

## Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures

### *A global approach to evaluation of health services utilization: concepts and measures*

Borgès Da Silva R<sup>1</sup>, Contandriopoulos AP<sup>2</sup>, Pineault R<sup>3</sup>, Tousignant P<sup>4</sup>

#### Résumé

Dans les nombreuses publications sur l'utilisation des services de santé, les mesures portent le plus souvent sur le volume de services. L'objectif de cet article est de présenter une approche globale d'évaluation de l'utilisation des services de santé de première ligne, et des mesures qui y sont associées à partir des banques de données.

En nous basant sur le cadre théorique de Starfield, nous proposons d'analyser l'utilisation des services à l'aide d'indicateurs qui ne sont pas directement liés au volume, mais qui indirectement en donnent une approximation, tout en documentant les aspects qualitatifs de l'utilisation. Ces indicateurs relèvent de l'accessibilité, la continuité, la globalité, et la productivité des soins. Après avoir défini chacun des concepts, nous en proposons leur opérationnalisation à partir des bases de données. Nous présentons ensuite l'intérêt de cette conceptualisation multidimensionnelle de l'utilisation des services à l'aide de l'analyse simultanée de ces indicateurs.

Les chercheurs et décideurs en santé publique et en planification de la santé trouveront avantage dans l'utilisation de cette approche multidimensionnelle novatrice. Elle offre une conceptualisation de l'utilisation des services de santé dynamique en s'appuyant sur des bases de données médico-administratives.

**Prat Organ Soins. 2011;42(1):11-18**

*Mots-clés* : Utilisation des services de santé ; continuité ; accessibilité ; globalité ; productivité.

#### Summary

Health services utilization has been the object of many books and articles in the literature. Measures associated with utilization are often a function of volume of services. The objective of this article is to present a comprehensive approach to the evaluation of health services utilization and of associated measures, using databases. Based on the theoretical framework of Starfield, we propose to analyze health services utilization with the help of indicators that are not directly linked to volume but that indirectly provide an estimate, while also documenting the qualitative aspects of utilization. The indicators mark out accessibility, continuity, comprehensiveness, and productivity of care. Once the concepts have been defined, we propose their operationalization using the databases. We then present the advantages of multidimensional conceptualization of health services utilization through a simultaneous analysis of these indicators. Researchers and decision-makers in public health and health planning have much to gain with this type of innovative multidimensional approach, which presents a dynamic conceptualization of health services utilization while using health administrative data.

**Prat Organ Soins. 2011;42(1):11-18**

*Keywords*: Health services utilization; continuity; accessibility; comprehensiveness; productivity.

<sup>1</sup> Stagiaire postdoctorale (Université McGill), équipe Santé des populations et services de santé, Direction de santé publique de l'agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, Montréal (Québec), et Department of clinical epidemiology and community studies, St Mary's Hospital, Montréal (Québec).

<sup>2</sup> Professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal. Chercheur, Institut de recherche de l'école de santé publique de l'Université de Montréal.

<sup>3</sup> Médecin-conseil, équipe Santé des populations et services de santé, Direction de santé publique de l'agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, Montréal (Québec). Professeur émérite, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

<sup>4</sup> Médecin-conseil, équipe Santé des populations et services de santé, Direction de santé publique de l'agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, Montréal (Québec). Professeur agrégé, Université McGill.

Adresse pour correspondance : Roxane Borgès Da Silva, équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS).

Direction de santé publique de l'agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 1301, Sherbrooke Est, Montréal, Qc, H2L 1M3 Canada.

E-mail : rborges@santerpub-mtl.qc.ca

## I – INTRODUCTION

L'utilisation des services de santé a fait l'objet de nombreux ouvrages et articles dans la littérature. Elle est définie par le résultat de l'interaction entre un professionnel de santé et un patient [1]. Elle correspond, en termes économiques, à la production des services de santé, et plus particulièrement par les médecins dans le cas qui nous intéresse [2]. Pour analyser l'utilisation des services de santé, il est coutume d'utiliser les banques de données médico-administratives. Les mesures traditionnellement associées à l'utilisation des services de santé relèvent souvent du résultat et donc du volume de services. Or l'utilisation est un processus qui comporte plusieurs dimensions [1, 3].

