Cadres de mesure de la performance du système de santé : harmonisation des cadres relatifs aux secteurs et aux organismes à celui du système de santé

Performance du système de santé

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Remerciements 4
Introduction 5
À propos du présent rapport 6
Un nouveau cadre de mesure de la PSS pour le Canada 7
Adaptation en cascade du cadre du système aux secteurs et aux services 8
1. Base commune : principaux points à considérer pour l'élaboration d'un cadre en cascade 10
Fixer les limites 10
Intrants, extrants et résultats 17
Conclusions 20
2. Un cadre de mesure de la performance pour les hôpitaux 22
Introduction 22
Prise en compte des limites liées à la performance des hôpitaux 22
Adaptation en cascade du cadre du système de santé aux hôpitaux 25
Déterminants sociaux de la santé 26
Caractéristiques et intrants 27
Extrants 28
Résultats 30
Un cadre de performance en cascade des hôpitaux 31
Harmonisation avec les cadres de performance des hôpitaux existants 40
Conclusions 45
3. Un cadre de mesure de la performance pour les soins de longue durée 47
Introduction 47
Les soins de longue durée au Canada 47
Cadres de performance existants pour les soins de longue durée 50
Systèmes en cascade et cadre des soins de longue durée au Canada 52
Cadre de performance des soins de longue durée 61
Conclusions 69
Prochaines étapes 70
Annexe A : Exigences en matière d'information à l'intention des intervenants des systèmes de santé 71
Annexe B : Concepts et définitions clés du cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS 73
Annexe C : Concepts et définitions clés du cadre PATH 76
Annexe D : Carte de pointage équilibrée pour les hôpitaux 77
Références 78

Remerciements

Le présent rapport s'appuie sur trois documents préparés par Irene Papanicolas, professeure adjointe à la London School of Economics, pour l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) :

- *A Generic Performance Measurement Framework Aligned With the CIHI Health System Performance Measurement Framework*
- *A Performance Measurement Framework for Canadian Hospitals*
- *A Canadian Long-Term Care Performance Measurement Framework Aligned With the CIHI Health System Performance Measurement Framework*

Nous tenons à souligner le rôle capital de Mme Papanicolas dans l'élaboration du présent rapport. Nous la remercions pour sa participation et ses échanges avec le personnel de l'ICIS qui ont permis de jeter les bases théoriques des relations entre le système de santé et les cadres visant les organismes et les secteurs. Il convient de noter que le contenu du rapport final ne reflète pas nécessairement les avis exprimés par Mme Papanicolas.

Nous tenons également à remercier Amy Zierler pour son travail de synthèse des trois documents en un seul rapport.

L'équipe de direction de l'ICIS qui a donné des conseils et apporté son soutien tout au long de l'élaboration du rapport est formée de

- Jeremy Veillard, vice-président, Recherche et Analyse
- Kira Leeb, directrice, Performance du système de santé
- Brenda Tipper, conseillère principale, Performance du système de santé

Plusieurs collaborateurs de l'ICIS ont contribué à la réalisation du présent rapport, notamment

- Britta Nielsen, conseillère principale
- Norma Jutan, méthodologiste
- Connie Paris, gestionnaire
- Claude Lemay, gestionnaire
- Mary Byrnes, gestionnaire
- Yana Gurevich, gestionnaire
- Jeanie Lacroix, gestionnaire
- Jacqueline Kurji, coordonnatrice principale
- Serina Ngheim, coordonnatrice principale

Enfin, nous tenons à remercier les nombreux intervenants qui nous ont livré leurs impressions sur les premières versions des trois documents précédemment cités et qui nous ont aidés à créer un produit final utile pour comprendre la performance du système de santé au Canada.

Introduction

La performance d'un système de santé peut être évaluée en fonction de l'atteinte ou non d'une série d'objectifs déterminés, par exemple l'amélioration de la santé de la population ou la prestation de services plus efficients et répondant davantage aux besoins. Les activités de mesure de la performance — collecte, analyse et diffusion de l'information sur les objectifs fixés et les facteurs qui influent sur le système — facilitent cette évaluation.

Cette information influe de façon importante sur la capacité du système à atteindre ses objectifs. L'information sur la performance peut servir à cerner d'éventuels points à améliorer, à favoriser la transparence et la responsabilisation, et à améliorer la prise de décisions à divers échelons. Les patients peuvent y recourir pour choisir parmi plusieurs dispensateurs; les médecins en ont besoin pour décider des traitements cliniques à privilégier; les citoyens l'exigent pour mieux demander des comptes à leurs dirigeants politiques; et les gouvernements l'utilisent pour optimiser l'affectation des ressources.

Les divers intervenants ont en commun le besoin d'en savoir davantage sur la performance du système de santé. Toutefois, la nature de l'information dont ils ont besoin est différente, que ce soit sur le plan de son actualité, de son niveau de détail ou des services de santé particuliers auxquels elle renvoie. Ces différences soulèvent une difficulté de taille : il faut structurer les besoins complexes d'information en fonction d'un ensemble commun de concepts. Cette structure doit permettre aux utilisateurs et aux responsables de la mesure de la performance d'établir des liens entre les données qui sont recueillies (ou qui devraient l'être) et les principaux processus et objectifs du système de santé dans son ensemble.

Afin de favoriser la compréhension des diverses initiatives d'évaluation de la performance entreprises au Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a récemment proposé un nouvel outil : le cadre de mesure de la performance du système de santé (PSS). Ce cadre facilite la coordination et l'harmonisation de la diffusion d'information sur la performance au Canada. Il vise à aider les provinces, territoires et régies régionales de la santé à atteindre leurs objectifs prioritaires en matière d'amélioration de la qualité et à répondre aux besoins de multiples groupes.

La structure des systèmes de santé est complexe. En effet, bien que la *Loi canadienne sur la santé* énonce certains des principes généraux d'un système de santé canadien, le « système de santé du Canada » réunit en fait plusieurs systèmes de santé provinciaux et territoriaux chargés de structurer et d'organiser la prestation des soins de santé dans leur province ou territoire respectif. Dans bon nombre de provinces et de territoires, ces systèmes sont ensuite subdivisés en systèmes de santé régionaux qui exercent des degrés de contrôle définis sur les services. De plus, les provinces et les territoires veillent à la prestation de nombreux services (comme l'éducation et les services sociaux) qui influent considérablement sur la santé de leurs populations. L'établissement des limites du système de santé évalué — par exemple celles liées à la géographie, aux services ou aux populations — est donc l'une des principales difficultés lors de l'élaboration d'un cadre de mesure de la performance.

Le nouveau cadre donne une vue d'ensemble du système de santé qui permet aux intervenants d'évaluer l'apport collectif de ses différentes composantes. Il est cependant tout aussi important de connaître la relation entre chaque composante du système (p. ex. les hôpitaux ou les établissements de soins de longue durée) et la performance du système dans son ensemble. Cette analyse approfondie et ciblée peut s'appuyer sur le cadre de mesure de la PSS et sur la mise au point de cadres complémentaires visant à illustrer l'incidence des intrants, des processus et des résultats d'un service de santé donné sur l'ensemble des composantes du système de santé. Ces cadres complémentaires — ou en cascade — contribuent à l'utilisation du même langage dans tous les secteurs ou au sein d'un même secteur pour démontrer comment chaque secteur influe sur la performance de l'ensemble du système de santé et comment cette performance globale influe sur chacun des secteurs.

À propos du présent rapport

Le présent rapport vise à stimuler et à simplifier la création de cadres de mesure de la performance en cascade. Pour ce faire, il aborde le sujet selon trois points de vue. La première section porte sur les principaux enjeux ou principes qui doivent être pris en compte lors de l'élaboration d'un cadre de mesure de la performance pour un secteur ou un organisme particulier. Essentiellement, il faut établir les limites du secteur visé afin de le situer clairement dans l'ensemble du système. Il convient aussi d'étudier la nature des services offerts par ce secteur, sa performance et la façon dont ces services contribuent à la réalisation des objectifs du système. La deuxième section présente ces différentes étapes et montre comment le cadre global s'applique au secteur hospitalier ou à des hôpitaux donnés. Enfin, la troisième section porte sur la mise en application du cadre au secteur des soins de longue durée.

Le secteur hospitalier et le secteur des soins de longue durée nous ont servi d'exemples pour illustrer comment le cadre de mesure de la PSS peut servir à divers échelons du système. Ces secteurs répondent à des besoins très différents découlant de valeurs et d'objectifs sociaux distincts. Les hôpitaux adoptent généralement une approche visant « à soigner et à remettre sur pied » pour le traitement de problèmes de santé aigus, tandis que les soins de longue durée visent à maximiser la qualité de vie de gens dont l'état de santé est peu susceptible de s'améliorer. Les difficultés liées à la définition des limites diffèrent considérablement entre les soins hospitaliers et les soins de longue durée, car ces derniers englobent un plus large éventail de services, de dispensateurs et de milieux de soins. Le rapport présente aussi différentes méthodes de création de cadres en cascade pour ces deux secteurs. Dans l'analyse relative aux hôpitaux, le cadre de mesure de la PSS est appliqué au secteur hospitalier. On valide ensuite les résultats de cette démarche en démontrant comment le cadre en cascade peut être harmonisé à d'autres systèmes d'évaluation de la performance couramment utilisés. Par opposition, la troisième section présente d'abord les cadres de performance utilisés dans le secteur des soins de longue durée, puis montre comment ils peuvent être mis en correspondance avec le cadre de mesure de la PSS de l'ICIS. Ces deux méthodes sont valides; le choix de la méthode à utiliser dépendra du contexte et du secteur examiné.

Un nouveau cadre de mesure de la PSS pour le Canada

Compte tenu de la structure complexe des systèmes de santé et de tous les facteurs qui influent sur les intrants et les extrants, il existe différentes façons de définir les objectifs et les limites d'un système de santé. Pour que les évaluations de la performance soient efficaces, les intervenants du système doivent avoir un point de départ commun — une structure de base qui permet de recueillir l'information sur la performance et de lier cette information à la PSS.

En 1999, l'ICIS et Statistique Canada ont lancé le cadre de l'initiative du Carnet de route de l'information sur la santé afin d'établir ce point de départ commun[1, 2]. Ce cadre visait à répondre à deux questions : comment se portent les Canadiens? et quelle est la performance des systèmes de santé du Canada? Bien que le cadre ait été bien accepté au pays et reconnu à l'échelle internationale, l'ICIS a jugé nécessaire de l'actualiser en 2012 afin

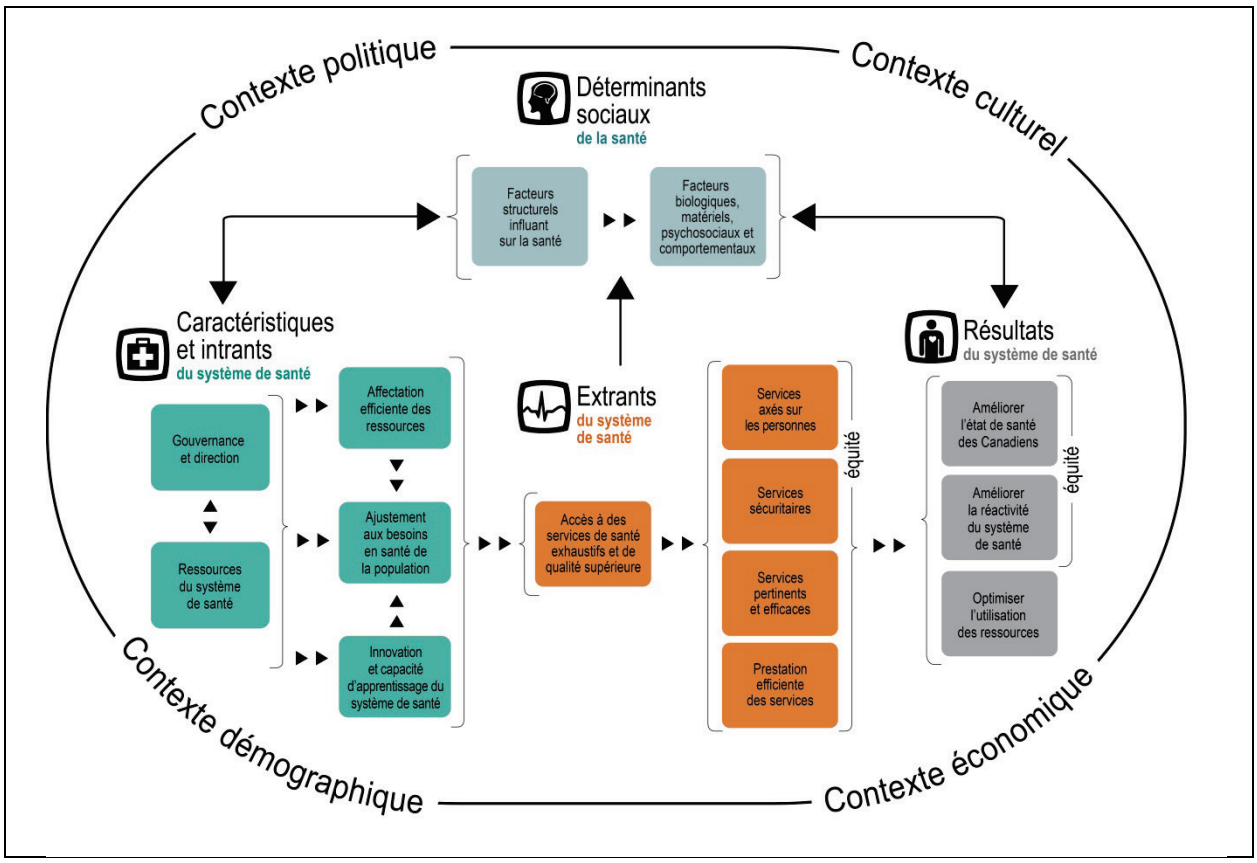
- d'illustrer comment les liens entre les diverses dimensions de la performance appuient l'atteinte des objectifs ultimes du système;
- de tenir compte des avancées récentes en matière de politiques de santé et de mesure de la performance, comme la priorité accordée à l'utilisation optimale des ressources financières, à la sécurité des patients et aux soins centrés sur le patient.

Le cadre de mesure de la PSS de l'ICIS (figure 1), publié en 2013, se compose de quatre quadrants :

- les déterminants sociaux de la santé;
- les caractéristiques et intrants du système de santé (p. ex. les ressources utilisées et l'organisation des services);
- les extrants du système de santé (la qualité des services);
- les objectifs ou les résultats attendus du système de santé.

Ensemble, ces quadrants illustrent les principales dimensions de la performance dont il faut tenir compte pour évaluer l'atteinte des objectifs du système de santé, tant sur le plan des particuliers que sur le plan de la population générale. Le cadre rend compte, aussi, des rapports dynamiques entre les quatre dimensions ou quadrants (flèches indiquées dans la figure) et d'un éventail de contextes clés ou de forces externes qui façonnent le système (également sous forme d'interactions dynamiques). Pour de plus amples renseignements sur l'élaboration du cadre, consultez le rapport *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien* publié par l'ICIS en 2013[3].

Figure 1 : Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS

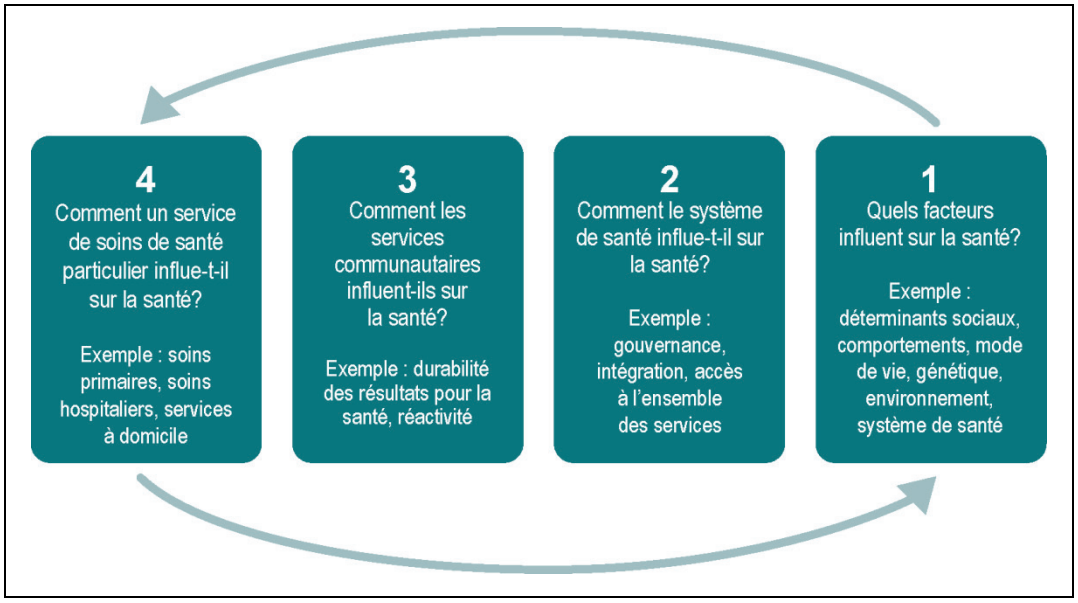


Source
Institut canadien d'information sur la santé. *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.

Adaptation en cascade du cadre du système aux secteurs et aux services

Les cadres en cascade dressent un portrait plus détaillé de certaines composantes du système de santé et les relient au cadre global. La figure 2 illustre le principe des cadres complémentaires. Elle démontre comment l'un des principaux objectifs des systèmes de santé — l'amélioration de l'état de santé de la population — peut être représenté selon différents niveaux d'analyse.

Figure 2 : Cadres en cascade selon différents niveaux d'analyse



Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Dans la figure 2, chaque trapèze représente un cadre de mesure basé sur un aspect distinct. Chaque cadre illustre l'influence de facteurs précis sur la santé. À mesure que l'on progresse du trapèze 1 au trapèze 4, les cadres deviennent de plus en plus ciblés. Le trapèze 1, dont la portée est la plus vaste, tient compte des déterminants généraux de la santé. Le système de santé n'est que l'un de ces déterminants. Ce cadre permet aux utilisateurs de replacer le système de santé dans son contexte et de prendre en considération les nombreux autres déterminants de la santé.

Le trapèze 2 souligne la façon dont les activités entreprises dans le système de santé (p. ex. celles qui ont une incidence sur l'accessibilité et l'intégration des services) influent sur la capacité du système à améliorer la santé de la population. Les autres trapèzes traitent des services offerts susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé : le trapèze 3 examine globalement les services communautaires, tandis que le trapèze 4 examine des services de santé en particulier. De plus, les flèches qui relient les trapèzes indiquent que toute activité réalisée dans un cadre donné agira nécessairement sur les autres cadres.

Comme il sera expliqué plus loin, il est possible de créer des cadres en cascade pour des secteurs et des services précis en appliquant un ensemble similaire de questions à chacun des autres quadrants (caractéristiques et intrants, extrants, et déterminants sociaux de la santé) du cadre global de mesure de la PSS. Le cadre global a été conçu à cette fin. Il offre une base commune permettant de comprendre et de mesurer la PSS dans l'ensemble du Canada. Les utilisateurs peuvent ainsi tenir compte des rapports dynamiques entre les activités, les politiques et les contextes externes qui influent sur la capacité des systèmes de santé (et de leurs composantes) à atteindre leurs objectifs.

1. Base commune : principaux points à considérer pour l'élaboration d'un cadre en cascade

La présente section examine une partie des étapes clés et des éléments à prendre en considération pour l'élaboration d'un cadre en cascade reliant un secteur de la santé ou un service donné au cadre de mesure de la PSS de l'ICIS.

En résumé, l'élaboration d'un cadre en cascade comprend les étapes suivantes :

- fixer les limites du service de santé par rapport aux limites du système de santé;
- déterminer les caractéristiques et les intrants du service de santé, et leur relation avec les intrants et les influences externes du système de santé;
- déterminer les extrants du service de santé et leur relation avec les processus du service de santé et les extrants du système de santé;
- définir les résultats du service de santé et tenir compte de leur incidence sur les résultats du système de santé.

Fixer les limites

Il est essentiel d'établir des limites pour élaborer un cadre conceptuel de mesure de la performance. Ces limites permettent de définir les responsabilités de la province ou du territoire dans lequel se trouve le système de santé, le secteur ou le service évalué. Pour obtenir une mesure précise de la performance, il faut évaluer les résultats de performance qui représentent la contribution réelle du système, secteur ou service, compte tenu des limites fixées.

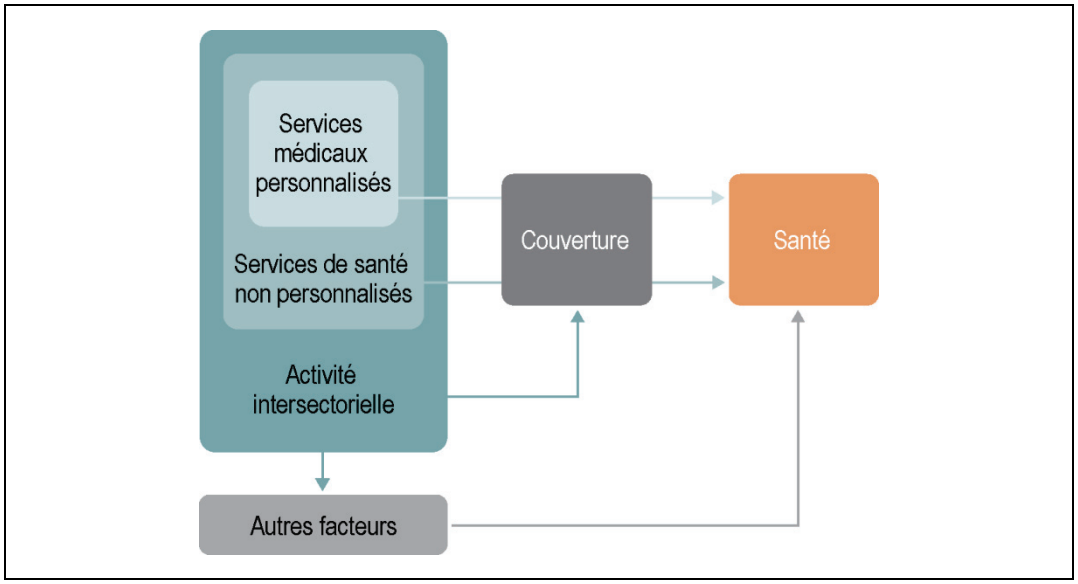
Au moment de la création de cadres en cascade pour les services de santé, il faut s'assurer que les limites du service ou du secteur tiennent compte des limites du système de santé. Il est tout aussi important de considérer les limites qui séparent, par exemple, le secteur hospitalier d'autres services tels que les soins primaires, les services à domicile et les soins de longue durée. Or cette limite est particulièrement difficile à tracer, car elle est floue, tout comme celle qui départage les mandats des organismes au sein d'un secteur. Par exemple, pour évaluer la performance d'un hôpital, il faut se concentrer sur la façon dont les soins médicaux contribuent à l'amélioration de la santé, tout en tenant compte de l'apport d'autres éléments, comme les activités de santé publique et de promotion de la santé et les facteurs contextuels tels que la conjoncture économique, les politiques et les caractéristiques démographiques.

Les limites doivent également être établies en fonction des divers services qui s'inscrivent dans le « processus de production » de l'hôpital, l'incidence de ces services sur les résultats et la façon dont cette incidence est évaluée compte tenu des autres facteurs. Il peut s'avérer difficile de définir clairement les limites d'un secteur en raison de la répartition différente des responsabilités au sein d'un même système ou organisme, ou entre plusieurs systèmes et organismes.

