui permet d'offrir l'intensité requise pour répondre aux besoins d'une population spécifique, notamment les populations les plus vulnérables. Ainsi, une inégalité dans l'offre de soins et services entre deux quartiers doit être analysée au regard des besoins de la population. Une situation où un quartier socioéconomiquement favorisé disposerait d'une plus grande offre de services qu'un quartier présentant des indices populationnels de défavorisation matérielle ou sociale élevés serait injuste [4, 8]. La recherche de l'équité en santé s'appuie donc sur la réduction des écarts injustes et évitables quant à l'accès aux soins et services de santé, à leur qualité et à leurs résultats [1]. C'est en mesurant les inégalités d'accès, de qualité des soins et services, et de résultats entre les différents groupes composant la population qu'il est possible d'évaluer les progrès vers l'équité en santé [1].

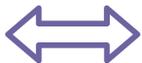


ÉGALITÉ



ÉQUITÉ

En matière de santé et bien-être, on distingue deux types d'équité :



Équité horizontale : Des personnes présentant des besoins ou des pathologies similaires doivent recevoir un traitement ou une prise en charge similaire [7]. Toute discrimination fondée sur une autre caractéristique individuelle ou territoriale ne doit être tolérée [2, 9].



Équité verticale: Les individus dont les besoins diffèrent du fait de caractéristiques sociodémographiques particulières doivent recevoir des services différents, afin de répondre de façon adéquate à leurs besoins [3]. Autrement dit, des besoins différents en matière de santé et de bien-être nécessitent une offre et une intensité de soins et services proportionnelles aux besoins afin de garantir une équité d'accès, de qualité et de résultats pour toute la population [2, 9].

Pourquoi analyser l'équité dans la gestion par trajectoires de soins et services?

Nous ne sommes pas égaux face à la maladie. On note un écart parfois important dans l'espérance de vie de populations vivant dans des territoires différents – de 78,6 ans à 83,6 ans entre les réseaux locaux d'intégration des services du Nord-Ouest et du Centre-Ouest en Ontario [10]. On retrouve également plus de troubles mentaux et plus de maladies chroniques (consommation d'alcool, diabète) dans les groupes ayant les plus faibles revenus [8]. Ces inégalités découlent en grande partie des déterminants sociaux de la santé³⁷. L'application du principe d'équité en santé nécessite de mener des actions pour réduire ces inégalités en modulant l'offre de services en santé et services sociaux en fonction des besoins, des différents groupes populationnels, notamment des populations vulnérables. Ainsi, un meilleur accès à des soins et des services pour des populations vulnérables est essentiel pour atteindre des résultats de santé équivalents pour tous les groupes populationnels. Par ailleurs, les iniquités en santé ont un coût social puisque des besoins de santé et de bien-être non répondus privent la société de la participation pleine et active de plusieurs groupes populationnels (travail, bénévolat, action citoyenne, etc.) [11]. De ce fait, il est primordial de tenir compte des enjeux d'équité d'accès, de qualité et de résultats au sein d'une trajectoire de soins et services et de travailler à diminuer les impacts négatifs en favorisant l'équité horizontale et verticale.

Exemples:

- L'offre universelle de soins et services gratuits contribue à plus d'équité en éliminant les barrières économiques qui privent les personnes à plus faible revenu d'accéder aux soins et des services sociaux requis pour répondre à leurs besoins en raison de leurs coûts [7].

³⁷ Pour plus d'explications sur les déterminants sociaux de la santé, voir la fiche contextuelle Caractéristiques du territoire, de ses individus et des partenaires.

- Au niveau de la santé et du bien-être, les hommes et les femmes ne présentent pas les mêmes vulnérabilités. Au cours d'une vie, les femmes subissent un plus grand nombre de périodes d'invalidité et subissent plus de maladies chroniques que les hommes. Ces derniers sont quant à eux davantage prédisposés aux accidents et plus vulnérables à de plus graves formes d'exclusion sociale [12]. Ainsi, en fonction de besoins différents, les hommes et les femmes devraient se voir offrir des soins et services différents. Cela renvoie à l'équité verticale qui nécessite un ajustement de l'offre de soins et services en fonction des besoins de la population cible.
- Afin d'assurer une équité de la qualité interpersonnelle des soins et services (Humanisme), une clinique médicale de North Bay, en Ontario, a offert à son personnel, en collaboration avec le Centre d'amitié autochtone, une formation sur la culture et les coutumes des communautés autochtones de la région [13].