L'objectif de notre article est de présenter une approche globale, multidimensionnelle et dynamique d'évaluation de l'utilisation des services de santé ainsi que les mesures qui y sont associées, en utilisant des bases de données médico-administratives. L'utilisation des services est envisagée sous l'angle de la prestation des services des médecins.

Dans un premier temps, nous présentons les différentes approches utilisées pour évaluer l'utilisation des services de santé qui dépassent les indicateurs simples de volume. En nous appuyant sur le cadre théorique de Starfield, nous proposons un cadre multidimensionnel d'évaluation de l'utilisation des services de santé. Nous présentons des pistes d'opérationnalisation des indicateurs. Finalement, nous discutons l'intérêt d'une telle approche en l'illustrant par un exemple.

## II – APPROCHES D'INSTITUTIONS NATIONALES OU INTERNATIONALES

Au cours des dernières années, on note un intérêt de la part de plusieurs organismes internationaux à analyser l'utilisation des services de santé et le système de santé, à l'aide d'une conceptualisation multidimensionnelle qui va au-delà du simple résultat. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son rapport de 2008, caractérise les soins primaires selon plusieurs dimensions : « le centrage sur la personne, l'exhaustivité, l'intégration, la continuité des soins, avec un point d'entrée régulier dans le système de santé, afin qu'il devienne possible d'établir une relation de confiance durable entre les patients et leurs prestataires de soins » [4]. Ces composantes, qui caractérisent les soins primaires, leur confèrent un aspect multidimensionnel.

L'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) construit des indicateurs depuis plusieurs années et rédige des rapports portant sur la performance des systèmes de santé. Les pays sont classés à l'aide de la somme pondérée des scores obtenus pour chacun des indicateurs.

Le *Conference board of Canada* est un organisme conseil, subventionné par le gouvernement fédéral canadien. Il a également analysé la performance des systèmes de santé à l'aide de plusieurs indicateurs. Dans son dernier rapport sur la santé, il utilise des données de l'OCDE pour comparer la performance du système de santé de 17 pays industrialisés, à l'aide de 11 indicateurs relatifs à la santé.

Le *Commonwealth fund* propose également une comparaison de ses pays membres, basée sur des indicateurs portant sur la qualité de soins, l'accessibilité, l'efficacité, l'équité et les dépenses de santé [5, 6]. Le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé de 2009 propose aussi un cadre conceptuel des indicateurs de santé, composé de quatre dimensions [7]. Dans ce dernier, les indicateurs sont présentés les uns à la suite des autres, sans en proposer une vision globale ou multidimensionnelle.

Toutes ces organisations montrent une volonté d'utiliser plusieurs indicateurs pour analyser ou comparer les systèmes de santé et l'utilisation des services de santé. Ceci présente une ouverture aux analyses, se basant sur une conceptualisation multidimensionnelle. Cependant, même si ces études tiennent compte de nombreux indicateurs pour analyser les systèmes de santé, elles les utilisent en sommant tout simplement, pour chaque pays, les scores obtenus dans chacun des indicateurs. Cette agrégation des indicateurs réduit l'information disponible à un seul et unique score global. Ainsi, ces études classent les pays selon le score final, sans réellement tenir compte de l'interdépendance entre les indicateurs et des relations qui peuvent exister entre eux. Par ailleurs, en utilisant un score global pour analyser la performance des systèmes de santé et classer les pays, il n'est pas possible de savoir dans quels indicateurs les pays obtiennent les meilleurs et les moins bons scores. Dans la mesure où nous sommes d'accord avec le fait qu'un indicateur n'est pas substituable à un autre (exemple : continuité et accessibilité), il faut dépasser ces méthodes qui consistent à faire une somme pondérée des résultats des indicateurs. Il serait ainsi plus informatif de raisonner en termes de profils d'indicateurs et d'équilibre entre les indicateurs, qu'en termes d'agrégation d'indicateurs.