Dans le même ordre d'idées, la clarification des concepts liés aux limites et aux objectifs de performance vise à déterminer les facteurs externes qui peuvent influer sur l'atteinte de ces objectifs. Par exemple, le cadre de mesure de la PSS tient compte du fait que les déterminants sociaux de la santé — en particulier l'état de santé — ont une grande influence sur les résultats. Il met donc en évidence la nécessité de relever ces facteurs et, si possible, de les examiner. Il importe que le cadre en cascade repose sur ce principe. Si l'on revient à l'exemple de l'hôpital, l'établissement ne doit pas simplement admettre que les déterminants sociaux influent sur sa performance. Il doit aussi déterminer les répercussions de la performance d'autres services de santé — par exemple les soins primaires ou les services communautaires — sur ses objectifs de performance.

La difficulté à définir les limites des systèmes de santé et de leurs composantes a fait l'objet d'un grand débat. Dans la pratique, si les limites diffèrent, c'est que la compréhension des responsabilités liées à des services donnés (et donc à des intervenants donnés) diffère. C'est sans doute à l'échelle du système de santé que ce débat est le mieux documenté. De nombreux cadres nationaux et internationaux présentent en effet une conceptualisation variable des activités du système de santé[4]. Comme le soulignent Murray et Evans, un système de santé peut être défini de différentes façons ou conçu de manière à présenter différentes limites (comme l'illustre la figure 3)[5, 6]. La définition la plus étroite ne tient compte que des activités de santé qui relèvent directement d'une régie régionale de la santé ou de dispensateurs de soins de santé. Elle inclut souvent les soins curatifs et peut exclure certaines activités, comme celles de santé publique et de promotion de la santé. Pour sa part, la définition la plus large englobe tous les facteurs qui influent sur la santé, notamment l'éducation et le logement.

Figure 3 : Conceptualisation des limites du système de santé

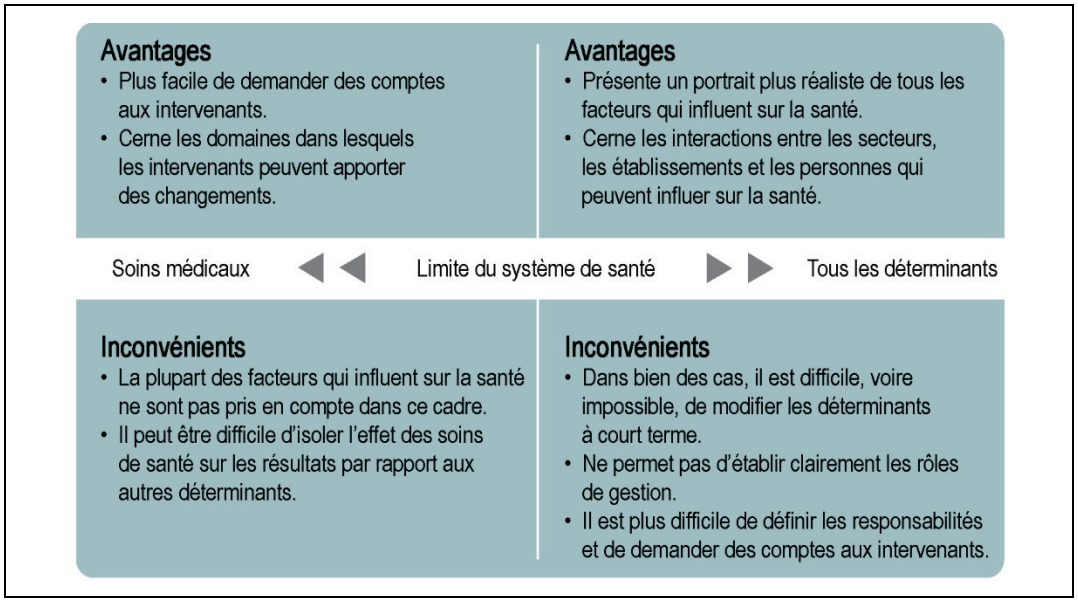


Source
Reproduit avec la permission de Murray C, Evans B. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2003.

Le fait que les résultats pour la santé sont le fruit de nombreux déterminants et que bon nombre de ces déterminants dépassent le domaine de compétence des responsables de l'élaboration des politiques à l'échelle provinciale ou territoriale est au cœur des débats. Les cadres peuvent invoquer un ensemble large ou restreint de déterminants. Les auteurs sont généralement d'avis qu'il existe une distinction marquée entre le « système de santé » et le « système de soins de santé ». On considère souvent que le *système de santé* englobe des déterminants de la santé larges, tandis que le *système de soins de santé* se limite aux services de soins de santé personnels. La plupart des cadres sont axés sur le système de soins de santé, mais ils mentionnent souvent (voire intègrent) des éléments tirés de l'ensemble plus large de déterminants et de processus. De plus, une certaine incertitude plane quant à la façon de situer les activités de santé publique et de promotion de la santé.

Les facteurs responsables de l'amélioration de la PSS peuvent différer selon la portée des limites établies. L'établissement de la portée de ces limites a donc une incidence sur la façon dont le cadre peut être utilisé en tant qu'outil d'évaluation[5]. Si la limite est large, elle ne soulignera pas la façon dont les principaux éléments du système de santé influent sur la performance. Il se pourrait qu'elle restreigne ainsi la capacité du cadre à rendre compte des responsabilités. Il est généralement admis que la santé relève de multiples déterminants. Certains peuvent être influencés à court terme (p. ex. la sécurité des services de santé), certains peuvent être directement influencés par des intervenants du système de soins de santé (p. ex. l'amélioration des soins médicaux) et d'autres enfin, nécessitent la prise de mesures à long terme (p. ex. les politiques en matière d'environnement) par des acteurs qui ne sont pas directement liés à la santé. En restreignant le système de santé aux soins de santé, on exclut des activités qui ont un effet décisif sur la santé (comme l'éducation ou l'emploi). Toutefois, l'intégration de toutes les activités possibles soulève aussi des problèmes, car il devient difficile de déterminer de qui relèvent les mesures susceptibles d'entraîner des changements (figure 4).

Figure 4 : Incidence de l'établissement des limites du système de santé sur la mesure de la performance



Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Le cadre de mesure de la PSS de l'ICIS énonce clairement les limites prises en compte. Il emploie la définition du système de santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), selon laquelle un système de santé est formé de l'ensemble des organismes, personnes et activités ayant pour but principal de promouvoir, restaurer ou préserver la santé[3, 7 (p. 3)]. Cela comprend les efforts déployés pour influer sur les déterminants de la santé et les activités plus directes d'amélioration de la santé[8]. Cette définition illustre l'approche inclusive du système de santé qui englobe des activités en santé publique, la promotion de la santé et des activités intersectorielles. De plus, le rapport indique que les services de soins de santé incluent les soins préventifs, diagnostiques, thérapeutiques, palliatifs et de réadaptation destinés aux personnes ou à des groupes particuliers, tandis que les services de santé publique consistent en des activités de surveillance et de protection de la santé, de promotion de la santé et de prévention des maladies qui mettent l'accent sur les déterminants de la santé s'appliquant à l'ensemble de la population[3]. Il présente par ailleurs les déterminants sociaux de la santé comme des facteurs ayant une grande influence sur la santé de la population et les inégalités en matière de santé, et devant faire l'objet d'un examen. Pour cette raison, le cadre intègre les déterminants sociaux de la santé comme un autre quadrant qui influe sur le système de santé et sur lequel le système de santé influe à son tour (figure 1).

Dans la majeure partie de la littérature, la définition des limites des cadres de performance est axée sur le système de santé. Toutefois, cette question est tout aussi importante pour les cadres relatifs aux établissements et aux services de santé. Les difficultés conceptuelles et les points à prendre en considération lors de l'établissement des limites à l'échelle du système de santé — notamment leur portée et la façon de représenter les déterminants sociaux de la santé — s'appliquent tout autant à la définition des limites à l'échelle des services de santé. Par ailleurs, les difficultés suivantes peuvent s'ajouter :

- tenir compte des différences dans les définitions courantes de services de santé particuliers (p. ex. variations dans la compréhension de ce qui constitue des soins primaires);
- représenter les différences relatives à l'organisation, à la structure et à la conception des services de santé dans l'ensemble des régions géographiques ou des provinces (p. ex. la façon dont la prestation des soins primaires est organisée dans les provinces du Canada);
- admettre qu'une limite ne s'applique pas nécessairement de la même façon à tous les organismes évalués sous un même cadre (p. ex. les centres de santé communautaire et les équipes de santé familiale n'offrent pas les mêmes types de services);
- inclure ou exclure des activités communes à différents services de santé.

Le premier point renvoie à la difficulté de définir un service de santé donné. Cette difficulté, qui peut être plus ou moins marquée selon le service, survient quand il existe plusieurs définitions d'un même service de santé. La compréhension conceptuelle du service de santé varie en raison, notamment, des structures organisationnelles qui diffèrent d'un système de santé à l'autre (puisque les intervenants n'affectent pas les mêmes activités aux mêmes secteurs) et des interrelations entre les soins. Le cheminement du patient dans le système de santé est caractérisé par des interactions avec de nombreux dispensateurs de soins et de nombreuses activités thérapeutiques qui relèvent souvent de services de santé différents. Ces liens brouillent les limites qui départagent un ensemble donné d'activités.

Le rapport *Primary Care: America's Health in a New Era* de l'Institute of Medicine explique bien la diversité des définitions d'un service de santé donné : « Demandez une définition des soins primaires, vous obtiendrez autant de réponses que le nombre de professionnels de la santé auxquels vous aurez posé la question. »[9] [Traduction] Le tableau 1 illustre bien ce concept. Il présente un éventail de définitions des soins primaires et fait aussi une distinction entre les termes **soins primaires** et **soins de santé primaires**. Ces termes renvoient à un ensemble de services semblables, mais sont assujettis à des limites différentes.

Tableau 1 : Définitions des soins (de santé) primaires

Source	Définition
Ministère de la Santé de la Saskatchewan, *Patient Centred. Community Designed. Team Delivered. Highlights from Saskatchewan's New Framework for Primary Health Care, 2012*	Les **soins de santé primaires** sont les soins quotidiens nécessaires à la protection, au maintien et à la restauration de la santé. Pour la plupart des gens, ils représentent le premier point de contact avec le système de santé, et le type de soins les plus fréquemment utilisés. Les résidents de la Saskatchewan accèdent à des soins de santé primaires de différentes façons, qu'il s'agisse de consulter un médecin, de discuter d'une ordonnance avec un pharmacien ou de parler à une infirmière autorisée par l'entremise d'une ligne d'information téléphonique sur la santé. Ces types d'échanges représentent 80 % de toutes les interactions dans le système de santé de la Saskatchewan. La prestation de soins de santé primaires efficaces est donc essentielle au bon fonctionnement de l'ensemble de son système de santé[10].
Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, *Stratégie pour la réforme des soins primaires*, 1999	Les **soins de santé primaires** représentent le premier niveau de soins et sont habituellement le premier point de contact des gens avec le système de soins de santé. Ils aident les personnes et les familles à prendre les meilleures décisions pour leur santé. Ils englobent les conseils relatifs à la promotion de la santé et la prévention des maladies, les évaluations de la santé, le diagnostic et le traitement d'affections épisodiques et chroniques, et les soins de soutien et de réadaptation. Les services sont coordonnés, accessibles à tous et sont fournis par des professionnels de la santé qui possèdent les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des personnes et des collectivités visées par les services. Ces professionnels travaillent en partenariat avec les personnes et facilitent l'utilisation d'autres services de santé, au besoin[11].
Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, *Modèle de prestation de services intégrés pour le système de services de santé et de services sociaux des T.N.-O.*, 2003	Le terme « **soins de santé primaires** » est utilisé de façon interchangeable avec le terme « soins communautaires primaires » pour désigner le milieu des services de santé et sociaux. Les soins de santé primaires représentent le premier point d'entrée des gens dans le système de santé. On mobilise et coordonne les services de santé (y compris les services de santé mentale) de façon à promouvoir le mieux-être, à prévenir les traumatismes et les maladies, à renforcer les capacités, à offrir du soutien et des soins pour les problèmes de santé courants et à prendre en charge les problèmes chroniques en vue du maintien d'une autonomie fonctionnelle optimale[12].
Site Web de Santé Canada, À propos des soins de santé primaires, 2004	« Les **soins de santé primaires** se distinguent par une approche de la santé et une gamme de services qui vont au-delà du système de soins de santé traditionnel, ce qui comprend tous les services qui touchent à la santé, comme le revenu, l'hébergement, l'éducation et l'environnement. Les soins primaires constituent un élément au sein des soins de santé primaires. Ils se concentrent sur les services de soins de santé, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies[13]. »

(suite à la page suivante)

Tableau 1 : Définitions des soins (de santé) primaires (suite)

Source	Définition
Aggarwal M, Hutchison B. *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada.* Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012	« Au Canada et à l'étranger, les nouveaux modèles de **soins primaires** ont de plus en plus tendance à combiner une orientation vers la population avec des soins centrés sur la personne et à s'associer à d'autres modèles pour promouvoir et préserver la santé, pour renforcer la littératie en santé et pour aborder les déterminants sociaux de la santé — les soins primaires reposent sur les principes des services de santé de première ligne. Pour reconnaître et appuyer cette tendance, et compte tenu de l'esprit des soins de santé primaires communautaires, nous utilisons les termes soins primaires, dans le présent document, pour désigner tous les modèles de services de santé de premier contact ou de première ligne, allant des soins globaux, prolongés et axés sur la personne à des modèles de soins qui intègrent la promotion de la santé, le développement communautaire et l'action intersectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé[14]. »
Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology,* 1998	Les **soins primaires** correspondent au niveau d'un système de services de santé qui introduit tous les nouveaux besoins et problèmes dans le système, qui fournit des soins axés sur le patient (et non sur la maladie) au fil du temps, qui fournit des soins pour toutes les maladies, sauf les maladies très rares ou inhabituelles, et qui coordonne ou intègre les soins dispensés ailleurs par d'autres[15].
Molla S, Donaldson K, Yordy D, Lohr KN, Vanselow NA, dir. *Primary Care: America's Health in a New Era.* Rapport tiré d'une étude menée par un comité de l'Institute of Medicine, 1996	Les **soins primaires** visent la prestation de services de soins de santé intégrés et accessibles par des cliniciens chargés de répondre à la grande majorité des besoins de la population en matière de soins de santé personnels, de développer un partenariat durable avec les patients, et de fournir des soins dans les milieux familiaux et communautaires[16].
Organisation mondiale de la santé, Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, 1978	« Les **soins de santé primaires** sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer […]. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire[17]. »

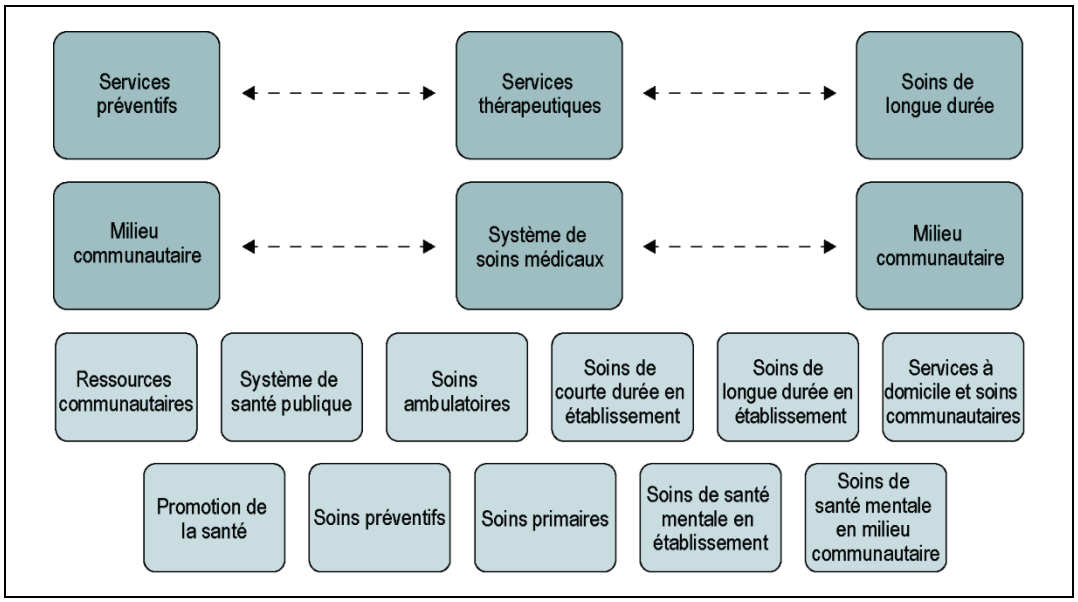
Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Les deuxième et troisième points portent sur la définition des limites du service de santé qui s'appliquent non seulement à divers systèmes de santé et milieux géographiques, mais aussi à divers organismes du milieu des soins de santé. Dans le cas de cadres en cascade visant différents services de santé, les limites doivent tenir compte des différences en matière d'organisation, de structure et de conception des services de santé d'une province à l'autre ou dans une même province. En Ontario, par exemple, les soins de santé primaires peuvent être dispensés par des équipes multidisciplinaires de santé familiale, par des centres de santé communautaire ou par des cabinets composés d'un ou de plusieurs médecins de famille. Or ces types d'organismes ont des modèles de gouvernance, des structures organisationnelles et des mandats distincts. Il faut donc veiller à ce que les divers organismes associés au service de santé puissent être évalués dans le cadre des limites fixées. Par exemple, les soins de longue durée sont prodigués dans différents milieux, comme les milieux de soins communautaires ou

médicaux et les établissements de soins en hébergement. Tout cadre sur les soins de longue durée doit établir des limites qui non seulement tiennent compte de cette variation, mais qui donnent aussi une représentation adéquate des liens de responsabilité.

Le dernier point se rapporte à la difficulté de fixer des limites claires permettant de départager un service de soins de santé d'un autre. Il est difficile de délimiter clairement la fin d'un service de santé et le début d'un autre. Par exemple, la contribution d'un service a des répercussions sur la performance d'autres services (ainsi, il est probable que l'état d'un patient soit moins grave si ce dernier a reçu des soins communautaires ou des services à domicile de qualité avant son arrivée à l'hôpital). Mais il n'est pas toujours évident de situer l'établissement ou le service dans le continuum des services de santé. La figure 5 illustre ces points au moyen d'un continuum des programmes et services offerts dans le système de santé.

Figure 5 : Continuum des services de santé



Source
Reproduit avec la permission d'Aday LA. *At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States*, 2e édition. Figure 5.1. John Wiley & Sons; 2001:118.

Le continuum désigne la continuité et l'intégration au fil du temps à l'échelle des composantes. Il illustre également l'éventail de programmes et de services médicaux et non médicaux visant à promouvoir, à protéger ou à préserver la santé des personnes qui reçoivent les services. Il pourrait être ardu de fixer les limites d'un service donné compte tenu du continuum de services et de l'incidence de chaque service sur les autres. De plus, les services sont dispensés dans le milieu communautaire et en établissement, ce dont les limites des cadres doivent rendre compte. Bien que des limites doivent être définies pour faciliter l'évaluation de la performance d'un service de santé, elles doivent demeurer invisibles pour les patients et les clients qui auront probablement à les franchir au cours d'un même épisode de soins ou traitement.

L'une des principales difficultés liées à l'élaboration d'un cadre de performance pour les services de santé est de définir le mandat de chaque service. Comme il a été mentionné précédemment, cela nécessite de définir ou de conceptualiser clairement les limites du service, et de déterminer comment les représenter afin qu'ils reflètent la performance des différents organismes associés au service évalué. Par ailleurs, le cadre doit illustrer notre façon d'envisager les facteurs qui vont au-delà des limites fixées, car ils influeront probablement sur les intrants et les extrants du service de santé. Il est essentiel d'établir des liens clairs entre les différents secteurs évalués afin de connaître tous les facteurs qui ont une incidence sur la performance du service de santé. La section qui suit présente les intrants, les extrants et les résultats souhaités pour tout cadre, en fonction de l'influence d'autres secteurs.

Intrants, extrants et résultats

Une fois les limites établies, la prochaine étape consiste à déterminer les intrants (ressources) et les caractéristiques correspondant au service de santé évalué, puis à s'assurer que les résultats évalués reflètent étroitement la contribution de ces intrants. Il est probable que ces intrants et extrants ne représentent chacun qu'une partie des éléments pris en compte dans le cadre mesure de la PSS.

Intrants en cascade

Dans le cadre de mesure de la PSS (figure 1), les caractéristiques et intrants du système de santé correspondent aux caractéristiques relativement stables des dispensateurs de services du système de santé, des outils et des ressources à leur disposition ainsi que du milieu physique et organisationnel dans lequel ils travaillent[3 (p. 7)]. Ces caractéristiques englobent les suivantes :

- gouvernance et direction du système de santé;
- ressources du système de santé;
- affectation efficiente des ressources;
- ajustement aux besoins en santé de la population;
- innovation et capacité d'apprentissage du système de santé.

Le cadre en cascade doit établir une correspondance entre ces intrants, et les caractéristiques et intrants (sur le plan de la santé) du service ou du secteur évalué (c.-à-d. les aspects de ces intrants qui caractérisent le service de soins de santé). Plus précisément, le cadre doit rendre compte du rôle de direction et de gouvernance de chaque service de santé et préciser la nature de ce rôle. Il doit aussi traiter de l'affectation des ressources et de la façon dont elle est influencée par d'autres secteurs (notamment les déterminants sociaux ou les soins communautaires). Enfin, le cadre doit faire état des possibilités et des capacités en matière d'innovation et d'apprentissage. Le tableau 2 montre comment adapter les dimensions des intrants du système de santé aux intrants des hôpitaux et des soins de longue durée.

Tableau 2 : Intrants à l'échelle des cadres en cascade

Intrants du système de santé	Intrants hospitaliers	Intrants des soins de longue durée
Gouvernance et direction du système de santé On entend par gouvernance et direction le fait de veiller à la mise en place de politiques stratégiques, conjuguées à une supervision efficace, à la mise sur pied de coalitions, à l'élaboration de règles et de mesures d'encouragement appropriées, à une conception réfléchie du système et à un processus de responsabilisation. Ces termes font également référence à la capacité du système de santé à diriger et à coordonner des stratégies intersectorielles pouvant contribuer de façon significative à la santé des personnes et des populations.	**Gouvernance et direction de l'hôpital** On entend par gouvernance et direction de l'hôpital la mesure dans laquelle un hôpital répond aux besoins de la collectivité, assure la continuité et la coordination des soins, favorise la santé, fait preuve d'innovation et fournit des soins à l'ensemble des citoyens.	**Gouvernance et direction des soins de longue durée** On entend par gouvernance et direction des soins de longue durée la mesure dans laquelle le système répond aux besoins de la collectivité, assure la continuité et la coordination des soins, favorise la santé, fait preuve d'innovation et fournit des soins à l'ensemble des citoyens.
Ressources du système de santé Les ressources du système de santé font référence à la disponibilité des ressources financières, humaines, physiques (installations), techniques et informationnelles (y compris des données de grande qualité).	**Quantité et qualité des ressources hospitalières** La quantité et la qualité des ressources hospitalières font référence à la quantité et à la qualité des ressources physiques, humaines et informationnelles utilisées pour dispenser des soins dans un hôpital. La qualité des ressources humaines englobe la mesure dans laquelle le personnel hospitalier dispose des compétences appropriées pour fournir les soins nécessaires aux patients, a accès à des programmes d'apprentissage et de formation continus, travaille dans un environnement positif et est satisfait de son travail.	**Soutien au personnel soignant et aux aidants naturels** Ce soutien consiste à offrir des activités de formation au personnel soignant et aux aidants naturels, à favoriser le maintien de leur bien-être, et à permettre aux aidants naturels de prodiguer des soins tout en restant sur le marché du travail.
Affectation efficiente des ressources L'affectation efficiente des ressources mesure la façon dont les ressources à la disposition du système de santé sont réparties en vue de la prestation de services de santé variés qui répondent aux demandes et aux besoins de la population et qui permettent au système d'obtenir de meilleurs résultats.	**Affectation efficiente des ressources hospitalières** L'affectation efficiente des ressources hospitalières mesure la façon dont les ressources à la disposition d'un hôpital sont réparties en vue de la prestation des services de santé qui répondent le mieux aux besoins de la population visée par les services de l'hôpital.	**Équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les besoins sociétaux** Cet équilibre fait référence à la mesure dans laquelle le système offre les soins de longue durée dont les utilisateurs actuels ou potentiels ont besoin par rapport à la mesure dans laquelle les autres intervenants de la collectivité (p. ex. les soignants, les familles, les contribuables) offrent ces services.