Comment mesure-t-on l'équité?

« Mesurer les inégalités en santé nous permet de définir les écarts que nous pouvons diminuer et d'évaluer les progrès vers l'équité en santé. » [1, p.5]

Il est possible de mesurer l'équité pour chaque dimension de la performance d'une trajectoire de soins et services. Ceci peut se faire en ventilant les données fournies par les indicateurs spécifiques à la dimension analysée selon certains « facteurs de stratification de l'équité » [5]. Ces facteurs de stratification sont des variables (démographiques, sociales, économiques, géographiques, etc.) qui rendent compte de caractéristiques pouvant définir des groupes dans la population, ou des populations vulnérables [5]. Les catégories suivantes sont des exemples de facteurs de stratification [5]:

- âge
- sexe
- localisation géographique
- revenu (du ménage, du quartier) [8]
- éducation
- Premières Nations
- ethnicité
- indice de défavorisation [14]

Il existe également des indicateurs de l'équité. Le tableau 1 fournit des exemples d'indicateurs et thèmes de mesure pour chaque sous-dimension de l'équité.

TABLEAU 1

Exemples d'indicateurs et de thèmes de mesure de l'équité

Sous-dimension Équité d'accès	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Accessibilité [4]	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs de l'accessibilité aux soins et services ventilés selon les facteurs de stratification de l'équité [4] (voir la Fiche « Accessibilité aux soins et services ») • Distance à parcourir pour accéder aux soins et services en fonction du lieu de résidence ou de caractéristiques sociodémographiques [1]
Sous-dimension Équité de qualité de soins et services	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs de la sécurité des soins et services ventilés selon les facteurs de stratification de l'équité [4] (voir la Fiche « Sécurité »)
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs de la pertinence des soins et services ventilés selon les facteurs de stratification de l'équité [4] (voir la Fiche « Pertinence »)
Humanisme	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs de l'humanisme des soins et services ventilés selon les facteurs de stratification de l'équité [4] (voir la Fiche « Humanisme »)
Sous-dimension Équité de résultats	
Thématiques de mesure	Indicateurs (exemples)
Efficacité populationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • État de santé autoévalué des populations vulnérables [7] • Années potentielles de vie perdues ventilées selon les facteurs de stratification de l'équité [15] • Espérance de vie en santé ventilée selon les facteurs de stratification de l'équité [15] • Indicateurs d'efficacité ventilés selon les caractéristiques des populations cibles [4] (voir la Fiche « Efficacité clinique et populationnelle ») • Écarts entre les populations favorisées et défavorisées (Q1 - Q5) : <ul style="list-style-type: none"> - Taux ajusté de mortalité évitable [17] - Années potentielles de vie perdues [17] - Espérance de vie à 65 ans [17] - Mortalité infantile [17] - Faible poids à la naissance [17]
Efficacité clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Ratio des taux de disparité de revenu pour une hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée [16] • Ratio des taux de disparité de revenu pour une crise cardiaque menant à une hospitalisation [14] • Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital: soins chirurgicaux, soins médicaux, soins obstétricaux, patients de 19 ans et moins [14]