Au Québec, pour analyser la performance du système de santé, Sicotte *et al* ont proposé un cadre théorique qui s'appuie sur les travaux de Parsons [8]. Les auteurs ont réalisé un état des connaissances sur la performance et l'ont intégré dans un cadre théorique multidimensionnel. Ce cadre théorique se décompose en quatre dimensions : l'adaptation, l'atteinte des buts, la production et le maintien des valeurs et le climat organisationnel [9]. En 2009, le rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux du Québec, rédigé par le Commissaire à la santé et au bien-être, s'est inspiré du cadre théorique de Sicotte *et al*. Il utilise

les quatre dimensions pour apprécier la performance du système de santé : l'adaptation, la production, le développement et le maintien de la culture organisationnelle, et l'atteinte des buts. Pour chacune des dimensions, de nombreux indicateurs ont été développés. Les auteurs ont ensuite analysé de façon systématique et globale les indicateurs à l'intérieur de chaque dimension. Ils ont ainsi réalisé une évaluation des soins de première ligne, en s'appuyant sur une appréciation globale et intégrée de leur performance, en s'appuyant sur une vision configurationnelle [10].

Pour les institutions citées, on relève une volonté d'évaluation multidimensionnelle allant au-delà de l'approche uniquement en termes de résultats. Cependant, quel que soit le niveau d'analyse (macro ou micro), la plupart d'entre elles analysent l'utilisation des services ou le système de santé à l'aide d'indicateurs synthétiques ou agrégés. Seul le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, en s'appuyant sur l'approche configurationnelle, présente une évaluation multidimensionnelle et dynamique de l'analyse des services de santé.

### III – COMMENT APPRÉCIER L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE DE FAÇON MULTIDIMENSIONNELLE ?

L'utilisation des services peut être appréciée selon deux perspectives : celle du patient et celle du médecin. La première perspective, celle du patient, est quelque peu subjective puisqu'elle se base sur les services tels que rapportés par les patients. L'étude de Haggerty *et al* est un bon exemple d'analyse de l'utilisation des services de santé à partir de la perception des patients [11]. La deuxième perspective est plus objective puisqu'elle s'appuie sur des volumes de services médicaux offerts par les médecins aux patients et répertoriés dans des banques de données. C'est la perspective qui nous intéresse dans le contexte de cet article.

La mesure de l'utilisation des services, selon la perspective du médecin, est souvent basée sur des indicateurs économiques qui relèvent du volume, tels que le nombre d'hospitalisations par an, le nombre d'actes, le nombre de patients, le nombre de consultations [12, 13]. L'appréciation de l'utilisation des services passe tout d'abord par l'analyse du volume. Dans la littérature, de nombreuses études portent sur l'utilisation des services à l'aide d'analyses multivariées s'appuyant sur des indicateurs de volume, tels que les consultations médicales. Cependant, bon nombre de ces études obtiennent des résultats décevants, en raison du faible pourcentage de variance expliquée [14]. Selon Mechanic, les difficultés rencontrées par de telles études sont dues à la façon dont les problèmes sont conceptualisés, au type d'indicateurs utilisés, à la façon dont les données sont agrégées et aux

méthodes analytiques employées [15]. Nous proposons donc d'analyser l'utilisation des services, à l'aide d'indicateurs qui ne sont pas directement liés au volume, mais qui indirectement en donnent une approximation, tout en documentant les aspects qualitatifs de l'utilisation.

### IV – UNE APPROCHE EN QUATRE DIMENSIONS

Selon Starfield, quatre composantes sont essentielles pour disposer de services de première ligne de qualité : le premier contact, la longitudinalité, la globalité et la coordination, au sens de l'intégration [3]. Le premier contact fait référence à l'accessibilité. Il faut que chaque personne souhaitant avoir recours à des services de santé puisse y avoir accès. La longitudinalité fait référence à la continuité, au suivi des soins dans le temps. La globalité rappelle la notion d'étendue des services. Dans les paragraphes suivants, nous décrivons plus particulièrement trois des indicateurs de qualité de Starfield. Comme nous abordons l'utilisation, sous l'angle de la prestation des services par le médecin, nous ajoutons à ces trois indicateurs la productivité, pour son intérêt relativement au volume et à la qualité. La productivité donne une image non statique du volume puisqu'elle met en relation production et ressources. Après avoir proposé des définitions de ces quatre concepts, nous proposons des opérationnalisations possibles de chacun d'eux à partir d'une banque de données jumelée de la Régie d'assurance maladie du Québec et du Collège des médecins. Cette base de données jumelée comporte des informations sur les heures travaillées, les revenus, les actes, les patients, les consultations et le nombre de jours de travail facturés, pour tous les médecins omnipraticiens.