(suite à la page suivante)

Tableau 2 : Intrants à l'échelle des cadres en cascade (suite)

Intrants du système de santé	Intrants hospitaliers	Intrants des soins de longue durée
Innovation et capacité d'apprentissage Cette notion fait référence à la mise en œuvre de nouvelles idées, générées à l'interne ou empruntées ailleurs, qui touchent un produit, un dispositif, un système, un processus, une politique, un programme ou un service. Un système capable d'apprentissage est un système au sein duquel on arrive à produire, à acquérir et à transférer des connaissances, ainsi qu'à modifier les comportements en fonction des connaissances et des observations[3 (p. 8)].	**Innovation et capacité d'apprentissage de l'hôpital** Cette notion renvoie à la mise en œuvre, dans un organisme, d'une nouvelle idée, générée à l'interne ou empruntée ailleurs, qui touche un produit, un dispositif, un système, un processus, une politique, un programme ou un service.	**Simplicité du système, information et choix du patient** Les utilisateurs actuels et potentiels de soins de longue durée doivent pouvoir trouver de l'information et des conseils pour les aider à cheminer dans le système de soins et à obtenir un soutien. L'information relative à la prestation et à la qualité des soins revêt une importance particulière dans un système axé sur le consommateur. L'information relative au paiement et aux droits importe également.
Ajustement aux besoins en santé de la population L'ajustement aux besoins en santé de la population fait référence à la capacité du système de santé à s'adapter et à s'ajuster pour répondre aux besoins fluctuants de la population en matière de santé. Une connaissance du profil épidémiologique de la population est nécessaire pour comprendre les besoins en santé (maladies, incapacités, blessures et autres problèmes de santé) et ajuster l'affectation des ressources en fonction de ces besoins. Cette notion reflète la capacité du système de santé à s'adapter aux besoins changeants de la population.	**Ajustement aux besoins de la collectivité et aux besoins locaux** Cet ajustement fait référence à la capacité de l'hôpital à s'adapter continuellement de façon à répondre aux besoins en santé de sa population par l'innovation, l'apprentissage et l'ajustement de l'affectation des ressources entre les divers services hospitaliers.	**Intégration et coordination avec les soins de santé et les services sociaux** Pour qu'un système de soins de longue durée soit performant, il doit y avoir une bonne coordination à l'interne, mais également une bonne coordination avec les soins de santé et les services sociaux.

Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Les cadres en cascade doivent rendre compte des divers types d'intrants utilisés d'un service à l'autre — en particulier si ces services sont dispensés dans des milieux différents (c.-à-d. dans le milieu communautaire ou en établissement). Bien que les intrants du système de santé servent de point de départ pour déterminer les caractéristiques et les intrants du service de santé, les intrants en cascade doivent représenter le plus fidèlement possible les services et sont donc sujets à changer. Le tableau 2 présente les intrants propres aux soins hospitaliers et aux soins de longue durée, illustrant ainsi les différences d'un type de soins à l'autre. Dans les deux cas, ces intrants ont été établis à partir des intrants du système de santé, mais ils affichent des différences assez marquées. Ces différences reflètent, d'une part, l'utilisation de divers types d'intrants en soins de longue durée et, d'autre part, le besoin d'exposer clairement le chevauchement entre les soins de longue durée et les autres secteurs des soins de santé et des services sociaux.

Extrants et résultats en cascade

Dans le cadre de mesures de la PSS (figure 1), les extrants ou services du système de santé sont considérés comme des résultats à moyen terme qui correspondent à la capacité du système de santé à donner accès en temps opportun à des services de santé continus et efficaces. Le cadre présente trois résultats du système de santé en tant qu'objectifs ultimes perçus du système de santé relativement aux personnes et à la population générale[3] :

- amélioration de l'état de santé et de l'équité en santé au sein de la population;
- réactivité accrue du système de santé en fonction des besoins et des attentes des Canadiens;
- optimisation de l'utilisation des ressources financières en vue d'assurer la viabilité du système de santé.

Dans les deux premiers cas, l'analyse doit porter non seulement sur les résultats absolus, mais aussi sur la façon dont les résultats sont répartis dans l'ensemble de la population. La prise en compte de ces deux points de vue permettra aux intervenants de se pencher sur la qualité et l'équité dans le système.

Tout cadre en cascade visant des services précis doit s'appuyer sur les résultats du système. Il est essentiel de définir clairement les résultats du secteur ou de l'organisme de façon à démontrer en quoi ils contribuent aux résultats du système de santé. Bien que divers services de santé peuvent contribuer à l'atteinte de chacun des objectifs du système, leur performance ne suffit pas à elle seule à influer sur l'un ou l'autre de ces résultats. C'est plutôt la contribution de chaque service de santé qui aura une répercussion sur les résultats du système de santé. À l'échelle du système, les résultats générés par un service de soins de santé ne sont qu'une portion des extrants attendus (ou des résultats à moyen terme) du système de santé.

À l'instar des intrants en cascade, les caractéristiques des résultats et des extrants d'un service de santé doivent cadrer avec celles des résultats et des extrants du système de santé (accès, sécurité, soins centrés sur le patient, pertinence et efficacité, prestation efficiente). Les cadres en cascade des hôpitaux et des soins de longue durée (voir les sections 2 et 3) rendent compte des extrants de ces secteurs. Ces extrants forment un sous-ensemble des extrants du système de santé. Ils indiquent dans quelle mesure des services de qualité sont dispensés, compte tenu des besoins des patients et de la collectivité. L'atteinte de ces extrants signifie que les résultats du service, et par le fait même les extrants et les résultats du système de santé, sont eux aussi probablement atteints.

Conclusions

Cette section traitait des principaux points à prendre en considération en vue d'élaborer des cadres de performance en cascade pour les services de santé. Il convient d'abord de fixer les limites du secteur ou du service de santé visé. Ensuite, il faut clairement énoncer les intrants, les extrants et les résultats propres au secteur ou service évalué, afin d'illustrer en quoi ils contribuent à l'atteinte des objectifs de l'ensemble du système de santé. En articulant clairement ces liens, on crée une base commune sur laquelle fonder un ensemble de cadres des services de santé conceptuellement semblables afin d'évaluer la performance à divers échelons du système. Les intervenants peuvent s'appuyer sur ces principes pour élaborer leurs propres cadres en cascade et mieux comprendre la façon dont la performance de services de

santé particuliers, par exemple les soins de santé primaires ou les soins de santé mentale en milieu communautaire, contribue aux extrants et aux résultats du système de santé.

2. Un cadre de mesure de la performance pour les hôpitaux

Introduction

La présente section analyse la façon dont les quadrants de la performance du système de santé (déterminants sociaux de la santé, résultats du système de santé, caractéristiques et intrants du système de santé et extrants du système de santé) s'appliquent au secteur hospitalier. Elle explique également comment on peut modifier ces quadrants pour créer un outil capable de mesurer la performance à une échelle plus ciblée. Le cadre de performance en cascade des hôpitaux décrit les dimensions de la performance d'un secteur et leurs interrelations, au moyen de ces quadrants.

Sur le plan conceptuel, le cadre de performance en cascade des hôpitaux doit être harmonisé avec les outils généralement reconnus, validés et spécifiquement conçus à l'intention des hôpitaux. La présente section examine le degré de concordance entre le nouveau cadre proposé et deux autres outils, soit l'outil validé d'évaluation de la performance en matière d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux, communément appelé PATH et conçu par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS, et la carte de pointage équilibrée qu'utilise le Hospital Report Research Collaborative pour diffuser de l'information sur la performance des hôpitaux en Ontario[18, 19].

Prise en compte des limites liées à la performance des hôpitaux

Comme il a été mentionné à la section précédente, au moment d'élaborer un cadre de performance des hôpitaux à partir du cadre de mesure de la PSS, il faut prendre en considération les limites liées à la performance du service de soins de santé par rapport à celles du système de santé. La section 1 décrit quatre difficultés que soulève la définition des limites liées à la performance d'un secteur des services de santé :

- tenir compte des variations dans les définitions du service;
- prendre en considération les différences sur le plan de l'organisation et de la structure (en particulier dans le contexte canadien où les centres hospitaliers et les mandats varient d'une province à l'autre);
- reconnaître que les limites ne s'appliquent pas nécessairement de la même façon à tous les organismes évalués à l'aide d'un même cadre (p. ex. certains hôpitaux peuvent établir des partenariats communautaires formels afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé);
- inclure ou exclure des activités communes à différents services de santé.

En ce qui concerne les hôpitaux, il est évident que la définition des limites doit être axée sur des aspects précis du cadre, puisque le système de santé a une portée large et englobe des aspects qui ne sont pas directement liés au processus de production des hôpitaux.

L'importance des limites prend tout son sens lorsque nous examinons le rôle de l'établissement des limites dans le cadre de mesure de la PSS. La figure 6 illustre le processus de production d'un système de santé. De plus, elle fournit des exemples de dépenses et d'intrants physiques (ressources) du système et des extrants et résultats attendus qu'il produit. Les nuances de couleur représentent les diverses limites du système de santé, des soins médicaux uniquement à tous les facteurs qui influent sur la santé. Bon nombre des résultats attendus du système restent les mêmes, peu importe les limites. Par exemple, l'amélioration de la santé et la protection contre les risques sont des résultats positifs des soins médicaux, de la santé publique, de la promotion de la santé et des activités intersectorielles. Les intrants physiques et les caractéristiques organisationnelles qui contribuent à l'atteinte de ces résultats varient toutefois selon les limites sélectionnées[11].

Figure 6 : Processus de production du système de santé selon les différentes limites du système

	Coûts	Intrants physiques	Activités/ extrants physiques	Résultats désirés
Médecine personnalisée	Salaires des infirmières Salaires des médecins Coût de la formation du personnel Salaires des spécialistes Coûts en immobilisations Coûts des équipements Salaires des administrateurs	Infirmières et infirmiers Médecins de première ligne Formation du personnel Médecins spécialistes Salles de consultation Salles d'opération Lits d'hôpital Équipement médical Administration	Tests Opérations Visites des médecins Ordonnances Jours-lit Expérience des patients	Survie Amélioration de la santé Protection contre les risques Pertinence des soins Sécurité des soins de santé Accessibilité Réactivité
Services de santé non personnalisés	Prix des intrants des services de santé non personnalisés	Professionnels de la santé Coûts de la promotion de la santé (publicité, sensibilisation, etc.)	Sensibilisation accrue aux comportements Environnement amélioré	Amélioration de la santé Protection contre les risques Prévention Sensibilisation
Activités intersectorielles	Prix des intrants des activités intersectorielles	Lobbyistes (défense de la réduction de la pollution, de l'étiquetage des aliments, de la sécurité au travail, etc.)	Pollution réduite Étiquettes des aliments Casques Etc.	Amélioration de la santé Protection contre les risques Sensibilisation Sécurité au travail
Autres facteurs	Prix des intrants physiques pour autres facteurs	Éducation Logement Revenu	Scolarité Refuge Biens matériels	Amélioration de la santé Protection contre les risques Bien-être amélioré

Source

Reproduit avec permission. Papanicolas I, Smith PC, Tsuchiya A. Theory of system level efficiency in health care. In : Culyer T, dir. *Encyclopedia of Health Economics*. 2014.

Lors de l'élaboration d'un cadre d'évaluation de la performance des hôpitaux, il convient d'envisager les intrants à la disposition de l'établissement (ressources financières, humaines, informationnelles et physiques), de même que sa gouvernance, sa structure et son rôle au sein du système de santé, qui délimitent son champ d'action. Dans la mesure du possible, les résultats hospitaliers évalués ne doivent représenter que la contribution de ces intrants et de cette structure. Pour évaluer la performance d'un hôpital, par exemple, il faut absolument isoler la contribution des soins médicaux à l'amélioration de la santé pour ensuite l'ajuster en fonction de la contribution possible des autres activités (p. ex. la santé publique et la promotion de la santé) et des facteurs contextuels (p. ex. la conjoncture économique, politique et démographique).

Il peut être nécessaire d'adapter les limites pour répondre aux besoins d'un organisme en particulier. L'analyse des facteurs ci-dessous peut aider à définir les limites liées à la performance :

1. **Objectifs de l'évaluation de la performance** — La section 1 traite des avantages et des inconvénients de l'établissement de limites étroites ou larges pour les services de santé. Si l'évaluation de la performance vise à rendre des comptes et à cerner des domaines pour lesquels l'hôpital est capable d'effectuer des changements, il est préférable de fixer des limites étroites axées sur les résultats directement liés aux intrants et aux caractéristiques structurelles de l'hôpital. En revanche, si l'évaluation vise à déterminer les interactions fondamentales entre les secteurs et les organismes qui influent favorablement sur les résultats de l'ensemble du système de santé, il convient plutôt de fixer des limites larges qui tiennent compte de l'incidence de facteurs et d'intrants ne relevant pas de l'hôpital.

2. **Portée du rôle de gouvernance et de direction de l'hôpital —** L'organisation et le rôle de gouvernance des hôpitaux diffèrent d'une province à l'autre. La portée de leurs activités, sur le plan entre autres de la planification stratégique, de l'affectation des ressources et de la capacité de former des partenariats avec d'autres organismes, varie donc elle aussi.

3. **Population visée par les services de l'hôpital —** Bien que les résultats du système de santé visent la population générale, les services dispensés par les hôpitaux ciblent habituellement une population en particulier. Le plus souvent, cette population est définie en fonction de critères géographiques (c.-à-d. qu'elle englobe les personnes qui résident dans la circonscription hospitalière). Cependant, elle peut aussi être délimitée par d'autres critères, tels que les caractéristiques démographiques (p. ex. les hôpitaux pédiatriques) ou encore le type d'affections traitées ou de traitements dispensés (p. ex. les centres de cardiologie ou d'orthopédie). Les hôpitaux s'intéressent donc principalement aux résultats liés à leur population cible.

4. **Ressources à la disposition de l'hôpital —** Les ressources ou intrants (p. ex. de nature financière, humaine, informationnelle et physique) à la disposition des hôpitaux sont assez normalisés, surtout à court terme. Toutefois, selon leur rôle de gouvernance et leur structure, les hôpitaux sont parfois en mesure d'acquérir des ressources supplémentaires. Ainsi, il ne convient pas toujours d'établir un nombre fixe de ressources.

Enfin, la définition des limites liées à la performance de l'hôpital se veut plus restreinte que celle des limites liées à la performance du système de santé. Elle ne touche que les intrants de l'hôpital et, par conséquent, les résultats qui découlent de ces intrants. Cependant, l'intégration et la coordination des services avec ceux de dispensateurs de soins de santé et de secteurs hors des limites sont essentielles à l'atteinte des résultats du système. Il s'agit d'un point à prendre en considération dans le cadre de l'évaluation de la performance de l'hôpital. De plus, les résultats et l'efficacité des services dispensés par d'autres secteurs — par exemple, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les services communautaires et les soins de longue durée — influent sur la demande en services hospitaliers et sur la gravité de l'état des patients hospitalisés.

Adaptation en cascade du cadre du système de santé aux hôpitaux

Pour élaborer un cadre en cascade de mesure de la performance des hôpitaux et l'harmoniser au cadre de mesure de la PSS, il faut définir les résultats attendus, ou objectifs, du processus de production de l'hôpital de même que la contribution de ces extrants au processus de production général du système de santé. De plus, il faut déterminer quels facteurs compris *dans* les limites du système de santé pourraient ne pas s'inscrire dans les limites des services hospitaliers (c.-à-d. les intrants et les processus touchant d'autres domaines du système de santé qui ne relèvent pas directement des hôpitaux). La création d'un cadre convenant aux diverses structures organisationnelles des hôpitaux à l'échelle des provinces n'est pas tâche facile. La présente section décrit comment les résultats, les extrants et les intrants hospitaliers découlent du cadre de mesure de la PSS, en fonction des divers points à prendre en considération concernant les limites.

Comme il a été mentionné plus haut, le cadre de mesure de la PSS rend compte de trois principaux objectifs concernant les résultats du système de santé (figure 1) :

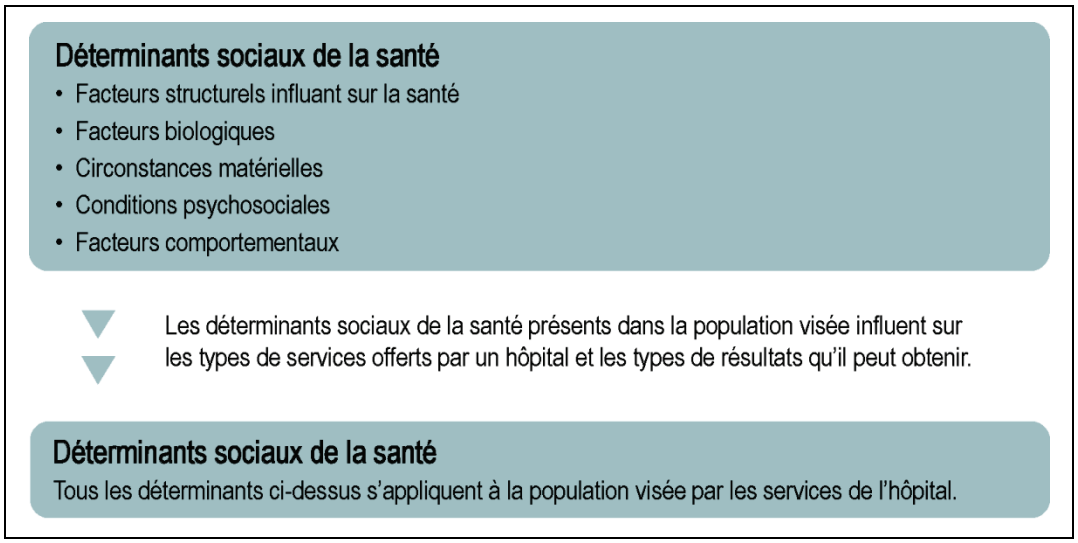
- amélioration de l'état de santé et de l'équité en santé au sein de la population;
- réactivité accrue du système de santé en fonction des besoins et des attentes des Canadiens;
- optimisation de l'utilisation des ressources financières en vue d'assurer la viabilité du système de santé.

Les hôpitaux peuvent contribuer à l'atteinte de chacun de ces objectifs, mais leur performance ne suffit pas à elle seule à influer sur l'un ou l'autre de ces résultats. L'atteinte des résultats du système de santé nécessite en effet une intégration et une coordination efficaces avec les dispensateurs de services non hospitaliers. Pour ce faire, il faut examiner les domaines dans lesquels l'intégration et la coordination jouent un rôle de premier plan et pour lesquels de l'information peut être recueillie à des fins d'évaluation de la performance. Pour déterminer dans quelle mesure les résultats générés par les hôpitaux contribuent aux résultats du système de santé, il importe de considérer cette contribution comme des résultats « à moyen terme » du système de santé.

Dans l'analyse qui suit, nous passons en revue les dimensions qui composent les quatre quadrants du cadre de mesure de la PSS. Nous examinons en quoi ces dimensions s'appliquent aux hôpitaux, en tenant compte des différences dans les limites liées à la performance et de l'incidence de ces limites sur les aspects de la performance, comme les ressources disponibles, la portée du rôle de gouvernance, la qualité des extrants hospitaliers et la contribution aux résultats du système de santé. Nous nous penchons enfin sur la façon dont le cadre en cascade des hôpitaux peut faire état de liens avec d'autres services de santé.

Déterminants sociaux de la santé

Figure 7 : Adaptation en cascade des déterminants sociaux de la santé au cadre des hôpitaux



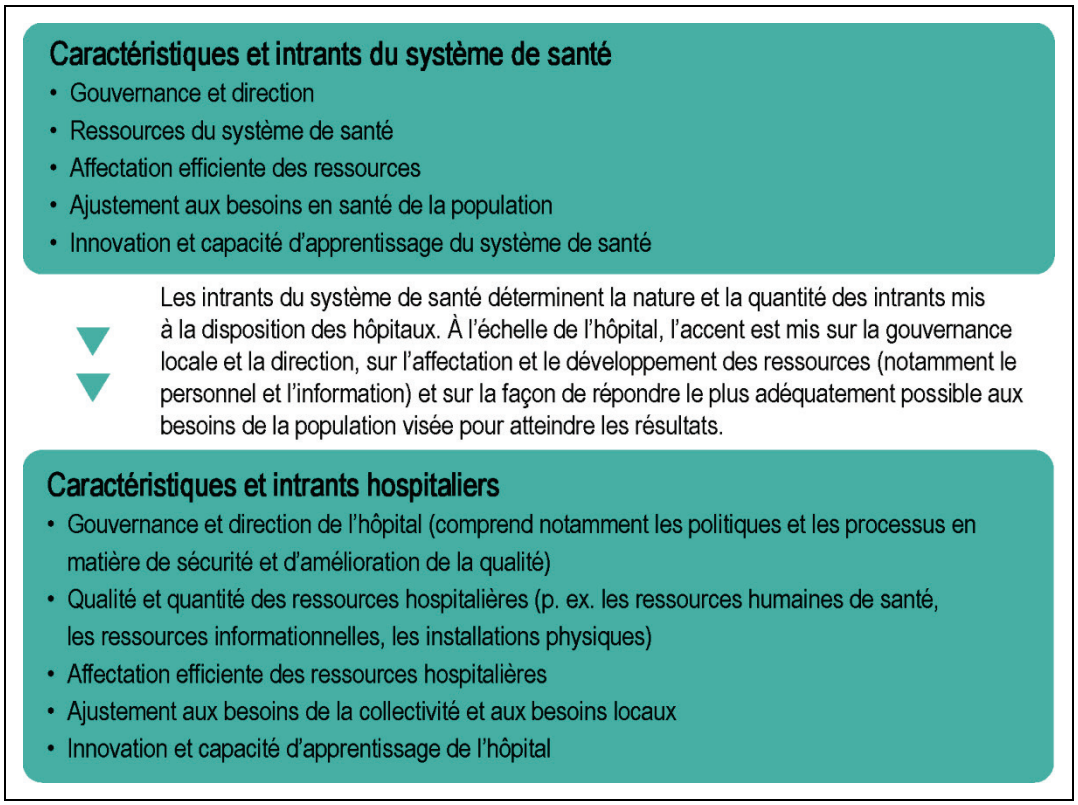
Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Le premier quadrant du cadre de mesure de la PSS renvoie aux déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire à des facteurs extérieurs au système de santé qui influent sur la santé de la population. Ils comprennent des facteurs structurels (tels que le revenu et le statut social, l'éducation et l'alphabétisation, le sexe et l'origine ethnique), ainsi que des facteurs intermédiaires (comme les circonstances matérielles, les conditions psychosociales, et des facteurs comportementaux et biologiques) (définis à l'annexe B). Ces facteurs sont extérieurs aux processus de production du système de santé et des hôpitaux. Ils doivent toutefois être pris en compte dans l'évaluation des processus de production, car ils ont une incidence sur les intrants nécessaires pour obtenir les résultats attendus du système de santé et des hôpitaux qui en font partie.

Le cadre en cascade des hôpitaux doit aussi tenir compte de l'efficacité des activités d'intégration et de coordination avec d'autres services (de santé et autres), comme les services communautaires et les activités de santé publique. Il doit définir dans quelle mesure ces activités atténuent l'effet des déterminants sociaux de la santé, puisque les résultats et l'efficacité de ces déterminants ont une incidence sur la performance de l'hôpital. Ils peuvent en effet influer sur la demande en services hospitaliers et sur la gravité et la nature des affections traitées en milieu hospitalier. Par exemple, une mauvaise coordination des services pourrait accroître le taux d'admission à l'hôpital associé à certains groupes — tels que les sans-abris et les personnes atteintes d'une maladie mentale — qu'il serait plus approprié et rentable de traiter dans d'autres milieux de soins.