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. (2018). À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité – regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique. Ottawa, Ontario: ICIS.
2. Culyer, A. J. (2007). Equity of What in Healthcare ? Why the Traditional Answers Don't Help Policy – and What to Do in the Future. *Healthcare Papers*, 8 (Special Issue), 12-26.
3. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). Parlons de l'équité en santé. Antigonish, N. É.: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.
4. Institut canadien d'information sur la santé. (2016). Dialogue pancanadien pour l'avancement de la mesure de l'équité des soins de santé, compte rendu. Ottawa, Ontario: ICIS.
5. Millman, M. (1993). *Access to health care in America*. Washington, D.C.: National Academy Press.
6. Foro, A. (2011). Le concept de l'accessibilité : Revue de littérature, Projet PASS (non publié).
7. Rochaix, L., & Tubeuf, S. (2009). Mesures de l'équité en santé : Fondements éthiques et implications. *Revue économique*, 60(2), 325-344.
8. Institut canadien d'information sur la santé. (2016). Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada: Rapport technique, Révisé en juillet 2016. Ottawa, Ontario: ICIS, 312 p.
9. Culyer, A.J. (2001). Equity – some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 275-283.
10. Qualité des services santé Ontario. (n.d.). Plan d'équité en matière de santé. Toronto, Ontario: Qualité des services santé Ontario, 28 p.
11. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (n.d.). Inégaux : Le film. Inégalités sociales de santé. Montréal, Québec: Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux du Centre-sud-de-l'île-de-Montréal. Repéré à <http://santemontreal.qc.ca/externe/iss/>
12. Mikkonen, J., & Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto, Ontario: École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.
13. Qualité des services de santé Ontario. (1er mars 2017). L'équité, élément essentiel à des soins de qualité. Toronto, Ontario: Qualité des services santé Ontario. Repéré le 31 janvier 2020 à <https://www.hqontario.ca/Blogue/l%C3%A9quit%C3%A9-%C3%A9l%C3%A9ment-essentiel-%C3%A0-des-soins-de-qualit%C3%A9>
14. Gouvernement du Canada. (Dernière modification le 21 novembre 2019). Données des inégalités en santé. Repéré le 30 janvier 2020 à <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/index>
15. Institut canadien d'information sur la santé. (2013). Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien. Ottawa, Ontario: ICIS, 44 p.
16. Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016: Recueil des indicateurs*, Québec, Gouvernement du Québec
17. Champagne, F., Contandriopoulos A.P., & Sainte-Marie, G. (2018). *Performance : Définitions et sources des données*. Montréal, Québec: Université de Montréal.