#### 1. Continuité

La continuité fait référence au degré avec lequel les services de santé prodigués s'effectuent sans interruption dans le temps, à l'intérieur d'un ou des épisodes de soins [3, 16, 17]. La continuité correspond donc à l'articulation temporelle des services de santé. Elle intègre ainsi une notion de longitudinalité. Il s'agit d'un concept dont la définition n'est pas établie de façon claire [18]. Cependant Haggerty, dans sa synthèse des connaissances, tente d'en définir les contours, en distinguant trois types de continuité : la continuité informationnelle, la continuité de coordination, la continuité relationnelle [19]. La continuité informationnelle fait référence à la disponibilité et l'utilisation d'informations sur les circonstances et les événements antérieurs (visites précédentes, résultats de laboratoire, consultations, références, etc.) pour donner des soins adéquats au patient au moment présent. La continuité relationnelle reconnaît l'importance de la connaissance du patient comme une

personne. Elle fait référence à une relation thérapeutique en cours, entre un patient et un ou plusieurs fournisseurs de soins. La continuité de coordination garantit que les soins reçus de différents professionnels est connectée de façon cohérente. La continuité de coordination est particulièrement importante dans le cas de maladies chroniques relevant d'un suivi.

## 2. Globalité

La globalité des soins est un concept qui comporte deux dimensions. La globalité fait référence à la personne toute entière et aux soins complets dont elle a besoin. Autrement dit, c'est le fait d'avoir une approche de l'individu sous un angle global, où ses besoins de santé sont évalués comme un tout. Les besoins de santé pouvant relever de plusieurs niveaux : biologique, psychologique ou social. La deuxième dimension de la globalité, celle qui nous intéresse, fait référence à l'étendue des services offerts par un médecin ou un service de santé. L'étendue des services part des services préventifs et va jusqu'au traitement et même aux soins palliatifs. La reconnaissance des besoins et l'offre d'une gamme de services pour répondre à ces besoins sont deux éléments clés de la globalité [3, 17]. La globalité peut donc à la fois être envisagée comme un attribut de l'utilisation, mais également comme un attribut de la prestation des services.

Dans une étude récente, Chan mesure le déclin de la globalité dans les services de première ligne, en regardant si les médecins exécutent un minimum seuil de services parmi les suivants : urgences, maisons de retraite, 50 visites par année dans les hôpitaux, 10 visites à domicile par an, deux accouchements par an [20]. Dans cette étude, Chan mesure donc la globalité par l'étendue des services offerts. Starfield va dans le même sens, puisqu'elle indique que la globalité des services de santé se mesure à l'aide de l'étendue des services [3]. La globalité des services de santé peut ainsi facilement être mesurée à partir de banques de données. Il s'agit de choisir un éventail de différents actes facturés par les médecins donnant une bonne représentation de la globalité des services offerts.

## 3. Accessibilité

La notion d'accessibilité représente l'attribut d'une institution ou d'un service pour lequel un accès est possible [1, 21]. Il réfère à la facilité ou à la difficulté d'entrer en contact avec les services [22]. Donabedian présente l'accessibilité comme un ensemble de facteurs

qui interviennent entre la capacité de produire des services et la production actuelle ou la consommation de services. L'accessibilité est une caractéristique des ressources elles-mêmes, qui font que les ressources sont plus ou moins facilement utilisables [1]. Selon Levesque *et al*, plusieurs dimensions de l'accessibilité peuvent être mesurées. L'accessibilité géographique (disponibilité géographique) est fonction de la distance physique et temporelle entre un lieu (habitation, travail ou autres) et les services. L'accessibilité organisationnelle<sup>1</sup> (disponibilité organisationnelle) est fonction des horaires, des procédures à suivre en relation avec les contraintes des personnes. L'accessibilité sociale est fonction de la compatibilité entre les services offerts et les caractéristiques sociales et culturelles des personnes. Finalement, l'accessibilité économique est reliée au coût des services en relation avec le niveau socio-économique des personnes [3, 17].