Caractéristiques et intrants

Figure 8 : Adaptation en cascade des caractéristiques et des intrants du système de santé au cadre des hôpitaux



Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Le deuxième quadrant renvoie aux intrants de la production ainsi qu'aux caractéristiques du système de santé ou des hôpitaux. À l'échelle du système de santé, les intrants désignent les ressources disponibles ainsi que la répartition et l'affectation de ces ressources. Ce quadrant englobe également les caractéristiques relativement stables du système de santé, notamment les capacités en matière de gouvernance et de direction, l'innovation et la capacité d'apprentissage, l'utilisation de l'information et des données probantes, et la capacité d'ajustement et d'adaptation aux besoins en santé de la population (sur lesquels influent les déterminants sociaux).

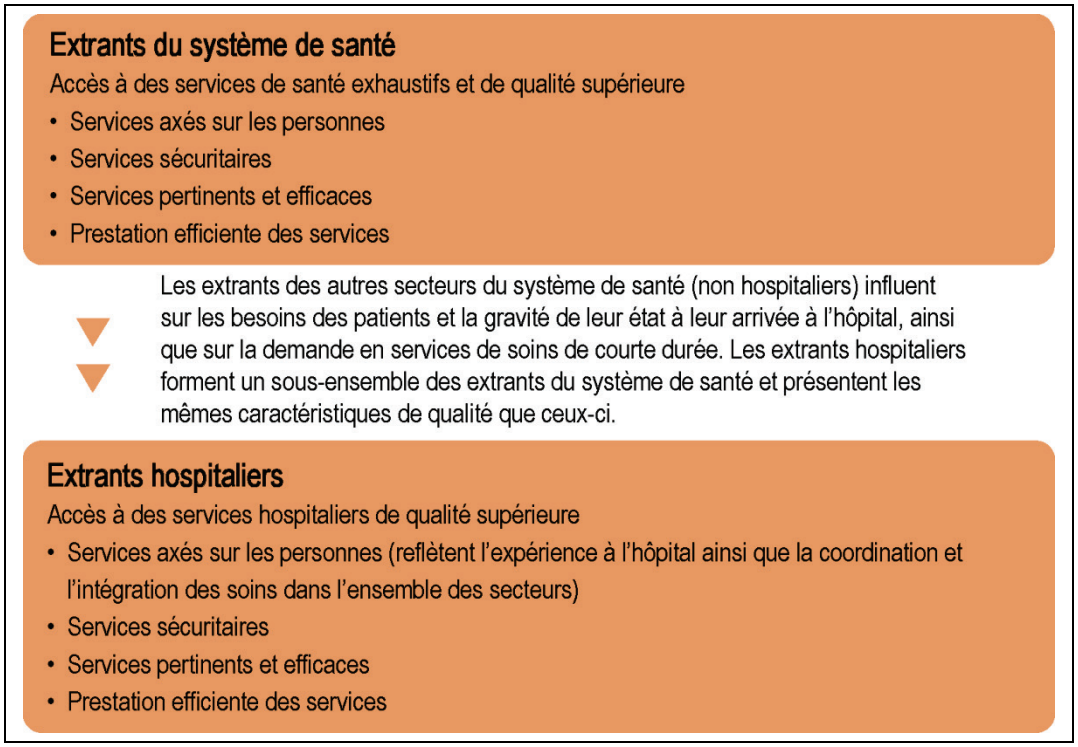
À l'échelle de l'hôpital, ce quadrant est axé sur la façon dont l'hôpital exerce son rôle de direction et de gouvernance locale[i] de façon à utiliser ses ressources pour répondre aux besoins en santé de la population visée (sur lesquels influent les déterminants sociaux). Dans ce quadrant, la performance englobe aussi les politiques et les processus organisationnels qui régissent certains domaines, notamment

- renforcer la sécurité et la qualité;
- investir dans l'amélioration et le développement des ressources (p. ex. humaines, informationnelles);
- favoriser l'innovation et accroître la capacité d'apprentissage de l'hôpital;
- collaborer avec des partenaires locaux et communautaires œuvrant dans le système de santé et dans d'autres secteurs pour résoudre les questions liées à la coordination et à l'intégration des soins, et aux déterminants sociaux de la santé au sein de la collectivité.

Enfin, ce quadrant renvoie également à la façon dont les hôpitaux affectent les ressources mises à leur disposition à l'échelle de l'établissement et de l'ensemble de ses processus de soins de santé afin de maximiser leurs résultats.

Extrants

Figure 9 : Adaptation en cascade des extrants du système de santé au cadre des hôpitaux



Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

i. Les modèles de gouvernance des hôpitaux varient considérablement à l'échelle du Canada. Pour évaluer la performance des hôpitaux au chapitre de la gouvernance, il faut donc tenir compte des possibilités de prise de décisions en la matière.

À l'échelle du système de santé, le troisième quadrant décrit les caractéristiques associées à des services de santé de qualité supérieure (extrants) — sans égard au secteur (hôpitaux, soins primaires, services à domiciles) qui les produit. À l'instar des intrants, les extrants désignent, à l'échelle des hôpitaux, un sous-ensemble des extrants du système de santé, c'est-à-dire qu'ils renvoient uniquement aux services dispensés par le secteur hospitalier. Toutefois, les attributs importants qui caractérisent la qualité des extrants du système de santé s'appliquent également aux extrants hospitaliers. Ces attributs sont axés sur l'*accessibilité* à des services hospitaliers de qualité supérieure qui sont

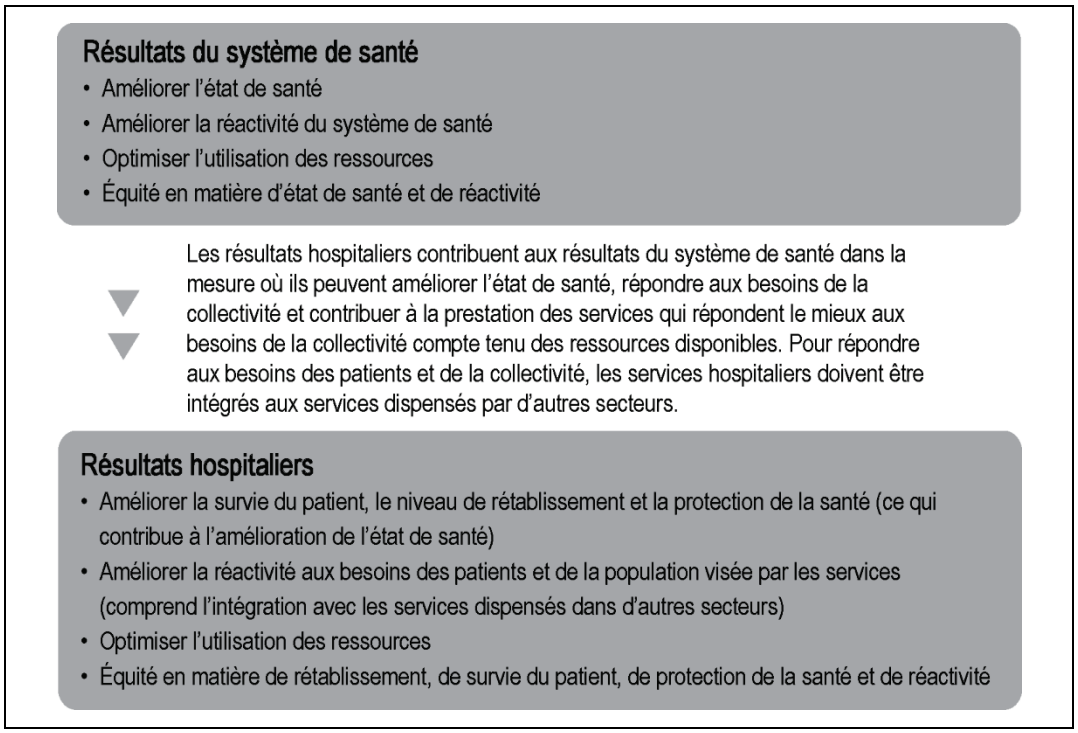
- **axés sur les personnes** (respecter les préférences, les besoins et les valeurs des personnes et s'y adapter, et mettre le patient au cœur de la prestation);
- **sécuritaires** (éviter que les patients à qui l'on dispense des soins destinés à les aider subissent des préjudices);
- **pertinents et efficaces** (qui reposent sur des connaissances scientifiques au sujet des bienfaits qu'ils procurent au patient et qui réduisent l'intensité, la durée et les conséquences des problèmes de santé);
- **efficients** (éviter le gaspillage d'équipement, de fournitures, d'idées et d'énergie, et optimiser les services dispensés pour une quantité de ressources en particulier).

Comme pour le système de santé, l'accès aux services hospitaliers englobe la notion selon laquelle la population visée par les services de l'hôpital accède à des soins sans avoir à composer avec des délais excessifs ou avec des obstacles de nature financière ou autre.

Dans un cadre de performance en cascade, les caractéristiques de qualité des services axés sur les personnes exigent une attention particulière. À l'échelle du système, les services axés sur les personnes renvoient à l'expérience des patients en matière de services dans l'ensemble du système de santé. Toutefois, comme il a été mentionné plus haut, la définition des limites liées à la performance suppose que les services hospitaliers soient circonscrits. Il est donc d'autant plus essentiel de reconnaître l'importance de l'intégration et de la coordination des soins à l'échelle de tous les secteurs comme une composante clé de la qualité et de la performance du secteur hospitalier (ou de tout dispensateur de services).

Résultats

Figure 10 : Adaptation en cascade des résultats du système de santé au cadre des hôpitaux



Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Le quatrième quadrant du cadre du système de santé renvoie aux principaux résultats ou objectifs du système de santé — améliorer l'état de santé, améliorer la réactivité du système de santé et optimiser l'utilisation des ressources, en plus d'un quatrième résultat qui consiste à améliorer l'équité en matière d'état de santé et de réactivité du système de santé. Les résultats hospitaliers correspondent à la contribution des services hospitaliers de qualité supérieure aux résultats du système de santé. Comme l'indiquait la section 1, la performance et les résultats des hôpitaux peuvent *contribuer* à l'atteinte de chacun des résultats du système de santé. Toutefois, leur performance ne suffit pas à elle seule à *déterminer* l'un ou l'autre de ces résultats. À cet égard, les résultats hospitaliers sont semblables aux résultats *à moyen terme* du système de santé. Les résultats hospitaliers font progresser le système de santé vers l'atteinte de ses objectifs, mais ils ne correspondent pas aux résultats finaux.

Les résultats des services hospitaliers liés à l'état de santé visent à améliorer le niveau de rétablissement, la survie du patient et la protection de la santé. La protection de la santé est un aspect des soins après l'hospitalisation qui exige l'intégration et la coordination des soins avec les services d'autres secteurs. Les hôpitaux qui dispensent des services pertinents, efficaces et axés sur les personnes produisent des résultats qui répondent aux besoins de leurs patients et de la population visée. Grâce à l'intégration des services dispensés dans d'autres secteurs, ils contribuent à favoriser la réactivité de l'ensemble du système de santé. Enfin, dans la mesure

où les hôpitaux offrent un maximum de services pour un coût minimal et utilisent leurs intrants et ressources de façon à mieux satisfaire les besoins de la population visée, ils contribuent à optimiser l'utilisation des ressources du système de santé.

Un cadre de performance en cascade des hôpitaux

Nous avons examiné les limites liées à la performance et la façon dont les dimensions du cadre du système de santé s'appliquent aux hôpitaux (en fonction de ces limites). Nous pouvons maintenant brosser le portrait d'un cadre de performance des hôpitaux qui s'harmonise au cadre du système de santé et l'appuie.

Le cadre en cascade (figure 11) illustre comment le premier quadrant — les déterminants sociaux de la population visée par les services de l'hôpital — doit être pris en compte dans les intrants et caractéristiques du processus de production des hôpitaux. Plus particulièrement, ces déterminants sont associés à la gouvernance réactive de l'hôpital, c'est-à-dire la mesure dans laquelle l'hôpital répond aux besoins de la population visée. Pour ce faire, comme le souligne l'analyse ci-dessus, il faut s'assurer que les processus appropriés sont respectés dans chaque hôpital et que les ressources sont allouées en fonction des besoins de la collectivité.

Dans la figure 11, les encadrés vert sarcelle sont associés au deuxième quadrant du cadre en cascade : les caractéristiques et intrants hospitaliers. Ces dimensions désignent les facteurs associés à la direction ou à la gouvernance réactive des hôpitaux (au besoin) exercée à l'intérieur des limites liées à la performance des hôpitaux. Ils concernent les éléments suivants :

- coordination de l'utilisation des ressources et des intrants dans l'ensemble de l'organisme et collaboration avec des partenaires communautaires (œuvrant dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines) afin d'adapter les services en fonction des déterminants sociaux de la santé (ajustement aux besoins de la collectivité et aux besoins locaux);
- investissement dans les ressources humaines, informationnelles, physiques et autres mises à la disposition de l'hôpital (quantité et qualité des ressources hospitalières) et développement de ces ressources;
- affectation des ressources et des intrants hospitaliers d'une façon qui répond adéquatement aux besoins de la population visée par les services de l'hôpital (affectation efficiente des ressources de l'hôpital);
- utilisation de données probantes à des fins de prise de décisions et d'élaboration de pratiques et de politiques visant à améliorer la qualité (innovation et capacité d'apprentissage de l'hôpital).

Les encadrés orange représentent le troisième quadrant du cadre en cascade : les extrants du système de santé. Les extrants hospitaliers ne représentent que la portion des extrants du système de santé qui est produite par les hôpitaux. Cependant, les principaux attributs de la qualité des extrants du système de santé s'appliquent aussi aux extrants hospitaliers. Les services de soins hospitaliers doivent présenter les caractéristiques suivantes :

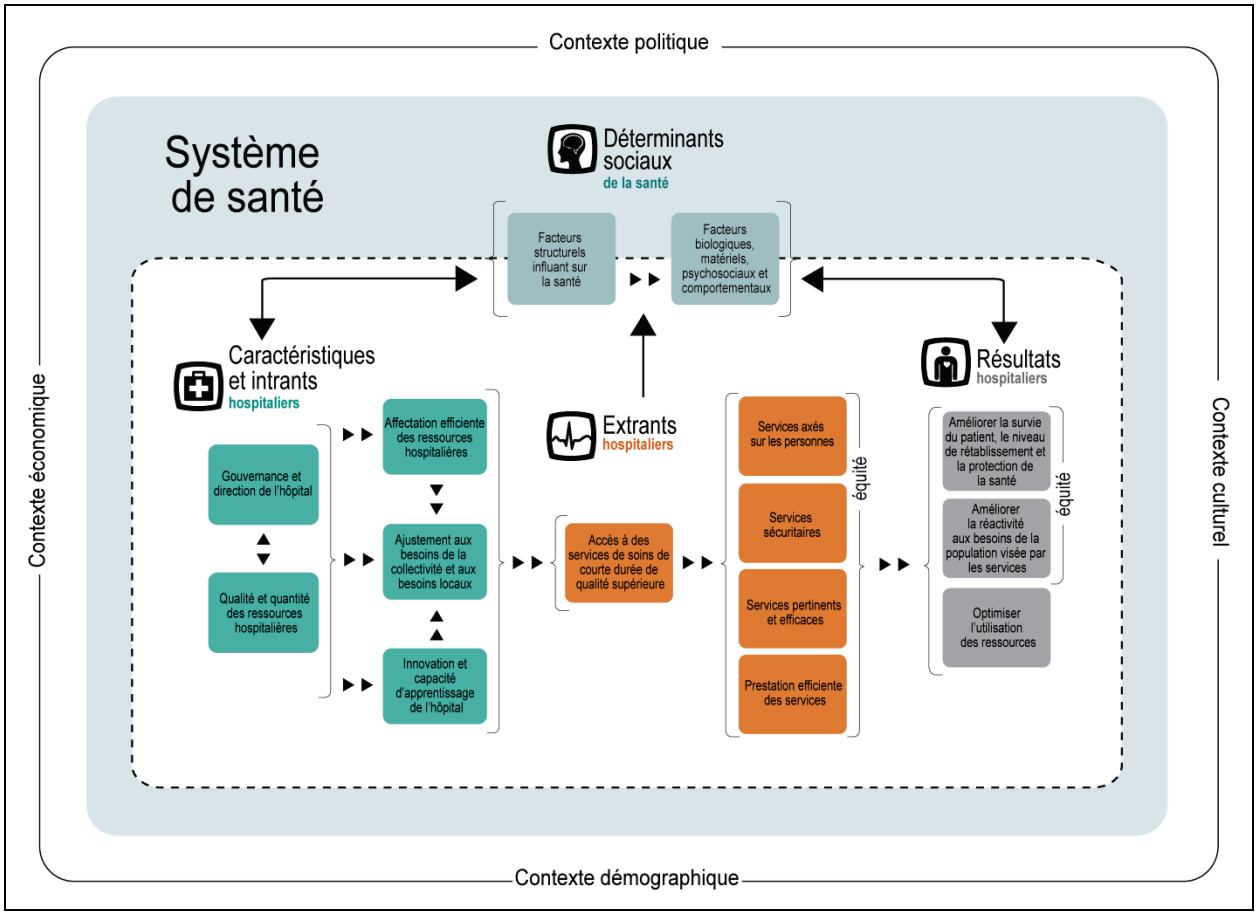
- Les services doivent être accessibles à la population visée. Des délais excessifs ou des obstacles (de nature financière ou autre) ne doivent pas nuire à l'obtention de services.

- Les services doivent être axés sur les personnes. Cette notion renvoie à la mesure dans laquelle l'hôpital réussit à intégrer et à coordonner les soins hospitaliers avec les services offerts par d'autres systèmes de santé et dispensateurs dans le secteur des services sociaux en milieu communautaire. Elle renvoie également à sa capacité d'offrir des soins adaptés qui respectent les préférences, les besoins et les valeurs des patients et de leurs soignants.
- Les services doivent être sécuritaires, c'est-à-dire qu'ils permettent d'éviter que les patients à qui l'on dispense des soins destinés à les aider subissent des préjudices.
- Les services doivent être pertinents et efficaces, et reposer sur des connaissances scientifiques permettant de déterminer à qui ils peuvent bénéficier le plus, ce qui favorise une réduction de l'incidence, de la durée, de l'intensité et des conséquences des problèmes de santé.
- Les services doivent être dispensés de façon efficiente. La prestation efficiente des services vise à éviter le gaspillage d'équipement, de fournitures, d'idées et d'énergie, ainsi qu'à maximiser les services offerts pour une quantité de ressources données ou à minimiser les ressources nécessaires pour obtenir des extrants donnés.

Enfin, les encadrés gris renvoient aux résultats hospitaliers qui découlent des extrants de qualité supérieure, et qui contribuent directement à l'atteinte des principaux résultats du système de santé. À l'échelle des hôpitaux, ces résultats correspondent à

- l'amélioration de la survie du patient, du niveau de rétablissement et de la protection de la santé. À cet égard, la protection de la santé reflète la contribution des soins coordonnés offerts par des dispensateurs de services non hospitaliers après l'hospitalisation;
- l'amélioration de la réactivité de l'hôpital et des services qu'il offre à la population cible. Cette population peut être définie en fonction de critères géographiques ou démographiques, ou en fonction du type d'affections traitées ou du type de traitements offerts à l'hôpital;
- l'amélioration de la contribution des hôpitaux sur le plan de l'optimisation de l'utilisation des ressources du système de santé. Pour ce faire, les hôpitaux doivent maximiser l'atteinte des deux premiers résultats tout en minimisant la quantité de ressources et d'intrants utilisés.

Figure 11 : Cadre de performance des hôpitaux



Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Un cadre de performance dynamique

Le cadre de mesure de la PSS est un cadre dynamique et pragmatique. Il illustre les liens qui unissent les différentes dimensions de la performance. Le cadre des hôpitaux est une adaptation en cascade du cadre du système de santé. Il illustre lui aussi ces liens (voir la figure 11).

Le cadre représente le processus de production des hôpitaux (la zone blanche délimitée par une ligne pointillée) au sein du système de santé (la zone bleutée) et de l'ensemble des contextes démographique, économique, culturel et politique. Selon cette représentation, les activités dans les autres domaines du système de santé, de même que les déterminants sociaux de la santé et le degré d'attention qu'on leur porte, influent sur la performance des hôpitaux. Par exemple, les taux de survie dans un hôpital peuvent être plus faibles si les soins primaires au sein du système de santé sont inadéquats, ou si on note la présence de comportements nuisibles à la santé au sein de la population. Les encadrés de couleur dans la zone délimitée par la ligne pointillée représentent le processus de production d'un hôpital, plus précisément les intrants de la production des hôpitaux, de même que les extrants et les résultats qu'ils sont censés produire.

En ce qui a trait aux intrants, étant donné le contexte général du système de santé, les hôpitaux utilisent la gouvernance réactive et les ressources disponibles pour prendre des décisions sur l'affectation des ressources et adopter les initiatives novatrices les plus récentes. Ils sont ainsi en mesure de s'assurer que les processus de soins appropriés (cliniques et non cliniques) sont mis en œuvre et respectés au sein de l'hôpital. La mise en place de ces intrants devrait permettre d'obtenir des services de qualité (extrants), c'est-à-dire l'accès à des services hospitaliers de qualité supérieure axés sur les personnes, sécuritaires, pertinents et efficaces, et dispensés de façon efficiente. Tous ces extrants sont tributaires de l'efficacité des transactions réalisées entre les patients et les dispensateurs pendant la prestation des soins, compte tenu des besoins du patient et de la collectivité. L'atteinte de ces objectifs de qualité signifie que les résultats des soins hospitaliers, et par le fait même les résultats du système de santé, sont probablement eux aussi atteints.

Trois résultats hospitaliers sont présentés et décrits ci-dessous. Ils représentent les résultats à moyen terme du système de santé qui sont nécessaires à l'atteinte des trois objectifs du système. Puisque chaque hôpital ne constitue qu'une seule entité du système de santé, les résultats d'un hôpital ne contribuent qu'en partie à l'atteinte des objectifs du système de santé. La pleine réalisation des objectifs du système de santé dépend de la contribution de toutes ses parties ainsi que de leur interaction.

Si l'on tient compte du cadre sur la valeur en soins de santé (*What is Value in Health Care*) de Michael Porter et du fait que certains résultats peuvent être plus significatifs pour certains patients, on constate que les hôpitaux — en améliorant la survie du patient, le niveau de rétablissement et la protection de la santé — contribuent de trois façons à l'objectif du système de santé visant à améliorer l'état de santé[20]. La première consiste à améliorer la survie du patient. Cet aspect est de prime importance pour la majorité des patients hospitalisés et se mesure sur diverses périodes de temps selon l'affection du patient (p. ex. mortalité dans les 30 jours). La deuxième — soit l'amélioration du niveau de santé ou de rétablissement atteint ou maintenu à l'état optimal ou d'équilibre — peut être plus significative chez les patients âgés, qui accordent davantage d'importance à d'autres résultats. Selon M. Porter, ce domaine comprend diverses dimensions comme l'absence de maladie et des aspects pertinents de l'état fonctionnel[12]. Enfin, la troisième façon, c'est-à-dire la protection de la santé, renvoie à la capacité de s'assurer que la santé du patient sera protégée à sa sortie grâce à des soins continus coordonnés et intégrés, et aux comportements du patient. Ce troisième aspect est important parce qu'il est lié à la viabilité des deux résultats précédents ainsi qu'à la mesure dans laquelle cette viabilité est réalisable si le système est solidement intégré à l'échelle de divers dispensateurs de
services de santé.