Section III

Les annexes

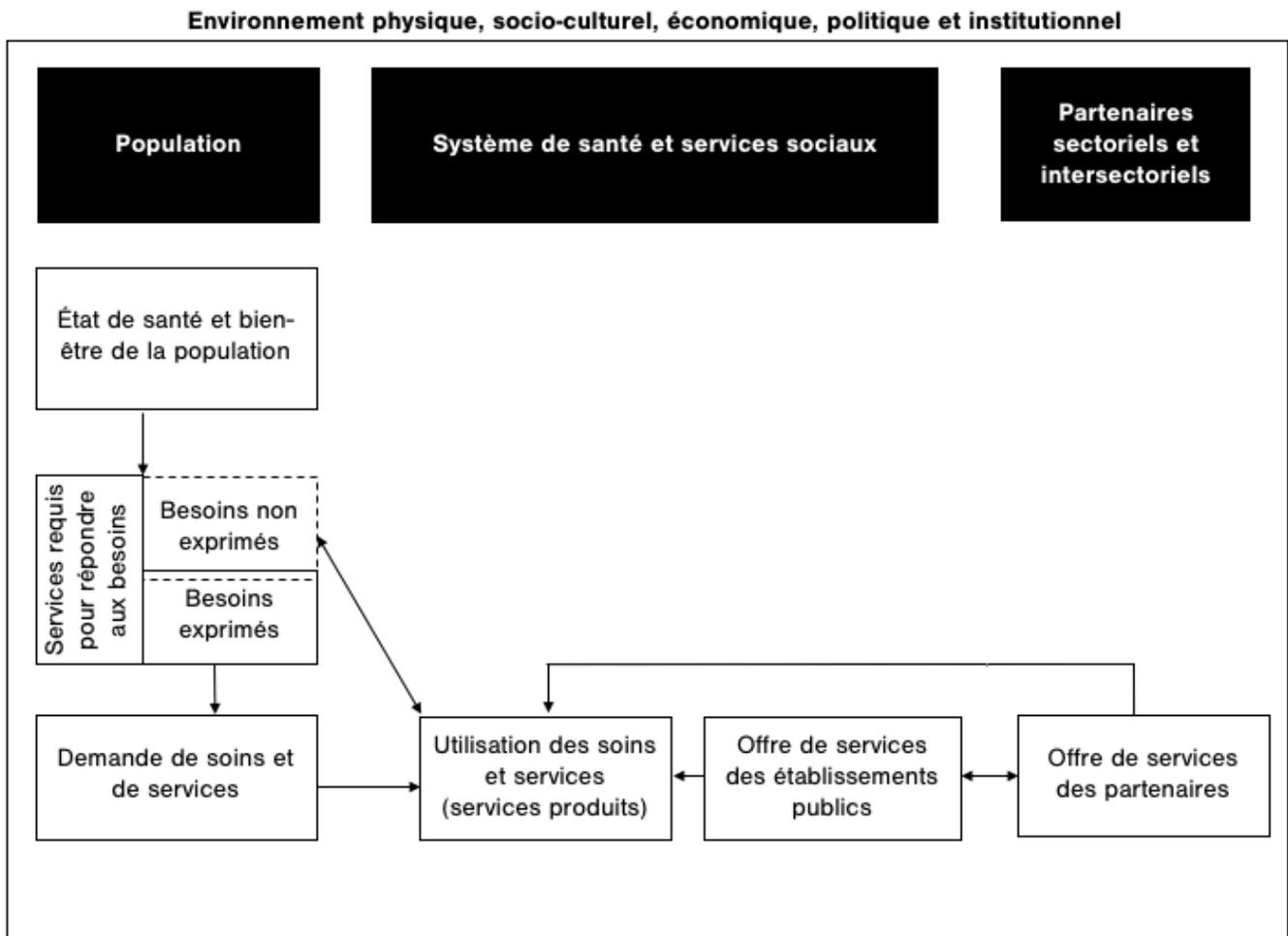
ANNEXE 1

Modèle logique de l'utilisation des soins et des services de santé et sociaux

Les figures 1 et 2 présentées dans cette annexe permettent de contextualiser les dimensions du MAP des trajectoires. L'objectif est de situer ces dimensions en fonction du processus d'utilisation des soins et des services qui vise à répondre aux besoins de la population (Contandriopoulos et al, 1986). L'offre de services dans les deux figures présentées fait référence aux trajectoires de soins et de services qui sont abordées comme un modèle spécifique d'organisation des services. Par ailleurs, ces deux figures peuvent s'appliquer autant au niveau d'un modèle d'organisation que d'un système de santé et de services sociaux dans son ensemble.

FIGURE 1

Processus d'utilisation des soins et services des établissements publics et des partenaires sectoriels et intersectoriels