Il est difficile de mesurer le concept d'accessibilité dans son intégralité à partir des banques de données. Cependant, certaines dimensions de l'accessibilité peuvent être appréciées à l'aide des services médicaux facturés par les médecins. Prenons l'exemple de l'accessibilité organisationnelle. La littérature nous enseigne qu'il est possible d'utiliser des mesures, telles que les consultations sans rendez-vous et la disponibilité des soins en dehors des heures régulières [24], les visites à domicile [25].

## 4. Productivité

La productivité se définit comme le rapport de la production de biens ou de services à la quantité de facteurs de production. La notion de productivité fait référence à la capacité d'un système à générer un volume de services en fonction des ressources disponibles. Selon Donabedian, la productivité est le facteur intervenant entre les ressources et la production. C'est la conversion d'une quantité de ressources en un volume d'activités [1]. En bref, l'analyse de la productivité consiste à étudier la façon dont les ressources sont employées pour produire des services [26]. Ces définitions de la productivité se traduisent, en termes économiques, par une fonction de production qui lie les ressources aux services. La dérivée de cette fonction de production nous donne des indications sur la productivité marginale. En santé, le travail représente une grande part des facteurs de production. La productivité peut donc se mesurer par le rapport des *outputs* à l'*input* travail. Une augmentation de la productivité des travailleurs dans le système de santé permet d'augmenter le niveau d'*output* [2].

<sup>1</sup> Il est à noter que la dimension organisationnelle de l'accessibilité est également appelée permanence des soins. La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé, afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés, exprimés par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant [23].

## V – OPÉRATIONNALISATION DES DIMENSIONS

### 1. Continuité

Aucune mesure opérationnelle n'englobe le concept de continuité dans son ensemble [27]. La plupart des indicateurs de mesure de continuité, construits à partir de bases de données médico-administratives, utilisent la chronologie des soins au cours du temps, entre un patient et un professionnel de santé. On évalue ainsi la concentration dans le temps, des services offerts par un professionnel à un patient pour déterminer la continuité des soins. Pour cela, il est par exemple possible d'utiliser le nombre de visites par patient auprès d'un médecin dans un temps donné. Ainsi, plus le nombre de visites par patient est grand, plus le médecin offre de continuité des soins à ses patients. Ce type de mesure permet d'apprécier la continuité relationnelle, puisqu'elle mesure la force des relations interpersonnelles entre le patient et le médecin. En effet, on suppose qu'un contact prolongé ou répété avec le même intervenant entraîne une relation plus forte, une meilleure utilisation, un meilleur transfert de l'information et une gestion plus cohérente des soins [28, 29]. La concentration des consultations d'un patient auprès d'un médecin est ainsi un bon indicateur de l'affiliation du patient à un médecin et donc de la continuité relationnelle. L'étude, à paraître, de Burge et Haggerty, indique que, sous le concept de continuité relationnelle, on capture les dimensions de connaissance du patient par le médecin et de concentration des soins [30]. De même, les différentes formes de continuité, mesurées par Pineault dans son étude, sont corrélées [31]. Ainsi, des études récentes montrent qu'une relation existe entre les trois dimensions de la continuité. En mesurant une seule de ces dimensions, il est possible de tirer des enseignements sur la continuité dans son ensemble.

### 2. Globalité

Au Québec, les médecins généralistes peuvent, entre autres, facturer les trois actes suivants : les examens ordinaires, les examens complets et les examens complets majeurs. Un acte ordinaire comprend au moins l'un des services suivants : le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure, l'initiation d'un traitement, l'appréciation d'un traitement en cours, l'observation de l'évolution d'une maladie. Un acte complet comporte deux éléments : un questionnaire au patient et un examen clinique d'un ou des appareils liés à la raison médicale de la consultation. L'examen complet majeur comporte un questionnaire complet au patient, un examen clinique, des recommandations au patient et la consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes [32]. L'examen complet majeur ne peut être

facturé qu'une seule fois par an par patient. Nous avons analysé les distributions de ces trois types d'actes pour toute la population des médecins pour une année.