Le deuxième résultat hospitalier défini dans le cadre de performance est la réactivité de l'hôpital aux besoins de la population visée par les services. Il englobe deux facteurs :

- la mesure dans laquelle les hôpitaux intègrent et coordonnent les soins hospitaliers avec les services offerts par d'autres dispensateurs et secteurs, de manière à ce que les patients obtiennent du soutien, à l'échelle du système de santé, à la suite de leur sortie;
- la mesure dans laquelle l'hôpital dispense des services de soins de courte durée qui répondent aux besoins de la collectivité.

Ce résultat hospitalier contribue à l'atteinte d'un objectif du système de santé, soit l'amélioration de la réactivité du système.

Le troisième et dernier résultat hospitalier, l'efficience des soins hospitaliers, évalue l'atteinte des deux premiers objectifs en fonction des ressources utilisées. Tout résultat qui s'éloigne de l'amélioration optimale de la santé ou de l'expérience positive du patient qui aurait été possible avec la même quantité de ressources constitue un signe d'inefficacité. L'atteinte de ce résultat contribue à l'objectif plus général qui consiste à optimiser l'utilisation des ressources du système de santé. Deux dimensions propres à d'autres quadrants sont étroitement liées à ce résultat hospitalier. La première est la prestation efficiente des services (efficience technique). Elle correspond à la maximisation des services offerts pour une quantité de ressources donnée (ou à la minimisation des ressources nécessaires pour obtenir des services donnés). La deuxième vise l'affectation des ressources à la disposition de l'hôpital de manière à offrir l'ensemble de services qui favorise le mieux l'atteinte des deux premiers résultats (efficience d'affectation). Bien que le premier aspect de la contribution hospitalière à l'optimisation des ressources s'inscrive dans les limites liées à la performance de l'hôpital, le deuxième peut être assujetti à des structures de gouvernance et organisationnelles imposées par le système de santé. Or, ces dernières peuvent limiter la capacité des hôpitaux à prendre des décisions au sujet des services à offrir ou de la répartition des ressources. L'évaluation de l'efficience d'affectation et, du fait, de la mesure dans laquelle l'hôpital contribue à optimiser l'utilisation des ressources n'est donc pas toujours utile.

Dimensions de la performance des hôpitaux et exemples d'indicateurs de la performance

Le tableau 3 définit formellement les principales dimensions du cadre de performance des hôpitaux décrit plus haut. Il contient aussi des exemples d'indicateurs qui peuvent servir à évaluer la performance dans chacune des dimensions. Un certain nombre de ces indicateurs sont publiés sur le site Votre système de santé : En détail et le tableau démontre comment ils pourraient être mis en correspondance avec le cadre de performance des hôpitaux décrit dans le présent document. Dans le cas des dimensions pour lesquelles aucun indicateur actuel n'est approprié, le tableau illustre à l'aide d'exemples les éléments susceptibles d'être mesurés.

Tableau 3 : Dimensions du cadre de performance des hôpitaux

Dimension	Définition	Exemples d'indicateurs
Facteurs exogènes		
Déterminants sociaux de la santé	Les déterminants sociaux de la santé correspondent aux facteurs extérieurs au système de santé qui influent sur la santé de la population. Dans le présent cadre, ils englobent les facteurs structurels tels que le revenu et le statut social, l'éducation et l'alphabétisation, le sexe et l'origine ethnique. Les facteurs structurels exercent leur influence en interrelation avec des facteurs intermédiaires tels que les circonstances matérielles, les conditions psychosociales et les facteurs comportementaux et biologiques.	• Les indicateurs sur le revenu, l'âge, l'environnement, l'éducation, les comportements et les modes de vie doivent être utilisés pour mettre en contexte les indicateurs relatifs aux résultats hospitaliers.
Système de santé	On entend par système de santé l'ensemble des organismes, personnes et activités ayant pour but principal de promouvoir, restaurer ou préserver la santé[7 (p. 3)].	• Les indicateurs sur l'utilisation des autres services du système de santé (soins primaires, santé publique, réadaptation, etc.) doivent être utilisés pour mettre en contexte les indicateurs relatifs aux résultats hospitaliers.
Intrants hospitaliers		
Gouvernance et direction de l'hôpital	La notion de gouvernance et de direction désigne la mesure dans laquelle un hôpital répond aux besoins de la collectivité, assure la continuité et la coordination des soins, favorise la santé, fait preuve d'innovation et fournit des soins à la population visée par ses services.	• Il est nécessaire de fournir des indicateurs sur l'intégration des hôpitaux, des soins primaires et de la santé publique et sur la prise en compte des besoins des patients avant de prendre des décisions sur l'affectation des ressources.
Quantité et qualité des ressources hospitalières	Les ressources hospitalières font référence aux ressources informationnelles, physiques et humaines utilisées pour dispenser des soins dans un hôpital. Le rôle de direction et de gouvernance permet d'établir des politiques et des procédures pour s'assurer que le personnel hospitalier dispose des compétences appropriées pour fournir les soins nécessaires aux patients, a accès à des programmes d'apprentissage et de formation continus, travaille dans un environnement positif et est satisfait de son travail. Les ressources physiques comprennent, notamment, les structures et installations physiques, tandis que les ressources informationnelles englobent l'utilisation de la technologie de l'information et la mise au point de systèmes qui fournissent de l'information pour appuyer la prise de décisions et la prestation des soins.	• Nombre total de lits disponibles et dotés de personnel • Budget total ou dépenses totales

(suite à la page suivante)

Tableau 3 : Dimensions du cadre de performance des hôpitaux (suite)

Dimension	Définition	Exemples d'indicateurs
Affectation efficiente des ressources hospitalières	L'affectation efficiente des ressources correspond à l'évaluation de la combinaison de ressources utilisée pour offrir des services de santé de façon à répondre aux attentes de la population globale et aux besoins de la population visée par les services de l'hôpital.	• Total des heures travaillées par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés • Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic • Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique • Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie
Ajustement aux besoins de la collectivité et aux besoins locaux	Cet ajustement renvoie à la capacité de l'hôpital à s'adapter continuellement de façon à répondre aux besoins en santé de la population visée. Pour ce faire, il doit comprendre ces besoins et collaborer avec des organismes externes de la collectivité afin de résoudre l'incidence des déterminants sociaux de la santé et de s'y ajuster.	• Il est nécessaire de fournir des indicateurs sur la collaboration des hôpitaux avec les organismes communautaires et la satisfaction des besoins locaux.
Innovation et capacité d'apprentissage de l'hôpital	La notion d'innovation renvoie à la mise en œuvre, dans un organisme, d'une nouvelle idée, générée à l'interne ou empruntée ailleurs, qui touche un produit, un dispositif, un système, un processus, une politique, un programme ou un service. La capacité d'apprentissage au sein du système de santé correspond à l'efficacité avec laquelle le système est en mesure « de favoriser la création, l'acquisition et le transfert des connaissances, ainsi que de s'adapter aux nouvelles connaissances et perspectives[1] ».	• Il est nécessaire de fournir des indicateurs sur la mise en œuvre de la technologie de l'information dans les hôpitaux, et les activités de transfert des connaissances, d'amélioration de la qualité, de mesure de la performance, etc. • Il est nécessaire de fournir des indicateurs sur le temps nécessaire à l'adoption des processus de pratiques exemplaires dans les hôpitaux (élaboration de lignes directrices cliniques, surveillance des processus, etc.).
Extrants hospitaliers		
Accès à des services hospitaliers de qualité supérieure	La notion d'accès à des services hospitaliers exhaustifs renvoie à la gamme de services hospitaliers offerts et à la capacité de l'hôpital à répondre aux besoins de la population visée ou d'un patient particulier sans que des obstacles financiers, organisationnels ou géographiques nuisent à la demande ou à l'obtention de tels services.	• Temps d'attente à l'urgence jusqu'à l'évaluation du médecin • Durée totale du séjour au service d'urgence • Chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche pratiquées dans les 48 heures suivant l'admission dans l'ensemble des établissements • Nombre de jours de fermeture du service d'urgence/nombre de jours où le service d'urgence fonctionnait au-delà de sa capacité

(suite à la page suivante)

Tableau 3 : Dimensions du cadre de performance des hôpitaux (suite)

Dimension	Définition	Exemples d'indicateurs
Services pertinents et efficaces	Cette notion désigne le processus grâce auquel un hôpital, selon l'état actuel des connaissances, fournit des soins ou services de santé de façon appropriée et compétente à tous les patients susceptibles d'en bénéficier et obtient les résultats attendus.	• Coronarographie à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) • Réadmission générale dans les 30 jours • Réadmission dans les 30 jours, soins obstétricaux • Réadmission dans les 30 jours, patients de 19 ans et moins • Réadmission dans les 30 jours, soins chirurgicaux • Réadmission dans les 30 jours, soins médicaux
Services sécuritaires	On parle de services sécuritaires lorsqu'un hôpital dispose de la structure appropriée et utilise les processus de prestation de soins permettant d'éviter ou de réduire les préjudices ou risques pour les dispensateurs de soins et l'environnement.	• Fractures de la hanche à l'hôpital chez les patients âgés (65 ans et plus) • Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins médicaux • Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins chirurgicaux • Traumatisme obstétrical, accouchement vaginal avec instrument • Traumatisme obstétrical, accouchement vaginal sans instrument • Infections nosocomiales (taux de sepsie, etc.)
Services axés sur les personnes	On parle de services axés sur les personnes lorsque l'hôpital place les patients au cœur de la prestation des soins et services, en tenant compte des besoins et attentes des patients et de leur famille, ainsi que des facteurs suivants : niveau d'autonomie, accès à des réseaux de soutien hospitaliers, communication, confidentialité, dignité, choix du dispensateur et désir d'obtenir des soins en temps opportun. Il s'agit de la capacité de l'hôpital à donner aux patients et aux cliniciens l'accès à toute l'information requise sur l'état et les traitements d'un patient, afin qu'ils en tiennent compte et que le patient reçoive les services de santé appropriés. La notion d'expérience des patients quant aux services hospitaliers est liée à la prestation de soins adaptés, qui respectent les préférences, les besoins et les valeurs du patient, et à l'assurance que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques. Cette notion renvoie aussi à la mesure dans laquelle les patients et la population visée par les services de l'hôpital considèrent les services hospitaliers comme une composante transparente (coordonnée et intégrée) de l'expérience des patients dans le système de santé.	• Contention pour les patients atteints d'une maladie mentale à titre de mesure de traitement empreint d'humanité • Taux de transferts vers un autre établissement • Indicateurs de l'expérience des patients • Il est nécessaire de fournir des indicateurs sur les domaines de la réactivité, en particulier ceux qui concernent l'intégration et la coordination des soins hospitaliers avec les services offerts par d'autres dispensateurs de soins.

(suite à la page suivante)

Tableau 3 : Dimensions du cadre de performance des hôpitaux (suite)

Dimension	Définition	Exemples d'indicateurs
Prestation efficiente des services	La prestation efficiente des services désigne la mesure dans laquelle l'hôpital maximise le volume de services de santé dispensés pour une utilisation minimale de ressources.	• Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales • Coût d'un séjour standard à l'hôpital • Nombre de cas de patients hospitalisés (sorties) • Pondération de la consommation moyenne des ressources • Durée moyenne du séjour • Pourcentage des jours en niveau de soins alternatif • Pourcentage des cas de niveau de soins alternatif • Nombre total de lits disponibles et dotés de personnel
Résultats hospitaliers		
Survie du patient, niveau de rétablissement et protection de la santé	La survie est de prime importance pour la majorité des patients hospitalisés et se mesure sur diverses périodes selon l'affection. Le niveau de santé ou de rétablissement atteint ou maintenu à l'état optimal ou d'équilibre renvoie à diverses dimensions, comme l'absence de maladie et des aspects pertinents de l'état fonctionnel. La protection de la santé renvoie à la capacité de s'assurer que la santé du patient sera protégée à sa sortie grâce à des soins continus intégrés et aux comportements du patient.	• Ratio normalisé de mortalité hospitalière • Décès à l'hôpital à la suite d'une chirurgie majeure • Mesures des résultats déclarés par les patients
Réactivité aux besoins de la population visée par les services	Cette notion désigne la mesure dans laquelle l'hôpital s'assure que les besoins continus de ses patients sont satisfaits lorsqu'ils obtiennent leur congé, ce qui comprend l'orientation vers des ressources communautaires ou encore des partenariats avec d'autres professionnels de la santé. Il s'agit également de la mesure dans laquelle l'hôpital dispense des services de soins de courte durée qui répondent aux besoins de ses patients.	• Indicateurs sur l'intégration et la coordination des soins hospitaliers avec d'autres services de santé • Indicateurs sur la façon dont l'hôpital répond aux besoins de la collectivité au fil du temps
Optimisation de l'utilisation des ressources hospitalières	La contribution hospitalière à l'optimisation de l'utilisation des ressources du système de santé mesure l'atteinte des objectifs de protection de la santé, de survie du patient et de réactivité compte tenu des ressources utilisées et par rapport au plus haut niveau atteignable.	• Indicateurs établissant un lien entre la capacité à atteindre les deux premiers résultats en fonction des ressources utilisées

Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Harmonisation avec les cadres de performance des hôpitaux existants

En guise de dernière étape pour l'élaboration d'un cadre de performance des hôpitaux à partir du cadre de mesure de la PSS, il faut évaluer le degré d'harmonisation du cadre décrit ci-dessus avec les concepts utilisés dans d'autres cadres validés sur la performance des hôpitaux. Deux cadres de performance des hôpitaux sont utilisés aux fins de cet examen :

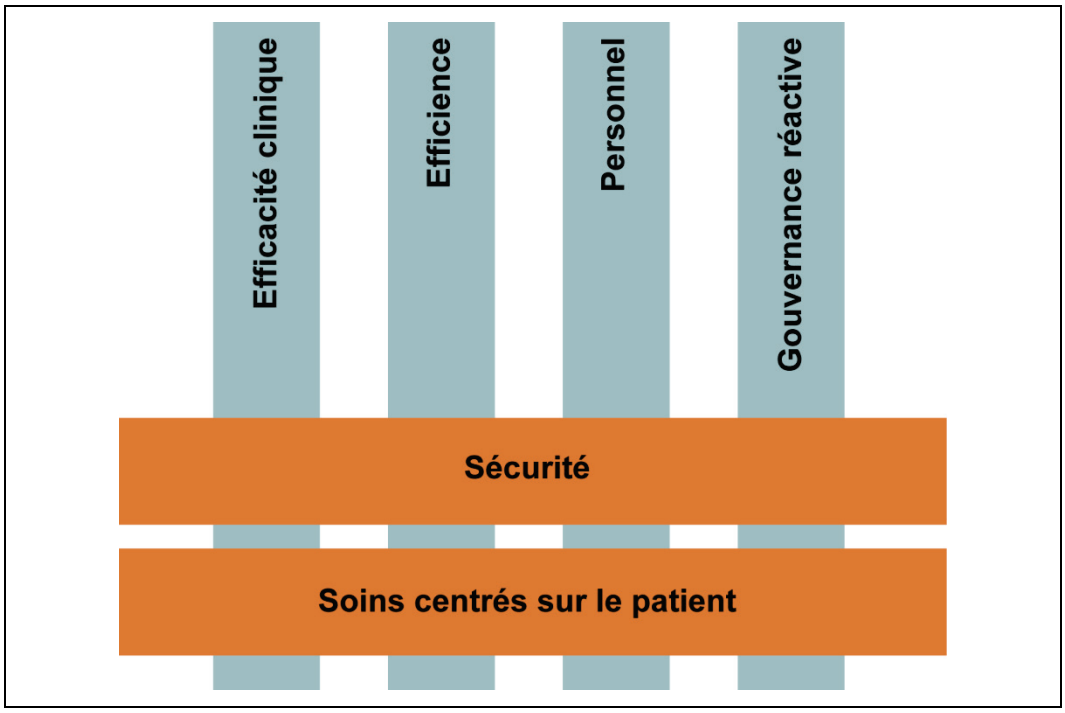
- l'outil d'évaluation de la performance en matière d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux (PATH), conçu par l'OMS et utilisé à l'échelle internationale;
- la carte de pointage équilibrée, utilisée en Ontario pour mesurer la performance des hôpitaux et diffuser de l'information sur le sujet.

Outil d'évaluation de la performance en matière d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux (PATH)

Le cadre PATH peut servir à évaluer la performance des hôpitaux. Il a été élaboré avec l'aide d'experts internationaux au terme d'un examen exhaustif de la littérature didactique de divers pays. Plus particulièrement, il est fondé sur les résultats d'une série de quatre ateliers réunissant des experts en évaluation de la performance des hôpitaux, d'un examen exhaustif de la littérature sur la performance des hôpitaux et d'une enquête menée dans 20 pays européens. Enfin, l'outil a fait l'objet d'un examen externe, grâce à sa mise à l'essai dans huit pays et à sa mise en œuvre dans huit autres pays européens[18, 21].

Le cadre PATH repose sur un modèle conceptuel (figure 12) composé de six dimensions interreliées : l'efficacité clinique, la sécurité, les soins centrés sur le patient, la gouvernance réactive, l'orientation du personnel et l'efficience. Ces dimensions représentent une synthèse de différentes théories sur la performance organisationnelle[22, 23].

Figure 12 : Modèle théorique PATH relatif à la performance des hôpitaux



Source
Adapté de Veillard J, Champagne F, Klazinga N, et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005;17(6):487-496.

Les dimensions du cadre PATH représentent des domaines de la performance des hôpitaux qui sont importants pour ce qu'ils sont, mais aussi en raison de leur interaction. Deux des dimensions (la sécurité et les soins centrés sur le patient) recoupent les quatre autres dimensions de la performance des hôpitaux (l'efficacité clinique, l'orientation du personnel, l'efficience et la gouvernance réactive), ce qui signifie que la performance de ces deux dimensions tient compte des aspects de la performance des quatre autres. Chaque dimension comporte par ailleurs différentes sous-dimensions, lesquelles représentent une synthèse de diverses théories sur la performance organisationnelle. Ces sous-dimensions ont été étayées par l'étude d'autres modèles conceptuels de la performance et l'opinion d'experts[21]. Les six dimensions sont brièvement décrites dans le tableau 4 ci-dessous. L'annexe C fournit une définition de ces dimensions et des sous-dimensions connexes.

Le tableau 4 établit une correspondance entre chacune des dimensions du cadre PATH et chacun des principaux domaines du cadre de performance en cascade des hôpitaux. Il démontre ainsi la similitude entre les dimensions de la performance du cadre PATH et celles du cadre de mesure de la PSS et du cadre en cascade des hôpitaux.

Tableau 4 : Mise en correspondance des dimensions du cadre PATH au cadre en cascade de l'ICIS

Dimension PATH	Définition PATH[13]	Correspondance des sous-dimensions dans le cadre en cascade de l'ICIS
Efficacité clinique	Capacité d'un hôpital de fournir, selon l'état actuel des connaissances, des soins ou services de santé de façon appropriée et compétente à tous les patients susceptibles d'en bénéficier et d'obtenir les résultats attendus.	• Conformité aux processus de soins (direction et gouvernance) • Résultats des processus de soins • Pertinence et efficacité des soins
Efficience	Utilisation optimale des intrants à l'échelle de l'hôpital afin d'optimiser les extrants compte tenu des ressources disponibles.	• Affectation des ressources de façon à dispenser le groupe de services convenant aux besoins des patients • Production du maximum d'extrants pour des intrants donnés
Orientation du personnel	Mesure dans laquelle le personnel hospitalier dispose des compétences appropriées pour fournir les soins nécessaires aux patients, a accès à des programmes d'apprentissage et de formation continus, travaille dans un environnement positif et est satisfait de son travail.	• Innovation et capacité d'apprentissage de l'hôpital • Améliorer la qualité des ressources humaines de l'hôpital
Gouvernance réactive	Mesure dans laquelle un hôpital répond aux besoins de la collectivité, assure la continuité et la coordination des soins, favorise la santé, fait preuve d'innovation et fournit des soins à l'ensemble des citoyens.	• Gouvernance réactive et direction • Coordination appropriée des services avec ceux d'autres dispensateurs lors de la sortie • Respect des processus appropriés
Sécurité	L'extrant « sécurité » est atteint lorsqu'un hôpital dispose de la structure appropriée et utilise les processus de prestation de soins permettant d'éviter ou de réduire les préjudices ou risques pour les dispensateurs de soins et l'environnement.	• Services sécuritaires • Soutien aux ressources humaines de l'hôpital • Gouvernance réactive qui respecte l'environnement de la collectivité
Soins centrés sur le patient	On parle de soins centrés sur le patient lorsque l'hôpital place les patients au cœur de la prestation de soins et services, en tenant compte des besoins et attentes des patients et de leur famille, ainsi que des facteurs suivants : niveau d'autonomie, accès à des réseaux de soutien hospitaliers, communication, confidentialité, dignité, choix du dispensateur et désir d'obtenir des soins en temps opportun.	• Accès à des soins en temps opportun, sans avoir à surmonter des obstacles • Services axés sur les personnes

Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Carte de pointage équilibrée pour les hôpitaux

Au milieu des années 1990, une carte de pointage équilibrée a été proposée pour mesurer la performance des hôpitaux canadiens[19]. Le Hospital Report Research Collaborative a utilisé cette carte de pointage équilibrée comme cadre pour produire un ensemble de 30 rapports sur la performance des hôpitaux ontariens de 1999 à 2008 visant à souligner et à promouvoir l'excellence en matière de prestation de soins hospitaliers[24]. Ce cadre tenait compte des quatre quadrants de la carte de pointage mise au point par Kaplan et Norton du point de vue des hôpitaux ontariens[25, 26]. L'annexe D présente ces quatre quadrants et la façon dont ils s'appliquent aux hôpitaux de l'Ontario. Pour sa part, l'ICIS s'est fondé sur les principes de la carte de pointage équilibrée pour établir le cadre du Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC) — un outil Web lancé en 2012 pour explorer les résultats des indicateurs de performance des hôpitaux canadiens.

À l'instar des cadres de mesure de la performance du système de santé et des hôpitaux, la carte de pointage équilibrée accorde une importance particulière à l'interaction entre les différents aspects de la performance, notamment la façon dont la performance dans un aspect influe sur la performance dans les autres. Par exemple, une performance élevée dans l'aspect « innovation et apprentissage » peut favoriser la prestation de services plus efficaces (aspect « fonctionnement interne ») et entraîner une amélioration dans l'aspect « finances ».

Tableau 5 : Mise en correspondance des dimensions du cadre en cascade des hôpitaux aux aspects de la carte de pointage équilibrée

Aspect de la carte de pointage équilibrée[11]	Quadrant du cadre des hôpitaux*		
	Caractéristiques et intrants hospitaliers	Extrants hospitaliers	Résultats hospitaliers
Client		• Accès à des services de soins de courte durée de qualité supérieure – Services axés sur les personnes – Services sécuritaires – Services pertinents et efficaces	• Rétablissement, survie du patient et protection de la santé • Réactivité aux besoins des patients et de la population visée par les services
Fonctionnement interne	• Gouvernance et direction de l'hôpital • Quantité et qualité des ressources hospitalières • Innovation et capacité d'apprentissage de l'hôpital • Ajustement ou réactivité aux besoins de la collectivité et aux besoins locaux • Affectation efficiente des ressources hospitalières		

(suite à la page suivante)

Tableau 5 : Mise en correspondance des dimensions du cadre en cascade des hôpitaux aux aspects de la carte de pointage équilibrée (suite)

Aspect de la carte de pointage équilibrée[11]	Quadrant du cadre des hôpitaux*		
	Caractéristiques et intrants hospitaliers	Extrants hospitaliers	Résultats hospitaliers
Innovation et apprentissage	• Ajustement ou réactivité aux besoins de la collectivité et aux besoins locaux • Innovation et capacité d'apprentissage de l'hôpital		
Finances	• Affectation efficiente des ressources hospitalières	• Prestation efficiente des services	• Optimiser l'utilisation des ressources

Remarque

* Le quadrant des déterminants sociaux de la santé est exclu, puisqu'il n'est pas compris dans les limites liées à la performance de la carte de pointage équilibrée pour les hôpitaux.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Comme l'indique le tableau 5, les dimensions de la performance incluses dans le quadrant des caractéristiques et intrants hospitaliers du cadre en cascade correspondent étroitement à l'aspect « fonctionnement interne » de la carte de pointage équilibrée. Ces dimensions s'harmonisent également avec les concepts des aspects « innovation et apprentissage » et « finances » en ce qui concerne la façon dont l'hôpital répartit ses ressources.