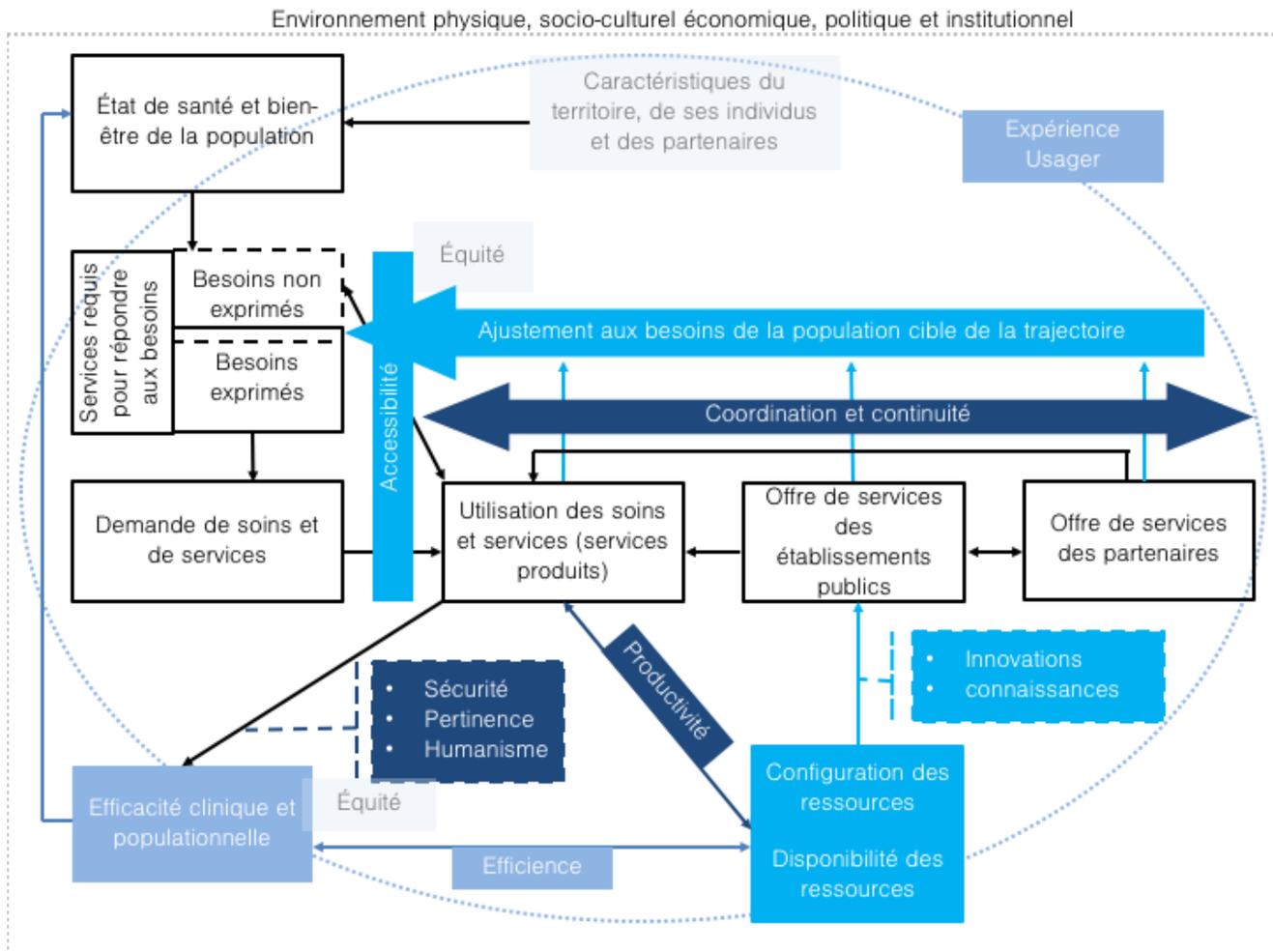
La figure 1 illustre le cœur de toute trajectoire de soins et services ou de système de santé et de services sociaux.

Ce cœur est le processus d'utilisation des soins et des services qui découle de la rencontre entre des besoins exprimés ou non exprimés, et une offre de soins et de services proposés par les établissements publics de santé et de services sociaux en collaboration avec ses partenaires sectoriels (groupes de médecins de famille, pharmacies communautaires, organismes communautaires, etc.) et intersectoriels (école primaire et secondaire, services de garde, maisons de la famille, etc.) (Condandriopoulos, 1986, Donabedian, 1973, Pineault, 2012).

À gauche de la figure 1 se trouve l'ensemble des éléments relatifs à la population et aux individus qui la composent, au centre, les éléments liés au système de santé et services sociaux, et à droite, ceux associés aux partenaires sectoriels et intersectoriels. L'état de santé et de bien-être de la population est influencé par l'environnement physique, socio-culturel, économique, politique et institutionnel. Le niveau de santé et de bien-être détermine les besoins exprimés et non exprimés de la population et des usagers (Donabedian, 1973, Long, 1994). Ces besoins peuvent être théoriquement exprimés en services sociaux et de santé requis pour y répondre (Long, 1994). En revanche, l'offre de services requis peut être différente de l'offre de services réelle. Les besoins exprimés mènent à une demande formelle de services auprès d'un établissement et d'intervenants et/ou de partenaires sectoriels et intersectoriels. La rencontre entre cette demande de services d'un usager et l'offre de service d'un établissement ou d'un partenaire, entraîne l'utilisation de services de santé et de services sociaux (Condandriopoulos, 1986). Idéalement, l'offre de services est proactive et rejoint la population et les usagers dans leurs milieux de vie afin de répondre à des besoins non exprimés. Ces services peuvent être des interventions de démarchage (reaching out) auprès de certaines populations ou des programmes populationnels de promotion, de prévention de la santé, de dépistage ou d'interventions précoces.