Les actes ordinaires ont été regroupés en trois modalités, comme suit :

- une pratique composée de moins de 35 % d'actes ordinaires ;
- une pratique composée de 35 à 45 % d'actes ordinaires ;
- une pratique composée de plus de 45 % d'actes ordinaires.

Les actes complets ont été regroupés en trois modalités, comme suit :

- une pratique composée de moins de 45 % d'actes complets ;
- une pratique composée de 45 à 60 % d'actes complets ;
- une pratique composée de plus de 60 % d'actes complets.

Les actes complets majeurs ont été regroupés en trois modalités, comme suit :

- une pratique composée de moins de 5 % d'actes complets majeurs ;
- une pratique composée de 5 à 15 % d'actes complets majeurs ;
- une pratique composée de plus de 15 % d'actes complets majeurs.

À partir de ces trois variables, nous avons construit un indicateur de globalité des soins. Les pratiques composées de plus de 15 % d'actes complets majeurs ont été qualifiées comme offrant une globalité forte. De même, les pratiques composées de la modalité moyenne dans les trois catégories d'actes ont été qualifiées de globalité forte. Les pratiques composées de moins de 5 % d'actes complets majeurs et d'au moins une modalité faible à un des deux autres actes ont été qualifiées comme offrant une globalité faible. Ces trois types d'actes donnent donc une idée de l'étendue des services offerts par les médecins généralistes. En les combinant, nous obtenons une estimation de la globalité des services offerts par les médecins [33].

### 3. Accessibilité

L'accessibilité est analysée dans sa dimension organisationnelle. La littérature nous enseigne qu'il est possible d'utiliser des mesures telles que la densité de consultations sans rendez-vous et la disponibilité des soins en dehors des heures régulières. Au Québec, les médecins peuvent facturer certains actes ou certains types de forfait pour les gardes et les services rendus hors heures de bureau. En les combinant, nous obtenons une estimation de l'accessibilité organisationnelle.



#### 4. Productivité

Pour mesurer la productivité de la prestation des services, on travaille avec le facteur de production qu'est le travail, et plus particulièrement le travail du médecin. L'*input* se mesure en terme de temps de travail, en général on parle d'heures travaillées.

La définition de l'*output* est plus compliquée. Tel que l'a fait remarquer Reinhardt, on peut utiliser le nombre de visites des patients, le nombre de consultations en cabinet privé, la facturation au patient [34]. On peut également utiliser des variables, telles que le nombre d'actes, le nombre de patients, le revenu [1].

La mesure de la productivité consiste donc à calculer un indicateur qui nous donne une information sur la relation entre le nombre d'heures travaillées des médecins, dans ce contexte, et un *output* choisi parmi ceux énoncés dans le paragraphe précédent. L'*output* que nous proposons d'utiliser est le revenu clinique total des médecins. L'*input* que nous proposons d'utiliser est le nombre d'heures par an consacrées aux activités cliniques. La productivité est donc mesurée à l'aide du revenu par heure.

#### VI – UNE CONCEPTUALISATION MULTIDIMENSIONNELLE NÉCESSAIRE

En nous appuyant sur le cadre théorique de Starfield, nous avons présenté des concepts associés à l'analyse de l'utilisation des services de santé et leur mesure, à partir des banques de données. Le fait d'utiliser des indicateurs qui vont au-delà du volume et qui permettent de qualifier l'utilisation des services, comme un processus de façon multidimensionnelle et dynamique, permet d'obtenir un portrait global de l'utilisation des services qui tient compte des composantes essentielles énoncées par Starfield [3]. Le fait d'ajouter la productivité qui est un indicateur de volume mettant en relation *input* et *output* de l'utilisation des services de santé permet d'enrichir l'évaluation de l'utilisation des services vue sous l'angle de la prestation des services, à l'aide de bases de données. Ceci permet de dépasser l'analyse statique de l'utilisation des services en termes de volume, et de tenir compte de ces aspects multidimensionnels inhérents à l'utilisation des services. En effet, les indicateurs sont en continues interactions et évoluent de façon simultanée, en s'influençant mutuellement. Ils sont donc interdépendants et dynamiques.