Le quadrant des extrants hospitaliers du cadre de performance des hôpitaux tient surtout compte de la qualité des services et de la capacité à donner accès à ces services en temps opportun. Ces facettes de la qualité sont particulièrement liées à l'aspect « client » de la carte de pointage équilibrée. Par ailleurs, la dimension « prestation efficiente des services » dans le quadrant des extrants hospitaliers est prise en compte dans l'aspect « finances » de la carte de pointage équilibrée.

Enfin, les résultats hospitaliers représentent les résultats ou l'incidence des services hospitaliers contribuant directement à l'atteinte des résultats clés du système de santé. À l'échelle de l'hôpital, les résultats sont les suivants :

- amélioration du niveau de rétablissement et de la survie du patient, et protection de la santé à long terme, grâce à l'intégration et à la coordination des soins avec d'autres ressources et services de santé;
- contribution à la réactivité du système de santé en répondant aux besoins de la collectivité et aux besoins locaux, et en veillant à ce que la prestation des services hospitaliers fasse partie intégrante d'un système intégré;
- contribution à l'objectif d'optimiser l'utilisation des ressources du système de santé.

Ces résultats clés figurent dans les aspects « client » et « finances » de la carte de pointage équilibrée. Comme le montrent les tableaux 4 et 5, les concepts énoncés dans le présent cadre de performance des hôpitaux s'harmonisent très bien avec les deux autres cadres de la performance des hôpitaux examinés. Ils définissent des intrants, des processus et des résultats

semblables comme des éléments importants de la PSS. Toutefois, l'élaboration d'un cadre en cascade pour les hôpitaux vise à établir une correspondance nette entre le cadre de performance du système de santé et celui des hôpitaux. Elle vise à illustrer dans quelle mesure la performance de l'hôpital contribue à l'atteinte des objectifs du système de santé. Ces concepts ont donc été adaptés dans un nouveau cadre qui permet aux intervenants concernés de visualiser la contribution des hôpitaux à la PSS.

Conclusions

Au cours des 10 dernières années, de nombreux cadres de performance ont été élaborés pour évaluer la performance des hôpitaux. Bien que ces cadres remplissent diverses fonctions, ils visent tous à mieux faire comprendre la structure sous-jacente d'un hôpital et ses liens avec les facteurs qui stimulent la performance. Toutefois, pour qu'un outil d'évaluation de la performance des hôpitaux serve à tous les intervenants de façon optimale, il doit tenir compte de la complexité et de la nature dynamique des processus hospitaliers, ainsi que du rôle de l'hôpital dans le contexte du système de santé.

Pour répondre à ces préoccupations, l'ICIS a conçu un cadre de performance des hôpitaux à partir du cadre de mesure de la PSS. La conception repose sur un processus d'adaptation en cascade du cadre d'un système de santé à des organismes ou à des sous-systèmes du système de santé (comme le décrit la section 1). Elle illustre donc comment ces concepts peuvent s'appliquer aux hôpitaux. La nature en cascade du cadre de performance des hôpitaux rend compte des interdépendances entre les dimensions du système de santé et le processus de production des hôpitaux. Cette nouvelle approche pourrait s'avérer utile aux intervenants, car elle détermine plus précisément les domaines où la performance des hôpitaux peut contribuer à l'atteinte des objectifs du système de santé et où les décisions d'affectation à l'échelle des systèmes peuvent influer sur le processus de production des hôpitaux.

Le cadre de performance en cascade des hôpitaux souligne comment les intrants, les extrants et les résultats hospitaliers découlent du système de santé, et l'appuient. Or, il doit aussi être conforme aux cadres de performance des hôpitaux existants qui ont déjà été validés. Cela permet de s'assurer que le cadre en cascade tient compte des dimensions et des concepts qui revêtent une importance particulière dans les cadres de performance tels que PATH ou la carte de pointage équilibrée pour les hôpitaux. Le nouveau cadre décrit dans la présente section vise à faire la lumière sur les domaines où diffèrent la compréhension et les centres d'intérêt au chapitre des cadres de performance du système de santé et des hôpitaux, principalement en raison des multiples niveaux d'analyse.

Le cadre en cascade relie les objectifs de performance et le processus de production énoncés dans le cadre de mesure de la PSS aux résultats hospitaliers et à des exemples d'indicateurs hospitaliers existants. Cette mise en correspondance donne lieu à la création d'un cadre distinct de performance des hôpitaux qui permet d'évaluer la performance des hôpitaux tout en maintenant des liens étroits avec le cadre du système de santé, de sorte qu'il est possible de déterminer l'interrelation entre ces deux niveaux d'analyse. En somme, le cadre de performance des hôpitaux aide les responsables de l'élaboration des politiques ainsi que les gestionnaires et les dirigeants du système de santé et des hôpitaux à mieux interpréter les activités et les indicateurs liés à la performance des hôpitaux dans le contexte global du système de santé.

3. Un cadre de mesure de la performance pour les soins de longue durée

Introduction

Dans la présente section, nous proposons un cadre de mesure de la performance des soins de longue durée au Canada conforme au cadre de mesure de la PSS de l'ICIS. Ce cadre vise à décrire clairement les éléments fonctionnels du système de soins de longue durée et à les situer dans le système de santé en général. Le modèle proposé est largement inspiré des travaux antérieurs dans ce domaine, en particulier le projet européen ANCIEN[20, 27], qui décrit les éléments fonctionnels des soins de longue durée. Nous montrons comment le cadre existant et les indicateurs qui le composent peuvent être harmonisés avec les objectifs de performance du système de santé pour créer un cadre en cascade permettant d'évaluer l'ensemble du secteur des soins de longue durée, ou certains des services ou organismes qui en font partie.

Les soins de longue durée au Canada

Comme le signale l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le terme « services de soins de longue durée » renvoie à l'organisation et à la prestation d'une vaste gamme de services et d'aide aux personnes affichant une capacité limitée à fonctionner de manière autonome au quotidien pendant une période prolongée[28 (p. 1)]. Cette définition présente deux volets complémentaires : les soins sont dispensés pendant une longue période, et ils s'inscrivent habituellement dans le cadre d'un programme intégré englobant divers services. Les services peuvent être dispensés dans divers milieux, notamment en établissement, en hébergement ou à domicile. La plupart des bénéficiaires de ce type de soins sont des Canadiens âgés, mais il importe de noter que de nombreux organismes de soins de longue durée offrent également des soins à des personnes plus jeunes ayant des besoins complexes. Dans le présent document, l'accent est mis uniquement sur les soins de longue durée aux personnes âgées.

La publication *Vivre bien et plus longtemps* du gouvernement ontarien décrit trois attributs fondamentaux des soins de longue durée[29] :

- Les soins de longue durée intègrent bien les modèles de soins médicaux et sociaux, offrant des services souples et holistiques aux adultes — souvent en fin de vie ou qui ne peuvent plus vivre de façon autonome dans la collectivité — ayant de très grands besoins sur les plans physique, social, psychologique et personnel.
- Les soins de longue durée sont dispensés par des équipes interdisciplinaires ayant une expérience et une expertise approfondies en matière de prestation de soins pour malades chroniques, selon une philosophie axée sur le rétablissement qui permet aux bénéficiaires d'atteindre un niveau de fonctionnement optimal et de préserver leur dignité.
- Les soins de longue durée permettent d'offrir des services à un prix garanti, en optimisant l'utilisation de ressources limitées.

Ces attributs mettent en lumière la gamme de services qu'englobent les soins de longue durée et soulignent l'importance de la coordination et de l'intégration avec les autres secteurs des

soins de santé et des services sociaux. Lors de la planification et du suivi des services de soins de longue durée, il est important d'établir les divers besoins que présenteront les personnes âgées afin de dispenser les services les plus appropriés. Contrairement aux soins médicaux traditionnels, où les besoins sont souvent fondés sur le diagnostic ou la maladie à traiter, le besoin de soins de longue durée est déterminé par la capacité fonctionnelle de la personne.

Pour assurer une capacité fonctionnelle optimale, la démarche de planification des capacités doit tenir compte des besoins de la vie quotidienne et des besoins de courte durée, ce qui exige de combiner divers aspects du système de santé, dont les soins primaires, les services préventifs, les soins en hébergement, les soins hospitaliers et les soins de courte durée. Comme l'indique la figure 13, ce continuum de soins comprend un certain nombre de services qui répondent aux besoins de ce groupe de population. Parmi ces services figurent les activités de promotion de la santé, l'adaptation des collectivités aux aînés, la diversification des types de logements avec services de soutien et de maisons de retraite, ainsi que la création de nouveaux modèles de soins. Le fait d'assurer l'accessibilité des soins de longue durée en hébergement de haute qualité pour les personnes qui en ont besoin en temps opportun fait également partie du continuum[22].

Figure 13 : Le continuum des soins aux personnes âgées

Autogestion		Soins axés sur le consommateur					Gestion de cas	
Promotion de la santé et sensibilisation		Services à domicile		Résidences avec services		Soins de longue durée		Soins palliatifs
Soutien informel	Visites préventives	Aide ménagère	Soins personnels	Réautono-misation	Soins infirmiers	Soins intermédiaires	Soins spécialisés	Soins de confort
Programmes de bénévolat		Services communautaires et de proximité		Programmes de jour et de nuit			Programmes et unités spécialisés	
Logement classique		Logement adapté		Hébergement de courte durée		Hébergement collectif		Logement avec services

Source
Reproduit avec la permission du gouvernement de l'Ontario. *Vivre bien et plus longtemps*. Ministre de la Santé et des Soins de longue durée; 20 décembre 2012.

Bien que les services de soins de longue durée englobent les soins en hébergement, d'autres types de services sont également essentiels aux personnes âgées. Au Canada, les taux de placement en établissement chez les personnes de 75 ans et plus ont baissé depuis les années 1980, mais ils n'en demeurent pas moins élevés chez ces personnes très âgées. Les soins en hébergement représentent donc toujours un aspect important des soins de longue durée[30]. Dans la plupart des pays de l'OCDE, de 50 % à 75 % de tous les soins de longue durée formels sont dispensés dans un contexte de services à domicile[31].

Les services de soins de longue durée au Canada comprennent une vaste gamme de services qui visent à dispenser les soins les plus appropriés en fonction des différents besoins de la population. De plus, une bonne partie des personnes âgées qui reçoivent des soins de longue durée accèdent également à d'autres types de services et ont de multiples points d'interaction dans l'ensemble du système de soins de santé.

Selon un rapport de l'ICIS sur le vieillissement, la plupart des personnes âgées (95 %) ont un médecin de famille régulier, mais certains ont de la difficulté à obtenir une consultation[32]. Les personnes âgées atteintes d'affections chroniques multiples sont susceptibles de consulter leur médecin plus fréquemment que celles ne souffrant d'aucune ou d'une seule affection chronique. En outre, plus de la moitié des personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments utilisent régulièrement des médicaments d'ordonnance pour traiter deux maladies chroniques ou plus[24].

Lorsque les personnes âgées développent une affection aiguë, elles peuvent avoir besoin de soins en milieu hospitalier, auxquels elles accèdent souvent par le service d'urgence. Selon les données de l'ICIS, les personnes âgées sont susceptibles de séjourner plus longtemps au service d'urgence que les autres adultes[32]. Les patients hors service d'urgence dont la phase de soins de courte durée est terminée, mais qui demeurent dans un lit de soins de courte durée en attente d'un transfert vers un milieu offrant les soins continus nécessaires sont considérés comme des patients en niveau de soins alternatif (NSA). Près de 85 % d'entre eux ont plus de 65 ans et environ 35 % ont plus de 85 ans. Le rapport de l'ICIS indique que de nombreux hôpitaux se penchent sur les questions de cheminement des patients et de pertinence des soins hospitaliers, en particulier en ce qui a trait aux soins de fin de vie dans les hôpitaux.

La plupart des personnes âgées préfèrent conserver leur autonomie : selon le rapport, on estime qu'environ 93 % d'entre elles vivent dans un logement privé[32]. Divers services formels et informels peuvent aider les personnes âgées à demeurer dans la collectivité le plus longtemps possible, notamment les services à domicile (une combinaison de soins et de services de soutien à domicile dispensés par du personnel qualifié), des soins informels (dispensés bénévolement par un aidant naturel, habituellement le conjoint ou un membre de la famille) et des programmes de soutien communautaire.

Le soutien offert par des aidants naturels, ou soins informels, est un autre facteur important qui permet à de nombreuses personnes âgées de continuer à vivre dans la collectivité en toute sécurité et de manière autonome[32]. Ces soins sont le plus souvent dispensés bénévolement par des membres de la famille, des amis ou des voisins. On estime à plus de 2 millions le nombre d'aidants naturels de 45 ans et plus au Canada et à environ 97 % la proportion des bénéficiaires de services à domicile qui ont un aidant naturel[33]. L'aidant naturel est le conjoint de la personne dans près du tiers des cas, ou encore son enfant ou le conjoint de l'un de ses enfants dans près de la moitié des cas[25].

Divers services communautaires offrant des niveaux de soins intermédiaires permettent de combler les besoins des personnes âgées. Les logements avec services de soutien (également appelés résidences avec services) font partie de cette catégorie. Bien que la nature de ce type d'hébergement varie d'un dispensateur à l'autre, il s'agit habituellement d'une combinaison de logement permanent et d'accès à des services de soutien.

Même si la majorité des personnes âgées souhaitent vivre chez elles le plus longtemps possible, les établissements de soins en hébergement peuvent s'avérer nécessaires pour celles qui ont un grand besoin de soins et de services. Les taux de placement en établissement ont diminué au cours des dernières décennies chez les personnes âgées, peut-être en raison d'un accès accru aux services à domicile et aux services de soutien communautaire,

de l'amélioration de l'état de santé général de la population et des avancées technologiques. Il n'est donc pas étonnant qu'aujourd'hui, les résidents des établissements de soins de longue durée reçoivent des soins plus intensifs que par le passé[32].

Étant donné le vieillissement de la population canadienne, les différences dans l'organisation des services de soins de longue durée d'une région à l'autre et l'éventail de services (dans divers secteurs) offerts à la population, les responsables de l'élaboration des politiques doivent de plus en plus surveiller la performance des organismes de soins de longue durée et leur apport à la performance globale du système de santé.

Cadres de performance existants pour les soins de longue durée

Les responsables du projet Assessing Needs of Care in European Nations (évaluation des besoins en matière de soins dans les pays européens, ou ANCIEN), financé par l'Union européenne, ont récemment effectué une revue de la littérature sur la performance des systèmes de soins de longue durée[27] afin de recenser les cadres de performance existants et d'en établir un qui répondrait à leurs besoins. Compte tenu de sa publication récente, cette revue a servi ici de fondement à un examen des cadres utilisés pour les soins de longue durée. D'autres cadres ou initiatives de mesure de la performance jugés potentiellement utiles ont également été examinés. En fin de compte, les sept cadres ou initiatives de mesure de la performance suivants ont été étudiés pour déterminer quels intrants, extrants et résultats sont le plus souvent mesurés, et comment ces derniers sont regroupés et organisés :

- Cadre de l'OMS de 2003[34]
- Document *Conceptual Framework and Methods for Analysis of Data Sources for Long-Term Care Expenditure* de l'OCDE[28]
- Document *Raising Expectations: A State Scorecard on Long-Term Services and Supports for Older Adults, People With Physical Disabilities, and Family Caregivers* de l'American Association for Retired Persons (AARP)[35]
- Instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal (RAI-MDS)[36]
- Cadre de performance ANCIEN[27]
- Cadre INTERLINKS[37]
- Five-Star Quality Rating System (système de cotes de qualité à cinq étoiles) des Centers for Medicare and Medicaid Services[38]

Fait intéressant, les cadres des soins de longue durée n'offraient pas une analyse aussi détaillée des éléments fonctionnels du système que les nombreux cadres axés sur d'autres services de santé. Ils mettaient davantage l'accent sur la description des dimensions d'intérêt afin de regrouper les indicateurs en catégories distinctes. Le tableau 6 résume les dimensions ou les objectifs principaux relevés dans les cadres ou initiatives à l'étude. Certains des cadres examinés, comme le cadre de l'OCDE et le cadre INTERLINKS, n'ont pas été créés pour évaluer la performance, mais ils fournissent néanmoins une description intéressante et détaillée des divers éléments du système de soins de longue durée.

Comme mentionné plus haut, le cadre de performance ANCIEN a été élaboré à la suite d'un examen de certains des cadres présentés ci-dessus (et décrits au tableau 6). Le cadre ANCIEN a servi de principal point de départ lors de l'application du cadre du système de santé élaboré par l'ICIS au secteur des soins de longue durée. La principale caractéristique du cadre ANCIEN est la distinction qu'il établit entre trois catégories d'objectifs[27] :

- les objectifs ultimes (résultats pour les personnes et la société) — les résultats attendus du système de soins de longue durée pour les utilisateurs, les soignants et la société;
- les objectifs intermédiaires (résultats à l'échelle du système) — les résultats à l'échelle du système de soins de longue durée qui sont essentiels à l'atteinte des résultats attendus pour les personnes et la société;
- les caractéristiques et les intrants du système — les caractéristiques nécessaires pour assurer le fonctionnement du système et l'atteinte des résultats attendus.

Tableau 6 : Dimensions ou objectifs principaux des soins de longue durée relevés dans les cadres à l'étude

Cadre	Dimensions ou objectifs principaux du cadre des soins de longue durée
OMS[26]	L'objectif des soins de longue durée est de veiller à ce que les personnes qui éprouvent des difficultés à s'occuper d'elles-mêmes à long terme préservent la meilleure qualité de vie possible, en maintenant le plus haut degré possible d'indépendance, d'autonomie, d'activité, d'épanouissement personnel et de dignité humaine[26 (p. 228)]. **Dimension de la santé** (capacité fonctionnelle, autres mesures de l'état de santé propres aux affections majeures, qualité de vie liée à la santé). **Dimension de la réactivité** (dignité et droits de la personne, autonomie, confidentialité, qualité des équipements de base, accès à un réseau de soutien social, choix du dispensateur).
AARP[27]	Abordabilité et accès, choix du milieu et du dispensateur, qualité de vie et qualité des soins, soutien aux proches aidants, coordination des soins de longue durée et des services médicaux.
RAI-MDS[28]	L'objectif principal est l'amélioration de la qualité des soins, grâce à la consignation des besoins et des forces, ainsi qu'au soutien fondé sur des données probantes offert aux personnes qui s'occupent des personnes âgées.
ANCIEN[19]	**Résultats pour les utilisateurs et la société** (qualité de vie et juste équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les besoins sociétaux). **Résultats à l'échelle du système** (qualité des soins, accessibilité des soins, fardeau total des soins de longue durée, équité, amélioration de la capacité fonctionnelle et réduction des besoins en soins de longue durée). **Caractéristiques du système** (soutien aux aidants naturels, choix du milieu et des dispensateurs, intégration et coordination avec les soins de santé et les services sociaux, simplicité du système et information).
INTERLINKS[29]	Définition des soins de longue durée, politiques et gouvernance, cheminements et processus, gestion et leadership, structures organisationnelles, moyens et ressources.

Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Systèmes en cascade et cadre des soins de longue durée au Canada

Comme décrit plus haut, le cadre de mesure de la PSS de l'ICIS a pour but de fournir aux responsables de l'élaboration des politiques et aux gestionnaires un outil permettant d'améliorer la performance du système de santé. Le cadre en cascade des soins de longue durée vise à mettre les éléments fonctionnels du système de soins de longue durée en correspondance avec les éléments du cadre du système de santé pour que les gestionnaires du système puissent appliquer les concepts. Pour ce faire, le cadre du système doit englober tous les facteurs relatifs au système de santé et au système de soins de longue durée, de même que les facteurs qui déterminent l'atteinte des principaux objectifs. Cette opération peut s'avérer difficile, les limites du système de soins de longue durée n'étant pas toujours bien définies. En effet, comme mentionné plus haut, les soins de longue durée englobent divers milieux et divers dispensateurs qui offrent des soins de santé, des services sociaux et des soins informels. Il est essentiel que tous ces intrants soient inclus dans le cadre pour favoriser la transparence et la responsabilisation.

Le cadre de mesure de la PSS de l'ICIS est fondé sur la définition du système de santé élaborée par l'OMS : « un système de santé est formé de l'ensemble des organismes, personnes et activités ayant pour but principal de promouvoir, restaurer ou préserver la santé. Cela comprend les efforts déployés pour influer sur les déterminants de la santé et les activités plus directes d'amélioration de la santé[7 (p. 3)]. » [Traduction libre] Cette définition très large illustre une approche inclusive des activités de santé publique et de promotion de la santé, ainsi que de la coordination et de l'intégration avec d'autres secteurs, comme les services sociaux. De plus, la reconnaissance explicite des personnes « ayant pour but principal de promouvoir, restaurer ou préserver la santé » inclut non seulement le personnel soignant, mais également les aidants naturels, particulièrement importants dans le contexte des soins de longue durée.

La création d'un cadre propre aux soins de longue durée à partir du cadre du système pose également le défi de représenter de nombreux types de soins. En effet, comme il a été mentionné à la section 2, les soins de longue durée au Canada englobent divers services dispensés dans divers milieux, dont les centres de soins infirmiers, les résidences privées et la collectivité. Puisque le cadre de mesure de la performance vise à décrire les principaux objectifs du système de soins de longue durée et à cerner les points à améliorer, il est important que le cadre en cascade puisse s'appliquer à l'ensemble des services visés.