FIGURE 2

MAP appliqué au processus d'utilisation des soins et des services



La figure 2 décrit le positionnement des dimensions du MAP des trajectoires par rapport au processus d'utilisation des services. Ce positionnement ne reflète pas leurs relations en termes de déterminants et d'effets, tels que décrits dans les fiches et les tableaux de l'outillage du guide. Les dimensions contextuelles et de la performance sont identifiées selon les mêmes couleurs que dans le MAP présenté à la page 18.

Au centre, en haut de la figure, la dimension contextuelle « Caractéristiques du territoire, des individus et des partenaires » est associée à l'état de santé et de bien-être de la population. En effet, ces caractéristiques, notamment les déterminants de la santé, sont les principaux facteurs explicatifs de la santé des individus et des populations. L'Équité est positionnée proche des dimensions de la performance auxquelles elle est principalement associée soient l'Accessibilité, l'Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire, la Sécurité, la Pertinence et l'Humanisme, la Pertinence et l'Efficacité clinique et populationnelle.

Les dimensions de la performance sont positionnées autour du processus d'utilisation des services. Concernant les dimensions associées aux ressources et aux structures, les sous-dimensions de la dimension Viabilité soient la Disponibilité et la Configuration des ressources sont positionnées en dessous de l'offre de services des établissements publics de santé et de services sociaux, car elles conditionnent la nature et la quantité de services offerts à la population. Les Connaissances (qualification des intervenants, utilisation des données probantes, etc.) ainsi que le développement et l'implantation d'Innovations, qui sont également des sous-dimensions de la viabilité, influencent la configuration des ressources et les modalités d'organisation des services et donc l'offre de services disponible. L'offre de services des établissements publics de santé et de services sociaux, l'offre de services des partenaires ainsi que l'utilisation réelle des services doivent être analysées en fonction de leur degré d'Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire. Pour ce faire, il convient de prendre en compte les besoins exprimés et les besoins non exprimés. La dimension Accessibilité, qui constitue une barrière à l'utilisation des services, est positionnée entre la demande formelle de services et les besoins non exprimés, et l'utilisation de services.

Les dimensions mesurant la Coordination et la Continuité, la Productivité et la Qualité des soins et des services (Sécurité, Pertinence, Humanisme) sont placées le long du processus d'utilisation des services. La Coordination et la Continuité sont positionnées au-dessus de l'utilisation des services et de l'offre de services des établissements publics et de celles des partenaires sectoriels et intersectoriels, afin de refléter la nécessité de coordonner les offres et l'utilisation des services pour en assurer la continuité. Les dimensions Sécurité, Pertinence et Humanisme sont des caractéristiques du processus d'utilisation des services et sont positionnées sur la flèche reliant l'utilisation des services à l'Efficacité clinique et populationnelle. Les services reçus par un usager doivent être pertinents, sécuritaires et humanistes afin de favoriser l'efficacité clinique et populationnelle de ceux-ci. Enfin, la dimension productivité est également positionnée sur une flèche reliant la Disponibilité et la Configuration des ressources à l'utilisation des services puisque la productivité est un rapport entre les ressources utilisées et les services produits.

Finalement, les dimensions mesurant les résultats sont positionnées en bas à gauche et en haut à droite de la figure 2. L'Efficacité clinique et populationnelle correspond aux résultats de l'utilisation des soins et des services et devrait entraîner l'amélioration ou le maintien de la santé ou du bien-être des usagers et de la population. L'Efficiency est positionnée sur la flèche reliant l'Efficacité clinique et populationnelle avec la Disponibilité et la Configuration des ressources puisque l'Efficiency est un rapport entre les effets et les ressources investies. Enfin, l'Expérience usager est représentée par un cercle en pointillé bleu qui montre que l'expérience usager est présente dans tous les éléments de la trajectoire ou d'un système de santé et de services sociaux.

Références

1. Donabedian, A. (1973) *Aspects of Medical Care Administration*. Harvard University Press, Massachusetts
2. Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Pineault, R. (1986) L'influence du paiement des ressources dans le système de santé : un cadre d'analyse, N86-01, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
3. Long M.J (1994). *The medical care system, a conceptual model*. Health administration Press, Ann Arbor, Michigan
4. Pineault, R (2012). *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*, Presse universitaire de Montréal.