Dans la littérature, quelques rares articles traitent de la relation entre ces indicateurs deux par deux. Ces derniers sont souvent envisagés du côté de la perception des patients. Par exemple, Haggerty *et al* ont analysé, à l'aide d'enquêtes, les caractéristiques de la pratique des médecins associées à l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins rapportées par les patients [11]. Il en ressort que l'équilibre entre continuité et accessibilité

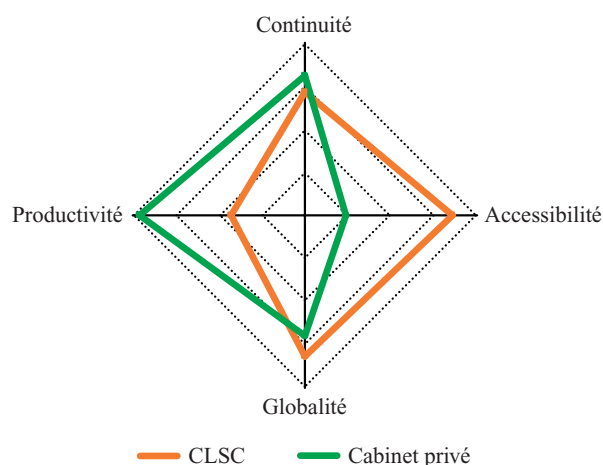


Figure 1. Configuration des indicateurs pour des médecins travaillant uniquement en cabinet privé et des médecins travaillant uniquement en Centre local de services communautaires (CLSC) (Québec, 2010).

est difficile à atteindre. Souvent, les médecins organisent leur pratique autour de la continuité, au dépend de l'accessibilité. Pourtant il faut un minimum d'accessibilité pour être en mesure d'offrir de la continuité.

Une étude récente, s'appuyant sur ce type d'approche multidimensionnelle et dynamique, présente des résultats sur l'utilisation des services vus sous l'angle de la prestation des médecins, au Québec. Il apparaît, entre autres, que les médecins en cabinet privé présentent des niveaux de continuité et productivité élevée au dépend de l'accessibilité. Les médecins travaillant en Centre local de services communautaires (CLSC) présentent, quant à eux, des niveaux de globalité et d'accessibilité plus élevés que la moyenne des médecins au Québec alors que productivité et continuité sont plus faibles [20] (voir figure 1). Cette approche multidimensionnelle de l'utilisation des services permet donc, par exemple, de mettre en évidence des différences dans la prestation des services des médecins, selon les lieux de pratique.

#### VII – CONCLUSION

Nous avons présenté une approche globale et dynamique de l'utilisation des services de santé, vue sous l'angle de la prestation des services de santé. Elle s'appuie sur des indicateurs de processus (accessibilité, continuité, globalité) et de résultats (productivité) qui évoluent de façon simultanée tout en s'influençant mutuellement. Nos indicateurs ont été construits à partir de bases de données médico-administratives. Cela augmente donc la possibilité de reproductibilité de notre étude. Cette approche pourrait être généralisée à un niveau plus méso et même plus macro pour obtenir une analyse multidimensionnelle dynamique du système de santé.

Les chercheurs et décideurs en santé publique et en planification de la santé tireront avantage de ce type d'approche multidimensionnelle novatrice. Elle offre une conceptualisation dynamique de l'utilisation des services de santé, tout en s'appuyant sur des bases de données médico-administratives.