Lors de l'élaboration du cadre en cascade des soins de longue durée, plusieurs facteurs doivent être pris en considération pour rendre compte, d'une part, de la relation entre les quadrants du cadre du système et les éléments fonctionnels des soins de longue durée, et, d'autre part, des différences d'un milieu de prestation à l'autre en ce qui a trait aux éléments fonctionnels. Établies à partir de l'examen des cadres décrits plus haut et largement inspirées du cadre de performance ANCIEN, les grandes dimensions des soins de longue durée ont été classées en trois volets (voir la description au tableau 7) :

- résultats pour les personnes et la société
- résultats à l'échelle du système
- caractéristiques du système[27]

Tableau 7 : Éléments fonctionnels d'un cadre des soins de longue durée, par volet

Dimension des soins de longue durée	Définition	Correspondance des sous-dimensions dans le cadre en cascade de l'ICIS
Résultats pour les personnes et la société		
Qualité de vie	Cette notion représente l'état de santé de la population.	• État de santé • Capacité fonctionnelle • Bien-être • Réactivité du système de santé
Équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les besoins sociétaux	Cet équilibre tient compte des autres membres de la société, outre les utilisateurs actuels et potentiels des soins de longue durée, qui sont touchés par ce type de soins (p. ex. les soignants, les familles, les contribuables).	• Optimisation de l'utilisation des ressources • Réactivité du système de santé
Résultats à l'échelle du système		
Qualité des soins	Cette notion fait référence à la maximisation de la qualité de vie liée aux soins de longue durée ou aux services sociaux, ce qui comprend notamment l'hygiène personnelle et le confort, la nourriture et la nutrition, la sécurité, la propreté et le confort des installations, les occupations, la participation sociale, le contrôle des activités quotidiennes et la dignité.	• Extrants du système de santé de qualité qui sont – axés sur les personnes – sécuritaires – pertinents et efficaces – accessibles
Accessibilité des soins	Cette notion renvoie au fait d'assurer un accès aux services en temps opportun aux personnes ayant besoin de soins, sans les exposer à un risque d'appauvrissement.	• Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure
Fardeau total des soins de longue durée	• Fardeau financier lié aux dépenses publiques et privées en soins de longue durée. • Fardeau des soins informels (temps et efforts consacrés par les aidants naturels).	• Optimisation de l'utilisation des ressources • Prestation efficiente des services • Affectation efficiente des ressources
Amélioration de la capacité fonctionnelle et réduction des besoins en soins de longue durée	Le système entraîne une réduction des besoins en soins de longue durée par des moyens liés au mode de vie, à la promotion de la santé, à la prévention et à la performance du système de santé.	• Extrants et services de protection et de promotion de la santé et de prévention des maladies qui sont – axés sur les personnes – sécuritaires – pertinents et efficaces
Caractéristiques et intrants du système		
Soutien au personnel soignant et aux aidants naturels	Ce soutien consiste à offrir des activités de formation, à permettre aux aidants naturels de prodiguer des soins tout en restant sur le marché du travail, et à favoriser le maintien de leur bien-être.	• Ressources du système de santé • Caractéristiques et intrants du système de santé
Choix du milieu et des dispensateurs	Cette notion renvoie à la possibilité pour les utilisateurs des soins de longue durée d'influer sur l'organisation des soins en fonction de leurs attentes et de leurs besoins.	• Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé • Réactivité du système de santé

(suite à la page suivante)

Tableau 7 : Éléments fonctionnels d'un cadre des soins de longue durée, par volet (suite)

Dimension des soins de longue durée	Définition	Correspondance des sous-dimensions dans le cadre en cascade de l'ICIS
Intégration et coordination avec les soins de santé et les services sociaux	Cette notion fait référence à la nécessité, pour obtenir un système de soins de longue durée performant, d'assurer une bonne coordination à l'interne, mais également une bonne coordination avec les soins de santé et les services sociaux.	• Capacité d'apprentissage • Ajustement aux besoins en santé de la population • Services de santé axés sur les personnes
Simplicité du système et information	Les utilisateurs actuels et potentiels des soins de longue durée doivent pouvoir obtenir de l'information et des conseils qui les aideront à cheminer dans le système de soins de santé et de soutien. L'information relative à la prestation et à la qualité des soins revêt une importance particulière dans un système axé sur le consommateur. L'information relative au paiement et aux droits importe également.	• Capacité d'apprentissage • Affectation efficiente des ressources • Ajustement aux besoins en santé de la population

Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Le premier volet, les résultats pour les personnes et la société, concerne les objectifs ultimes des soins de longue durée. Comme le précisent Mot, et al., les résultats doivent être envisagés non seulement du point de vue des utilisateurs actuels et potentiels des services, mais également de celui des autres membres de la société qui sont directement concernés (p. ex. les familles, le personnel soignant, les aidants naturels, les contribuables)[27]. Dans une certaine mesure, les systèmes de soins de longue durée touchent la plupart des membres de la société, parce qu'ils participent au financement public, parce qu'eux ou un proche sont bénéficiaires du système, ou parce qu'ils pourraient le devenir. Voilà pourquoi les deux objectifs énoncés dans ce volet sont la qualité de vie et l'équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les autres besoins sociétaux. Le premier objectif renvoie à l'effet du système de soins de longue durée sur les personnes elles-mêmes, tandis que le deuxième renvoie à l'incidence qu'aura le système sur les autres utilisateurs au sein de la société en fonction des mécanismes décrits ci-dessus. Ces deux objectifs peuvent être à leur tour mis en correspondance avec les trois résultats du système de santé énoncés dans le cadre de mesure de la PSS de l'ICIS : améliorer l'état de santé, améliorer la réactivité du système de santé et optimiser l'utilisation des ressources.

La première dimension de ce volet — la qualité de vie — s'harmonise avec l'objectif d'amélioration ou de préservation de l'état de santé et de l'état fonctionnel. Elle englobe également les notions de réceptivité et de services axés sur les personnes. Même si l'objectif énoncé dans ce volet consiste à maximiser la qualité de vie, il ne s'agit pas nécessairement de « guérir » la personne, comme dans un milieu de soins de santé traditionnel. En soins de longue durée, maximiser la qualité de vie correspond le plus souvent à maintenir ou à améliorer l'état fonctionnel, à assurer la sécurité et à maximiser l'autonomie des personnes, entre autres choses[39].

Les traitements prodigués aux utilisateurs des services de soins de longue durée, et le filet de sécurité que représente l'existence d'un tel système, influent bien sûr sur la qualité de vie des utilisateurs actuels et potentiels du système. Le deuxième objectif de ce volet — l'équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les besoins sociétaux — se répercute également sur la réactivité du système de santé. En effet, cet équilibre détermine en grande partie quels types de soins sont dispensés aux utilisateurs actuels et potentiels, dans quels milieux, et dans quelle mesure le système respecte les besoins de chacun. L'atteinte de cet objectif dépend aussi du choix du modèle de soins approprié pour une personne et de la décision d'offrir des services dans un autre modèle de soins lorsque c'est nécessaire. Par exemple, il faut déterminer à quel moment les services à domicile s'imposent et quel est le bon moment pour faire la transition vers un milieu de soins offrant plus de soutien, comme des services à domicile subventionnés ou un établissement de soins en hébergement. L'équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les besoins sociétaux influe donc sur l'optimisation des ressources du système (c.-à-d. dans quelle mesure les deux autres objectifs sont atteints compte tenu de l'argent injecté dans le système). Par exemple, l'absence de prestation de services essentiels — dont la responsabilité revient alors à la famille ou aux aidants naturels, qui ne peuvent consacrer leur temps à d'autres activités — pourrait équivaloir à une mauvaise utilisation des ressources, compte tenu du coût d'option associé au temps consacré par les aidants naturels.

Le deuxième volet — les résultats à l'échelle du système — rend compte des extrants des soins de longue durée. Il peut s'harmoniser avec les extrants du cadre de mesure de la PSS de l'ICIS, puisque les extrants des soins de longue durée forment un sous-ensemble de ceux du système de santé. Les objectifs à cet échelon touchent la qualité des soins (services axés sur les personnes, pertinents, efficaces et sécuritaires), l'accessibilité des soins et la prestation efficiente des services. Le premier extrant est la qualité des soins. Cette notion englobe plusieurs dimensions qui, dans le contexte des soins de longue durée, sont difficiles à mesurer, voire à conceptualiser. La grande difficulté relève du fait que dans ce secteur, les soins de qualité ne sont pas seulement associés à l'amélioration de l'état de santé. Comme le soulignent Malley et Fernandez[39], dans ce contexte, la qualité des soins renvoie aux aspects de la qualité de vie associés aux services, y compris dans quelle mesure ces services aident à améliorer l'état de santé et les fonctions physiques de l'utilisateur, répondent à ses besoins physiques fondamentaux dans les activités de la vie quotidienne, assurent sa sécurité et la propreté de son milieu de vie, l'aident à rester alerte et actif, lui permet d'avoir des interactions sociales et de garder la maîtrise de sa vie, maximisent son autonomie, ses compétences, son moral et sa confiance en soi, et l'aide à accepter ses incapacités[31 (p. 561)]. Malley et Fernandez appellent ce concept la « qualité de vie liée aux services sociaux[39] ». Cet objectif correspond directement aux extrants que constituent les services de grande qualité axés sur les personnes, sécuritaires, pertinents et efficaces, tels que décrits dans le cadre de mesure de la PSS de l'ICIS.

Le deuxième extrant de ce volet est l'amélioration de la capacité fonctionnelle et la maximisation de l'autonomie. Il s'agit d'une adaptation du cadre ANCIEN, où l'on trouve la dimension « amélioration de la capacité fonctionnelle et réduction des besoins en soins de longue durée ». Cet extrant est lié à la qualité des soins, puisqu'il rend compte de l'action concertée de tous les services du système social et de santé pour améliorer la capacité fonctionnelle de la population et retarder le recours aux services de soins de longue durée.

Cependant, la deuxième partie de l'énoncé (« réduction des besoins en soins de longue durée ») a été remplacée par l'expression « maximisation de l'autonomie », qui représente l'évolution des types de services que les personnes âgées utilisent pour demeurer à la maison. Cet extrant reflète donc non seulement la prestation de services de qualité supérieure dans tout le système pour améliorer l'état de santé, mais aussi la souplesse de ce système, qui permet de dispenser les types de soins nécessaires pour que les personnes puissent rester autonomes le plus longtemps possible. Il est lié à l'extrant « accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure » du cadre du système de santé, notamment parce qu'il souligne le caractère *exhaustif* de la prestation de services tout au long de la vie et en fonction des besoins de la population.

L'accessibilité des soins, troisième extrant de ce volet du cadre des soins de longue durée, se rapporte également à l'extrant « accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure » du cadre du système de santé. Ce troisième extrant fait référence au concept d'accessibilité : « La notion d'accès à des services de santé exhaustifs renvoie à la gamme de services de santé offerts et à la capacité de répondre aux besoins de la population ou d'un patient particulier sans que des obstacles financiers, organisationnels ou géographiques nuisent à la demande ou à l'obtention des services[3]. » En soins de longue durée, il faut que tous les types de services soient accessibles et coordonnés afin d'assurer le meilleur cheminement clinique possible aux utilisateurs, étant donné le lourd fardeau que représentent les maladies chroniques chez les personnes âgées[32].

Le quatrième objectif de ce volet est le fardeau total des soins de longue durée. Tiré du cadre ANCIEN[27], ce volet se compose de deux parties : la première fait référence au fardeau financier lié aux dépenses publiques et privées, et la deuxième, au temps et aux efforts consacrés par les aidants naturels, ainsi qu'à la détresse de ces derniers. L'objectif du système est de réduire le fardeau total en dispensant les services de manière efficiente. Pour y parvenir, il faut prendre des mesures allant au-delà de l'ajustement des services de soins de longue durée. Les facteurs tels que le mode de vie, la prévention, la promotion de la santé et les soins de santé influent sur l'étendue des services nécessaires, en particulier chez les personnes âgées. Il est donc crucial que le système fonctionne de manière coordonnée et intégrée. Ces deux extrants sont liés à la qualité (services axés sur les personnes, sécuritaires, pertinents et efficaces) des services de protection et de promotion de la santé et de prévention des maladies mentionnés dans le cadre du système de santé, ainsi qu'à la prestation efficiente et efficace des services de soins de longue durée.

Le troisième volet du cadre des soins de longue durée traite des caractéristiques et intrants du système. Il correspond au quadrant des caractéristiques et intrants du cadre du système de santé. Quatre caractéristiques sont énumérées, comme dans le cadre ANCIEN[27]. Elles sont souvent mentionnées comme nécessaires au bon fonctionnement d'un système de soins de longue durée :

- soutien au personnel soignant et aux aidants naturels;
- choix du milieu et des dispensateurs;
- intégration et coordination avec les soins de santé et les services sociaux;
- simplicité du système et information.

Ces caractéristiques s'harmonisent bien avec le quadrant des intrants du cadre du système de santé, mais il faut y ajouter des intrants essentiels inclus dans ce dernier, comme la gouvernance et la direction, ainsi que l'affectation efficiente des ressources.

À partir des caractéristiques des deux cadres et de l'harmonisation entre les éléments fonctionnels abordée plus haut, le tableau 8 décrit les liens entre les quatre quadrants du cadre du système de santé et les intrants, extrants et résultats du cadre des soins de longue durée. Le quatrième quadrant du cadre du système de santé, les déterminants sociaux de la santé, n'est pas explicitement abordé dans le cadre des soins de longue durée. Toutefois, les éléments
de cette dimension présents en soins de longue durée sont inclus dans le tableau 8.

Tableau 8 : Systèmes en cascade et dimensions des soins de longue durée

	Déterminants sociaux de la santé	**Caractéristiques et intrants du système de santé**	**Extrants du système de santé**	**Résultats du système de santé**
Système de santé	• Facteurs structurels influant sur la santé • Facteurs biologiques • Circonstances matérielles • Conditions psychosociales • Facteurs comportementaux	• Gouvernance et direction • Ressources du système de santé • Affectation efficiente des ressources • Ajustement aux besoins en santé de la population • Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé	• Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure – Services axés sur les personnes – Services sécuritaires – Services pertinents et efficaces – Prestation efficiente des services	• Améliorer l'état de santé • Améliorer la réactivité du système de santé • Optimiser l'utilisation des ressources
Relation entre le système de santé et les soins de longue durée	Les déterminants sociaux de la santé présents dans le système de santé influent sur la capacité fonctionnelle de la population, donc sur les types de services nécessaires.	Les intrants du système de santé déterminent la quantité et la nature des intrants disponibles pour les soins de longue durée, ainsi que la répartition des soins formels et informels. Les intrants des soins de longue durée forment un sous-ensemble des intrants du système de santé.	Les extrants du système de santé influent sur les besoins des patients et la gravité de leur état, ainsi que sur le milieu de soins. Les extrants des soins de longue durée forment un sous-ensemble des extrants du système de santé*.	Les résultats des soins de longue durée contribuent aux résultats du système de santé dans la mesure où ce type de soins améliore la qualité de vie, la réactivité du système de santé et des services sociaux, ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources.

(suite à la page suivante)

Tableau 8 : Systèmes en cascade et dimensions des soins de longue durée (suite)

	Déterminants sociaux de la santé	Caractéristiques et intrants du système de soins de longue durée	Extrants des soins de longue durée	Résultats des soins de longue durée pour les personnes et la société
Système de soins de longue durée	• Tous les déterminants cités plus haut s'appliquent à la population d'utilisateurs actuels et potentiels des soins de longue durée.	• Soutien au personnel soignant et aux aidants naturels • Choix du milieu et des dispensateurs • Intégration et coordination avec les soins de santé et les services sociaux • Simplicité du système et information • Gouvernance et direction • Ajustement aux besoins de la population	• Qualité des soins (qualité de vie liée aux services sociaux, et pertinence et efficacité des soins) • Accessibilité des soins • Milieu de soins • Fardeau total des soins de longue durée • Amélioration de la capacité fonctionnelle et réduction des besoins en soins de longue durée	• Qualité de vie • Juste équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les besoins sociétaux • Réactivité

Remarque

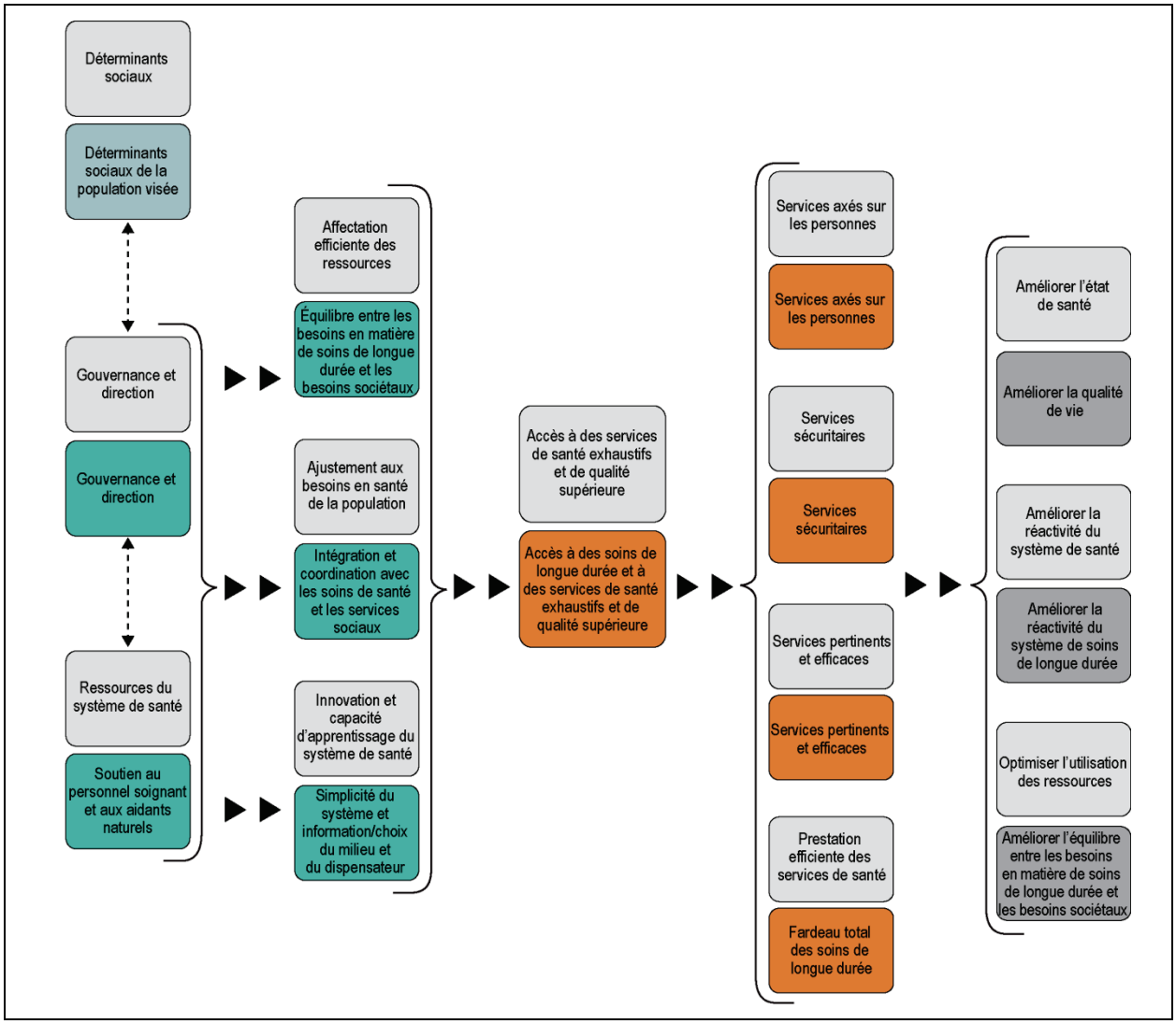
* Les extrants des soins de longue durée influent sur les besoins des patients : par exemple, un investissement accru en promotion et en prévention peut diminuer le nombre de résidents en soins de longue durée, ou réduire la proportion de résidents dont l'état est de gravité moindre.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Pour produire un cadre en cascade définitif illustrant les liens entre le cadre de performance du système de santé et les dimensions de la performance des soins de longue durée, les systèmes en cascade présentés dans le tableau 8 sont mis en correspondance avec les quatre quadrants du cadre du système de santé (figure 14). Les encadrés grisés désignent les éléments clés du cadre du système de santé, alors que les encadrés de couleur correspondent au cadre de performance des soins de longue durée; chaque couleur représente un quadrant en particulier.

Figure 14 : Adaptation en cascade du cadre du système de santé aux soins de longue durée



Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Le cadre en cascade illustre comment le premier quadrant (les déterminants sociaux de la population visée par les soins de longue durée) doit être pris en compte dans les intrants et caractéristiques des soins de longue durée, puisqu'il influe sur les besoins et les attentes de la société. Ces déterminants sont externes aux processus de production du système de soins de santé et de services sociaux. Ils comprennent le bagage génétique, la position sociale, les conditions de vie et les facteurs physiques environnementaux (voir l'annexe B). Ils doivent toutefois être pris en compte dans l'évaluation des processus de production, car ils ont une incidence sur la taille, l'état de santé et les besoins de la population, de même que sur les intrants nécessaires pour obtenir les extrants attendus du système de santé et de soins de longue durée.

L'évaluation des besoins sociétaux, ainsi que des intrants et extrants du système, est directement liée à la fonction de gouvernance et de direction énoncée dans le cadre des soins de longue durée (et dans le cadre du système de santé), puisque le système de santé doit ajuster la prestation des soins en fonction des besoins, préférences et valeurs de la société. Les trois principaux enjeux liés à la prestation des soins de longue durée sont les suivants :

- l'intégration et la coordination des services de santé et des services sociaux pour que toutes les personnes âgées aient accès à des soins pertinents et efficaces, peu importe leurs besoins;
- la prestation de tels services dans divers milieux de soins, ce qui permet aux personnes âgées de vivre de manière autonome aussi longtemps que possible, tout en comblant leurs besoins cliniques et sociaux;
- le soutien au personnel soignant et aux aidants naturels au sein du système.

La prise en compte de ces enjeux dans la prestation et la conception des services de soins de longue durée est un aspect clé de la gouvernance. Cette caractéristique structurelle fondamentale du système joue à son tour un rôle important dans la façon dont le système est régi. Ces deux intrants (gouvernance et direction, et soutien au personnel soignant et aux aidants naturels) influent ensuite sur les trois autres intrants mentionnés pour ce quadrant :

- l'équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les besoins sociétaux (qui témoigne de l'efficience de l'affectation des ressources au sein du système de santé);
- l'intégration et la coordination des services de soins de longue durée avec les soins de santé et les services sociaux;
- l'organisation du système de soins de longue durée — en particulier, la simplicité du système et la disponibilité d'information facilitant le choix du dispensateur et du milieu de soins pour la population.

Ensemble, ces intrants serviront à produire les résultats à l'échelle du système et, ultimement, les résultats pour les personnes et la société, comme l'indiquent les encadrés orange. Les résultats à l'échelle du système, tirés du cadre du système de santé, correspondent presque exactement au cadre des soins de longue durée, avec quelques légères modifications. Les dimensions de la qualité des soins qui font partie du cadre du système de santé (pertinence, efficacité et sécurité) sont aussi importantes en soins de longue durée, peu importe le milieu de prestation des services. La notion de pertinence, en particulier, rejoint aussi la question du milieu de soins (p. ex. le milieu hospitalier est-il approprié pour les soins de fin de vie, même si de nombreux patients préfèrent mourir chez eux?)[32]. L'extrant « accès » du cadre du système de santé se transpose presque intégralement au cadre des soins de longue durée, puisqu'il met l'accent sur l'accessibilité à des soins intégrés de qualité supérieure. La grande différence en ce qui a trait à cet extrant est la gamme de services comprise dans le cadre : les services sociaux, les services à domicile et les soins communautaires. La dernière différence à noter concerne l'extrant « prestation efficiente des services » du système de santé. Dans le cadre de mesure de la PSS, ce concept renvoie à des services qui « minimisent l'utilisation des ressources — fournitures, équipement, temps, énergie — dans la prestation des services; cette dimension est liée au concept d'efficacité technique[3 (p. 17)] ».

Enfin, dans le dernier quadrant (résultats pour les personnes et la société), les résultats du système de santé sont examinés en relation avec les résultats des soins de longue durée. Comme discuté plus haut, l'état de santé est mis en correspondance avec le concept plus général de la qualité de vie, qui englobe la capacité fonctionnelle et d'autres facteurs comme les interactions sociales, la maîtrise de sa vie et le maintien de l'autonomie, des compétences, du moral et de la confiance en soi à un niveau optimal. La réactivité demeure un objectif ultime dans les deux cadres. La notion d'optimisation de l'utilisation des ressources est quant à elle légèrement modifiée afin qu'elle tienne compte des limites élargies des soins de longue durée, ainsi que des valeurs et des préférences de la société. Par exemple, la préférence des personnes âgées pour le maintien à domicile doit être prise en compte dans l'évaluation de la valeur des soins, selon la notion d'optimisation de l'utilisation des ressources.