ANNEXE 2

Sens du lien entre les dimensions

La relation qui unit les dimensions entre elles, variant selon l'indicateur utilisé pour mesurer chacune des dimensions, peut être positive, négative ou en U inversé (curvilinéaire):

Relation positive (+) : une amélioration (augmentation) de l'indicateur X mesurant la dimension A a un impact positif (augmentation ou diminution) sur l'indicateur Y mesurant la dimension B.

Exemple 1 : Une plus grande proportion de patients ayant accès à une chirurgie dans les 6 mois, qui signifie une meilleure accessibilité au service de chirurgie orthopédique, améliore les scores associés à la perception de l'accessibilité des services, qui indiquent une amélioration de l'expérience de l'utilisateur.

Exemple 2 : Une plus grande conformité des interventions aux guides de bonnes pratiques, qui signifie une amélioration de la pertinence des soins et services, entraîne une diminution de la durée moyenne d'hospitalisation post-opératoire, qui indique une amélioration de la productivité.

Relation négative (-) : une détérioration (augmentation) de l'indicateur X mesurant la dimension A, a un impact négatif (augmentation ou diminution) sur l'indicateur Y mesurant la dimension B.

Exemple 1 : L'augmentation du taux d'assurance salaire (marqueur d'absentéisme), qui mesure la viabilité, entraîne une baisse de la continuité relationnelle, informationnelle et clinique.

Exemple 2 : Des interventions non pertinentes, mesurées par une augmentation du taux de césariennes à faibles risques, entraînent une augmentation des risques post-opératoires, mesurés par le taux d'infections, associés à la dimension Sécurité, ou une augmentation du taux de réadmission, associé à la dimension Efficacité clinique.

Relation en u inversé/curvilinéaire () : Le sens de la relation s'inverse à un moment de la relation. Par exemple, lorsque la mesure X de la dimension A augmente, la mesure Y de la dimension B augmente également, jusqu'à un certain point. Au-delà de ce point, la relation s'inverse et la mesure Y de la dimension B diminue, alors que la mesure X de la dimension A continue d'augmenter.

Exemple : L'accroissement de la productivité peut améliorer l'accessibilité des soins et des services. Cependant, une augmentation trop importante de la productivité peut entraîner une détérioration de la qualité de vie au travail et une augmentation du roulement et/ou de l'absentéisme des intervenants, en provoquant une trop grande charge de travail par rapport à la disponibilité de personnels.

Les indicateurs utilisés pour mesurer la performance de chaque dimension peuvent être positifs ou négatifs. Pour un indicateur positif, on vise un résultat élevé. Pour la mesure d'un indicateur négatif, on cherche à s'approcher de zéro. Cette distinction est cruciale pour en tirer une analyse judicieuse.

Exemple d'indicateurs positifs :

- Nombre d'ententes signées entre l'établissement de soins et services sociaux et les organismes communautaires présents sur son territoire;

- Proportion des patients opérés dans un délai de 4 mois pour une chirurgie de la cataracte;
- Taux de conformité aux guides de pratique clinique pour 4 maladies chroniques.

Exemple d'indicateurs négatifs :

- Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en pourcentage);
- Pourcentage d'accouchements vaginaux ayant entraîné un traumatisme obstétrical de 3e ou de 4e degré, pour 100 accouchements vaginaux sans instrument;
- Proportion de médecins de famille dont au moins un patient a connu des difficultés parce que les soins ont été mal coordonnés, au cours du mois précédent.

ANNEXE 3

Notes méthodologiques des fiches de la performance et contextuelles

Les fiches ont été réalisées à partir de l'examen de plusieurs sources de données, dont des articles scientifiques, des publications issues de la littérature grise, et des ouvrages de référence. Ces textes ont été identifiés à partir de trois stratégies : l'identification d'articles dans les banques de données Pubmed et Medline, le partage de textes fondateurs dans le champ de la performance des systèmes de santé par un expert (G.-C. Thiebaut), et la sélection d'articles pertinents identifiés par une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal dans le cadre d'une subvention des IRSC (2013-2019) portant sur l'optimisation de l'utilisation des données de performance pour la gestion et la gouverne des systèmes et organisations de santé.