## RÉFÉRENCES

1. Donabedian A. *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge (UK): Harvard University Press; 1973.
2. Folland S, Goodman AC, Stano M. *The economics of health and health care*. 5th ed. Upper Saddle River (USA): Prentice hall; 2006.
3. Starfield BH. *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. 2nd ed. New York: Oxford university press; 1998.
4. Van Lerberghe W, Evans T, Rasanathan K, Mechbal A. *The World health report 2008: Primary health care now more than ever*. Geneva: World health organization; 2008.
5. Davis K, Schoen C, Schoenbaum SC, Audet AM, Doty MM, Tenney K. *Mirror, mirror on the wall: Looking at the quality of American health care through the patient's lens*. New York: The Commonwealth fund; 2004.
6. Shea KK, Holmgren AL, Osborn R, Schoen C. *Health system performance in selected nations: A chartpack*. New York: The Commonwealth fund; 2007.
7. Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de santé 2009*. Ottawa; 2009.
8. Parsons T. *The social system*. New York: Free press; 1951.
9. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Barnsley J, Beland F, Leggat SG, et al. *A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance*. *Health Serv Manage Res*. 1998;11(1):24-41.
10. Levesque JF, Genereux M, Fortin MA, Shabah A, Cleret de Langavant G, Boily C, et al. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être ; 2009.
11. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. *Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care*. *Ann Fam Med*. 2008;6:116-23.
12. Andersen R, Newman JF. *Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States*. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51:95-124.
13. Beland F. *Utilization of health services as events: an exploratory study*. *Health Serv Res*. 1988;23:295-310.
14. Beland F. *The utilization of health services. Sequence of visits to general practitioners*. *Soc Sci Med*. 1982;16:2065-72.
15. Mechanic D. *Correlates of physician utilization: Why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects?* *J Health Soc Behav*. 1979;20:387-96.
16. Lamarche P, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Synthèse des politiques sur les services de première ligne*. Ottawa : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé ; 2003.
17. Levesque JF, Beaulieu G, Feldman D, Hamel M, Jalhay JM, Ouellet D, et al. *L'organisation des services de première ligne, l'accès aux services, les attributs de l'expérience de soins et la santé : concepts, mesure et effets*. Montréal (Qc) : Direction de santé publique de Montréal ; 2003.
18. Saultz JW. *Defining and measuring interpersonal continuity of care*. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134-43.
19. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. *Continuity of care: A multidisciplinary review*. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-21.
20. Chan BT. *The declining comprehensiveness of primary care*. *CMAJ*. 2002;166:429-34.
21. Frenk J. *The concept and measurement of accessibility*. In: White KL, Frenk J, Ordóñez C, Paganini JM, Starfield, B, eds. *Health services research: An Anthology*. Washington: Pan American Health Organization; 1992. p. 842-55.
22. Pineault R, Daveluy C. *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal (Qc) : Éditions Nouvelles ; 1995.
23. Descours C. *Rapport relatif à la permanence des soins*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003.
24. Forrest CB, Starfield BH. *Entry into primary care and continuity: The effects of access*. *Am J Public Health*. 1998;88:1330-6.
25. Safran DG, Rogers WH, Tarlov AR, Inui TS, Taira DA, Montgomery JE, et al. *Organizational and financial characteristics of health plans: Are they related to primary care performance?* *Arch Intern Med*. 2000;160:69-76.
26. Contandriopoulos AP, Champagne F, Baris E. *La rémunération des professionnels de santé*. *J Econ Med*. 1993;10(7/8):405-21.
27. Reid RJ, Haggerty JL, McKendry R. *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. 1-18 et annexes*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé ; Comité consultatif des services de santé de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la santé ; 2002.

28. Breslau N, Reeb KG. *Continuity of care in a university-based practice. J Med Educ.* 1975;50:965-9.
29. Provost S, Leroux C. *Validation d'un indice de continuité : comparaison de mesures issues de bases de données différentes. Montréal (Qc) : Direction de santé publique de Montréal ; 2008.*
30. Burge F, Haggerty J, Pineault R, Beaulieu M-D, Levesque J-F, Beaulieu C, et al. *Measuring relational continuity from the consumer perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. Healthc Pol.* (à paraître en 2011).
31. Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J. *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche. Montréal (Qc) : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne ; 2008.*
32. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel de facturation des médecins omnipraticiens du Québec. Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec ; 2010.*
33. Borgès Da Silva R. *La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique (thèse de doctorat). Montréal (Qc) : Université de Montréal ; 2010.*
34. Reinhardt U. *A production function for physician services. Rev Econ Stat.* 1972;54(1):55-66.