Les revues de littérature réalisées par cette équipe, composée de François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Michèle Rivard, Nicole Leduc et Lambert Farand, ont été coordonnées par G.-C. Thiebaut. Elles ont permis d'identifier les relations entre les dimensions de la performance présentées dans cette fiche et ont fourni quelques exemples pour les illustrer. Les articles identifiés dans les banques de données Pubmed et Medline ont, quant à eux, servi de sources pour des exemples récents. C'est pourquoi seules les revues systématiques et méta-analyses publiées entre 2004 et 2019 en anglais et en français, et portant sur les pays occidentaux ont été incluses.

ANNEXE 4

Tableau de sélection des indicateurs en fonction des dimensions de la performance et des zones critiques

		ZONES CRITIQUES	VIABILITÉ (acquérir, configurer, maintenir)	ACCESSIBILITÉ	AJUSTEMENT (adaptation, évolution)	PRODUCTIVITÉ	
ÉTAPES	Promotion de la santé. Prévention de la MPOC.						
	Mécanismes d'accès (référénts).						
	Dépistage précoce - évaluation, investigation - traitement et orientation.	Sensibiliser les référénts aux critères de dépistage MPOC.	Nombre d'usagers ayant passé une spirométrie.				
		Prescription d'un plan d'action pharmacologique selon les normes GOLD.					
		Référence au Programme d'enseignement et suivi MPOC.		Nombre d'usagers inscrits au programme d'enseignement et suivi MPOC avec diagnostic confirmé.			
	Suivi et accompagnement (enseignement et réadaptation).	Prise en charge par l'équipe du Programme d'enseignement basé sur le mieux-vivre avec une MPOC.			Délai d'accès par réseau local de service. Délai d'attente par réseau local de service.		
		Programme d'enseignement basé sur le mieux-vivre avec une MPOC et suivi MPOC.				Taux d'assiduité au programme.	
	Suivi et accompagnement (soutien à l'autogestion).	Orientation hospitalisation.					
		Suivi soins palliatifs SAD ou hôpital.			Accessibilité aux soins palliatifs (audit).		
	Suivi et accompagnement (posthospitalisation) et soins palliatifs et de fin de vie.						

PERTINENCE	EFFICACITÉ (résultats positifs)	EXPÉRIENCE USAGER (satisfaction et faits)	OBJECTIFS
Nombre de professionnels connaissant les critères.	Taux d'usagers qui ont été dépistés : 40-50 ans / 50-60 / 60-70 / 70 et +).		<ul style="list-style-type: none"> · Optimiser le processus de dépistage de la clientèle. · Favoriser l'accès à la spirométrie de dépistage pour la clientèle. · Éviter la détérioration par l'initiation d'un traitement pharmacologique et référence aux services appropriés selon les bonnes pratiques.
			<ul style="list-style-type: none"> · Acquérir les connaissances et les compétences requises pour initier et maintenir les changements comportementaux nécessaires à la gestion quotidienne de la MPOC. · Apprendre à gérer les symptômes respiratoires (autogestion des symptômes). · Maîtriser la technique d'utilisation des inhalateurs. · Comprendre et appliquer les recommandations et suivre le plan pharmacologique.
	Qualité de vie de l'usager (résultat positif).	Expérience usager : taux de corrélation positive.	
	Taux d'usagers suivis à la clinique qui se présentent à l'urgence priorités P4-P5. Taux d'anciens usagers (dossier inactif) qui se présentent à l'urgence priorités P4-P5.		<ul style="list-style-type: none"> · Adapter les interactions entre les professionnels et les médecins selon le niveau de complexité. · Optimiser au quotidien les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des usagers. · Atteindre et maintenir un niveau optimal d'autonomie. · Permettre l'accès à un professionnel lors d'épisodes d'exacerbation. · Soutenir la gestion du plan d'action pharmacologique. · Soutenir l'usager dans les sphères bio-psycho-sociale et spirituelle.
	Nombre de visites évitables à l'urgence et hospitalisations.		Améliorer la fluidité des soins et services.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 