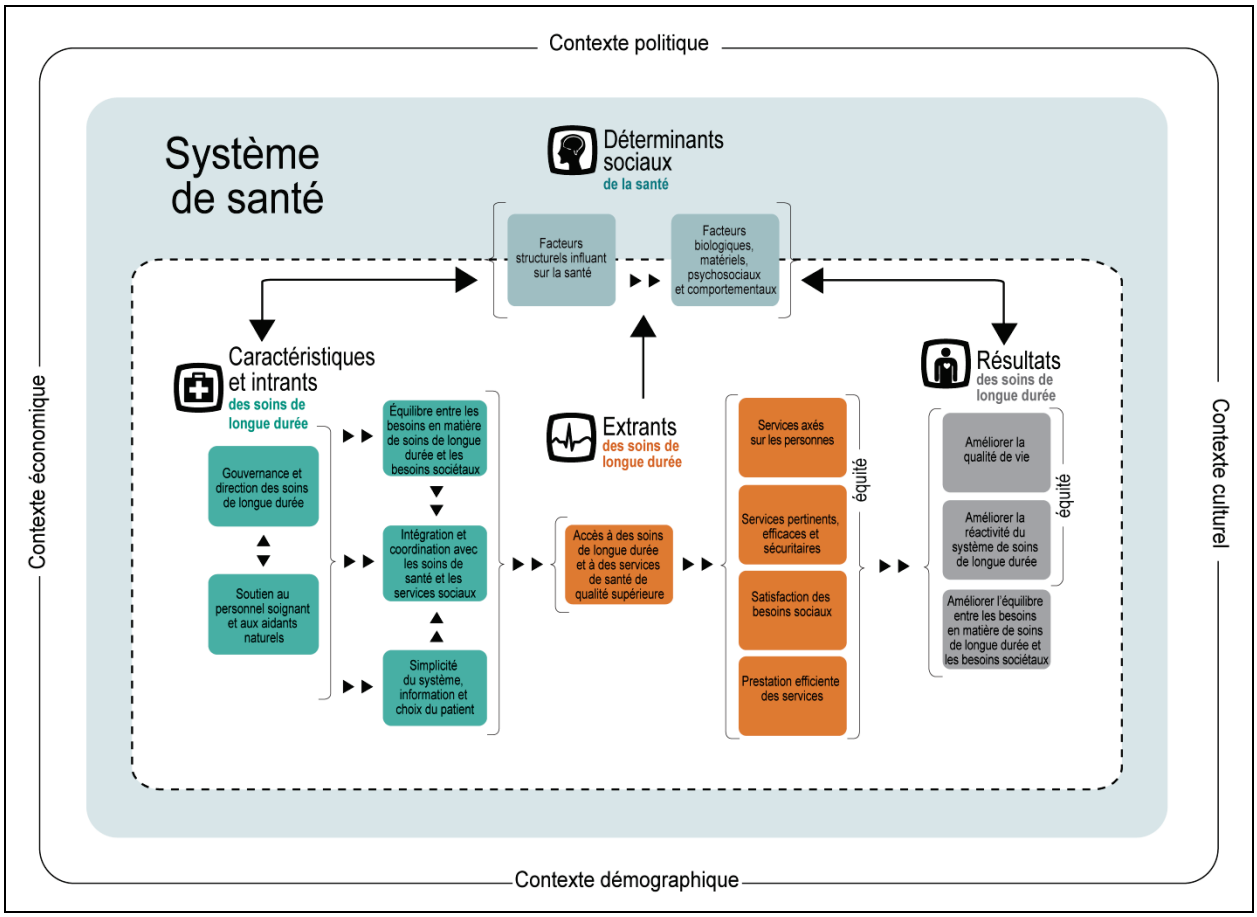
Cadre de performance des soins de longue durée

En dernier lieu, le cadre en cascade peut servir de base à un diagramme représentant le cadre de performance des soins de longue durée. Le cadre présenté à la figure 15 rend compte des éléments fonctionnels des soins de longue durée abordés ci-dessus et de leurs relations avec le système de santé. Dans ce cadre, le secteur des soins de longue durée est représenté au milieu, entouré d'une ligne pointillée. Il est situé à l'intérieur des limites du système de santé (contour ombré) et des contextes démographique, économique, culturel et politique. Selon cette représentation, les actions dans les autres domaines du système de santé, de même que les déterminants sociaux de la santé et le degré d'attention qu'on leur porte, influent sur la performance du secteur des soins de longue durée. Les encadrés compris dans le cadre en pointillé représentent les éléments fonctionnels des soins de longue durée. Il est clairement indiqué s'ils font partie des caractéristiques et intrants du système, des extrants à l'échelle du système ou des résultats pour les individus et la société. Les couleurs utilisées dans le cadre de performance des soins de longue durée correspondent à celles du cadre du système de santé. Cela indique que les caractéristiques et intrants des soins de longue durée forment un sous-ensemble des intrants du système, que les extrants du système de soins de longue durée forment un sous-ensemble des extrants du système de santé, et que les résultats des soins de longue durée pour les personnes et la société correspondent aux résultats du système de santé.

Quelques changements sont apportés au cadre en cascade illustré à la figure 14 pour que le cadre de performance des soins de longue durée contienne les mêmes messages qu'un cadre autonome. La plupart de ces changements touchent les extrants du système : les dimensions ont été renommées afin qu'elles représentent plus clairement les concepts fondamentaux et qu'elles s'harmonisent mieux avec le cadre du système de santé. Par exemple, le concept de « qualité des soins » a été remplacé par « maximiser la qualité de vie liée aux services sociaux », et le concept « fardeau total des soins de longue durée », par « prestation efficiente », ce qui permet de rendre compte des aspects propres aux extrants des soins de longue durée. Chaque dimension du cadre est décrite en détail dans le tableau 9. Un nouveau volet y est introduit, celui des facteurs exogènes, qui comprend les déterminants sociaux de la santé et la définition du système de santé.

Le cadre de performance des soins de longue durée peut être envisagé à l'échelle des personnes ou de l'organisme. À l'échelle des personnes, un point de vue qui intéressa sans doute les responsables de l'élaboration des politiques, le cadre permet d'examiner dans quelle mesure les services existants comblent les besoins de la population nécessitant des soins de longue durée. Le second point de vue (l'organisme), qui intéressera peut-être davantage les gestionnaires et les dispensateurs, consiste à explorer le niveau de performance des organismes et à cerner les points à améliorer. Jusqu'ici, le cadre a été décrit sous un angle axé sur les personnes, qui visait la performance des soins de longue durée dans leur ensemble (c.-à-d. tous les soins dispensés sur une longue période, sans égard au milieu de soins). Cependant, il importe aussi de décrire comment le cadre s'applique aux milieux de soins, comme les centres de soins infirmiers et les services à domicile, malgré la structure différente de ces modèles de prestation de soins. La présente section traite du cadre des soins de longue durée selon ces deux points de vue.

Figure 15 : Cadre de performance des soins de longue durée



Source
Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

Le cadre axé sur les personnes touche la prestation des services aux résidents en soins de longue durée dans différents types de milieux. Puisqu'il faut examiner le renforcement des capacités en soins de longue durée pour l'ensemble des services, il est important que les intrants du cadre englobent toutes les structures de prestation des soins de longue durée, allant de la prévention et des soins primaires aux soins en hébergement et de fin de vie. L'intrant « gouvernance et direction des soins de longue durée », en particulier, vise à évaluer si les services de soins de longue durée sont planifiés dans l'ensemble des milieux de façon à assurer la coordination et l'intégration à l'échelle du système et des divers milieux de soins.

Le cadre peut également être envisagé du point de vue d'un établissement de soins de longue durée, puisque les principaux objectifs, intrants et extrants restent les mêmes dans l'ensemble du système. Il est toutefois important d'examiner comment les différents modèles de prestation influencent l'interprétation des dimensions du cadre. Comme c'est le cas pour le point de vue axé sur les personnes, la section des caractéristiques et des intrants doit tenir compte des structures de prestation des soins. Certains de ces intrants, comme la gouvernance et la direction ou l'intégration et la coordination, concernent les liens entre les organismes et le système de soins de longue durée. Par exemple, en ce qui a trait à la gouvernance et à la direction, dans quelle mesure le système offre-t-il un soutien permettant de déterminer le milieu le plus approprié pour chaque personne?

Les intrants « soutien au personnel soignant et aux aidants naturels » et « équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les besoins sociétaux » sont importants dans les modèles de prestation, mais ils risquent de prendre différentes formes selon le milieu. Par exemple, le soutien aux aidants naturels dans un contexte de services à domicile vise parfois à permettre aux aidants de prodiguer des soins tout en restant sur le marché du travail ou à favoriser le maintien de leur bien-être. Dans les établissements de soins en hébergement, en revanche, bien que le soutien aux soignants soit tout aussi important, il varie en fonction de facteurs différents, comme la formation, ainsi que la motivation et l'encadrement du personnel. Le dernier intrant, « simplicité du système, information et choix du patient », est important dans les milieux de prestation. En tant qu'intrant, le concept de choix renvoie à la possibilité pour le patient de choisir entre divers dispensateurs et milieux de soins (comme les établissements de soins de longue durée) et différents traitements. Cette notion est liée à l'information et aux connaissances dont disposent les patients et leurs proches sur les services disponibles et à leur capacité de choisir le type de service et le dispensateur désirés (p. ex. choisir entre différents établissements de soins de longue durée).

Ces intrants sont liés aux cinq extrants du système de santé, qui, encore une fois, s'appliquent à l'ensemble des établissements, mais peuvent être pris en considération séparément selon le milieu de soins. Tous les extrants présentés dans le cadre sont essentiels à la prestation des soins, mais les indicateurs différeront selon le milieu. Ces cinq extrants sont importants non seulement pour le système global de soins de longue durée, mais aussi pour les établissements eux-mêmes. Dans les milieux de services à domicile, de soins en hébergement et autres, les principaux objectifs sont d'améliorer la qualité de vie liée aux services sociaux et de dispenser des services axés sur les personnes. L'amélioration de la qualité de vie liée aux services sociaux, comme discuté précédemment, ne comprend pas simplement l'amélioration ou le maintien du fonctionnement, mais aussi la l'hygiène personnelle et le confort, la nourriture

et la nutrition, la sécurité, la propreté et le confort des installations, les occupations, la participation sociale, le contrôle des activités quotidiennes et la dignité. De la même façon, la notion des services axés sur les personnes vise à centrer les soins sur les patients, ou encore sur les résidents et leur famille. Or, puisque le mode de prestation des services à domicile diffère largement de celui des soins en hébergement, en particulier quant au rôle des soignants et aidants, cette notion peut se traduire, dans la pratique, par différentes mesures.

La qualité des soins est représentée par l'extrant « efficacité, sécurité et pertinence », trois aspects de la qualité. Le concept d'efficacité fait référence à la prestation de soins efficaces fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles et conformes aux pratiques exemplaires acceptées dans le but de maximiser autant que possible l'autonomie des résidents. La notion de sécurité renvoie quant à elle au rôle des accidents et des erreurs dans la prestation des soins. Un environnement de soins sécuritaire doit être exempt de tous types d'abus, de négligence et de blessures ou préjudices évitables. Enfin, le concept de pertinence décrit dans quelle mesure les personnes reçoivent les soins nécessaires dans le milieu le mieux adapté à leurs besoins cliniques et à leurs préférences personnelles.

Il importe toutefois d'examiner la pertinence en parallèle avec le cinquième extrant, l'accès aux services. La combinaison de ces deux extrants fournit davantage d'information sur la répartition de la population en soins de longue durée dans les différents milieux de soins, et permet d'évaluer comment améliorer la situation. À un moment précis dans le temps, les membres de la population ne présentent pas tous les mêmes besoins : certains ont besoin de soins en hébergement, tandis qu'un logement avec services de soutien ou des services à domicile conviendront mieux à d'autres. Pour certains, néanmoins, la distinction ne sera sans doute pas aussi claire (c.-à-d. que leur situation se prête à plus d'un milieu de soins). Dans de tels cas, le meilleur milieu à ce moment précis est choisi en fonction des données probantes, de l'expertise clinique et de la préférence du client. L'extrant « accès » évalue dans quelle mesure les clients peuvent recevoir les soins nécessaires dans le milieu le mieux adapté à leurs besoins cliniques, mais également à leurs préférences personnelles. Le principe d'accès garantit que la personne a son mot à dire dans le choix du dispensateur et du traitement, tandis que le principe de pertinence renvoie à l'équilibre entre les besoins, les ressources et les préférences. Un système qui n'offre pas un accès adéquat à la population est peu susceptible de respecter le principe de pertinence.

Le dernier extrant correspond à la prestation efficiente des services. Il est lié à tous les autres extrants, en ce sens que la prestation efficiente entraîne une amélioration active de tous les extrants de façon à réduire l'inefficience et à maximiser la qualité. L'objectif de la prestation efficiente consiste à optimiser les extrants produits par le système de soins de longue durée par rapport aux ressources qui y sont investies.

Ultimement, la façon dont les cinq extrants seront produits à l'échelle du système de santé déterminera dans quelle mesure pourront être atteints les trois objectifs principaux, c'est-à-dire améliorer la qualité de vie, améliorer la réactivité du système et réduire le fardeau total des soins de longue durée.

Le tableau 9 présente les dimensions illustrées dans le cadre des soins de longue durée et donne des exemples d'indicateurs qui pourraient mesurer la performance dans ce domaine. Les indicateurs et échelles de résultats qui y sont énumérés sont surtout tirés des fiches d'information de l'ICIS sur les outils d'aide à la décision à l'intention des cliniciens et des gestionnaires fondés sur les instruments RAI-HC (services à domicile) et RAI-MDS (soins de longue durée)[28, 40, 41].

Tableau 9 : Dimensions du cadre de mesure de la performance des soins de longue durée

Dimension des soins de longue durée	Définition	Exemples d'indicateurs
Facteurs exogènes		
Déterminants sociaux de la santé	Les déterminants sociaux de la santé correspondent aux facteurs extérieurs au système de santé qui influent sur la santé de la population. Dans le présent cadre, ces facteurs sont le bagage génétique, la position sociale, les conditions de vie et les facteurs physiques environnementaux.	
Système de santé	Un système de santé se compose de « toutes les organisations, personnes et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé[7 (p. 3)] ».	
Résultats pour les personnes et la société		
Qualité de vie	Fonctionnement et bien-être des résidents	Indicateurs de qualité RAI-MDS • Mesures de la qualité à l'échelle de l'organisme dans des domaines clés comme la fonction physique et cognitive, la sécurité et la qualité de vie (p. ex. taux de l'établissement pour l'indicateur de qualité relatif au maintien de l'autonomie ou de l'amélioration de la capacité en matière de transfert et de déplacement à pied ou en fauteuil roulant et l'indicateur de qualité relatif à la détérioration de l'incontinence urinaire) • Rapports à l'échelle individuelle résumant l'état de santé des résidents Échelles de résultats RAI-HC • Échelles cliniques et fonctionnelles, dont l'échelle de mesure de la dépression (DRS), l'échelle de douleur, l'échelle sur les activités de la vie quotidienne (AVQ), l'échelle de rendement cognitif (CPS), l'échelle d'engagement social (ISE) et l'échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes (CHESS)

Tableau 9 : Dimensions du cadre de mesure de la performance des soins de longue durée (suite)

Dimension des soins de longue durée	Définition	Exemples d'indicateurs
Améliorer la réactivité du système de soins de longue durée	L'expérience du patient relative aux services de soins de longue durée est liée à la prestation et à la réception de soins adaptés aux préférences, aux besoins et aux valeurs des résidents et des soignants.	
Équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les besoins sociétaux	Outre les utilisateurs actuels et potentiels des soins de longue durée, cet équilibre tient compte des autres membres de la société qui sont touchés par ce type de soins (p. ex. les soignants, les familles, les contribuables).	
Résultats à l'échelle du système de santé		
Maximisation de la qualité de vie liée aux services sociaux	Cette notion renvoie à la maximisation de la qualité de vie liée aux soins de longue durée ou aux services sociaux, ce qui comprend notamment l'hygiène personnelle et le confort, la nourriture et la nutrition, la sécurité, la propreté et le confort des installations, les occupations, la participation sociale, le contrôle des activités quotidiennes et la dignité.	Indicateurs de qualité RAI-MDS • Activités de la vie quotidienne (AVQ), Mobilité, Comportement, Fonctions cognitives, Communication, Delirium, Humeur, Continence, Nutrition et poids, Douleur
Accès aux soins de longue durée et aux services de santé	Cet aspect renvoie au fait d'assurer un accès aux services en temps opportun aux personnes ayant besoin de soins, sans les exposer à un risque d'appauvrissement.	Indicateurs de qualité RAI-HC • Prévalence de l'absence d'examen des médicaments effectué par un médecin • Prévalence du potentiel de réadaptation pour les AVQ • Prévalence de l'isolement social • Prévalence de la non-vaccination contre la grippe • Prévalence des hospitalisations Indicateurs additionnels • Délai entre la demande d'admission et l'admission en soins de longue durée • Distance médiane entre le domicile et le lieu de prestation des soins de longue durée • Pourcentage de résidents qui obtiennent leur premier choix de centre de soins infirmiers • Mesures d'accès aux soins primaires (pourcentage de personnes âgées ayant un médecin régulier) • Mesures des admissions d'urgence de personnes âgées dans les services d'urgence hospitaliers

(suite à la page suivante)

Tableau 9 : Dimensions du cadre de mesure de la performance des soins de longue durée (suite)

Dimension des soins de longue durée	Définition	Exemples d'indicateurs
Soins centrés sur le patient	Ce concept exige de placer les résidents au cœur de la prestation des soins et services, en tenant particulièrement compte des besoins et attentes des résidents et de leur famille (ce qui comprend la communication et l'accès aux réseaux de soutien des hôpitaux) et en respectant leurs droits et leurs désirs en matière d'autonomie, de confidentialité, de dignité, de choix du dispensateur et d'obtention de soins en temps opportun.	Indicateurs de qualité RAI-HC • Prévalence de l'isolement social • Non-amélioration/incidence d'un déclin cognitif • Prévalence du delirium • Prévalence de l'humeur négative • Non-amélioration/incidence de troubles de communication
Soins pertinents, efficaces et sécuritaires	La *pertinence* est liée à la sécurité, au sens où la prestation de services qui ne procureraient aucun avantage aux patients pourrait les exposer inutilement à des risques. Il s'agit également d'un élément clé de ce qui rend les services de santé *efficaces*. Par conséquent, elle a été incluse dans une dimension distincte avec l'efficacité.	Indicateurs de qualité RAI-HC • Prévalence des repas inadéquats • Prévalence de la perte de poids • Prévalence de la déshydratation • Prévalence de l'absence d'examen des médicaments effectué par un médecin • Prévalence du potentiel de réadaptation pour les AVQ • Prévalence de l'isolement social • Prévalence d'une douleur quotidienne perturbatrice ou intense • Prévalence d'une maîtrise inadéquate de la douleur chez les patients souffrants • Prévalence de l'abus ou de la négligence • Prévalence de blessures Indicateurs tirés des outils interRAI version 2.0 à l'intention des gestionnaires et des cliniciens • Prévalence des chutes, des infections, des plaies de pression (aussi appelées ulcères de décubitus), etc. • Taux de transfert vers le service d'urgence ou l'hôpital en raison de conditions propices aux soins ambulatoires

(suite à la page suivante)

Tableau 9 : Dimensions du cadre de mesure de la performance des soins de longue durée (suite)

Dimension des soins de longue durée	Définition	Exemples d'indicateurs
Prestation efficiente	• Les établissements de soins de longue durée doivent s'engager dans un processus continu d'amélioration de la qualité afin de réduire l'inefficience tout en maximisant la qualité. • Les services doivent répondre aux besoins des résidents et améliorer leurs résultats tout en constituant une utilisation optimale des ressources. Les établissements de soins de longue durée devraient être réservés aux personnes ayant besoin de ce type de soins. D'autres modes de prestation doivent être envisagés pour celles qui n'ont pas besoin de l'ensemble des services de soins de longue durée.	Groupes d'utilisation des ressources RAI-MDS • Indicateurs pour différentes catégories cliniques, dont la réadaptation spécialisée, les soins complémentaires, les soins spéciaux, la déficience cognitive, les troubles du comportement, les fonctions physiques réduites et les soins cliniques complexes
Caractéristiques et intrants du système de santé		
Gouvernance et direction	Cette notion fait référence à la mesure dans laquelle le système répond aux besoins de la collectivité, assure la continuité et la coordination des soins, favorise la santé, fait preuve d'innovation et fournit des soins à l'ensemble des citoyens.	
Équilibre entre les besoins en matière de soins de longue durée et les besoins sociétaux	Cette notion renvoie à la capacité du système de santé de fournir les soins de longue durée nécessaires aux utilisateurs actuels et potentiels et décrit dans quelle mesure d'autres membres de la société (p. ex. les soignants, les familles, les contribuables) dispensent ce type de soins.	
Soutien au personnel soignant et aux aidants naturels	Ce soutien consiste à offrir des activités de formation, à permettre aux aidants naturels de prodiguer des soins tout en restant sur le marché du travail, et à favoriser le maintien de leur bien-être.	
Choix du milieu et des dispensateurs	Cette notion renvoie à la possibilité pour les utilisateurs des soins de longue durée d'influer sur l'organisation des soins en fonction de leurs attentes et de leurs besoins.	
Intégration et coordination avec les soins de santé et les services sociaux	Cette notion fait référence à la nécessité, pour obtenir un système de soins de longue durée performant, d'assurer une bonne coordination à l'interne, mais également une bonne coordination avec les soins de santé et les services sociaux.	

(suite à la page suivante)

Tableau 9 : Dimensions du cadre de mesure de la performance des soins de longue durée (suite)

Dimension des soins de longue durée	Définition	Exemples d'indicateurs
Simplicité du système et information	Les utilisateurs actuels et potentiels des soins de longue durée doivent pouvoir obtenir de l'information et des conseils qui les aideront à cheminer dans le système de soins de santé et de soutien. L'information relative à la prestation et à la qualité des soins revêt une importance particulière dans un système axé sur le consommateur. L'information relative au paiement et aux droits importe également.	

Sources

Institut canadien d'information sur la santé. *Services à domicile et soins de longue durée — outils d'aide à la décision en matière de services à domicile à l'intention des cliniciens et des gestionnaires* (RAI-HC). Ottawa, ON : ICIS; 2012.

Institut canadien d'information sur la santé. *Services à domicile et soins de longue durée — outils d'aide à la décision en matière de soins de longue durée à l'intention des cliniciens et des gestionnaires* (RAI-MDS 2.0). Ottawa, ON : ICIS; 2012.

Hirdes JP, et al. Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *The Gerontologist*. 2004;44(5):665-679.

Conclusions

En plus du cadre de mesure de la PSS de l'ICIS, qui favorise l'atteinte des objectifs prioritaires d'amélioration de la performance du système de santé, il faut mettre en place des outils qui permettent d'établir des liens entre les priorités du système de santé en général et celles de ses différentes composantes[3]. Le cadre d'évaluation de la performance en soins de longue durée proposé dans la présente section, harmonisé avec le cadre de mesure de la PSS, vise à décrire clairement les éléments fonctionnels du système de soins de longue durée et à les situer au sein du système de santé.

Le modèle européen ANCIEN a servi de base à l'élaboration du cadre proposé pour les soins de longue durée. Nous avons mis en correspondance les éléments fonctionnels et dimensions du modèle ANCIEN avec les extrants et objectifs de performance compris dans le cadre du système de santé de l'ICIS. Les responsables de l'élaboration des politiques pourront se servir du nouveau cadre des soins de longue durée pour mieux comprendre comment les actions et indicateurs relatifs aux soins de longue durée peuvent favoriser l'amélioration de la performance, dans ce secteur et dans le système de santé en général.

Prochaines étapes

La mesure de la performance est un outil précieux qui permet de repérer les forces et les lacunes qui varient au sein du système de santé, et de déterminer les possibilités de réformes et d'améliorations. Les cadres de performance forment la pierre d'assise de ces efforts d'amélioration : ils fixent de façon claire et commune les objectifs et les limites du système, tissent les liens entre ses différentes composantes, et établissent les éléments à mesurer.

Au cours de l'élaboration du cadre de mesure de la PSS de l'ICIS, beaucoup d'efforts ont été déployés pour garantir qu'il représente le point de vue des intervenants et reflète les relations dynamiques entre les dimensions du système, les forces externes et le contexte environnant. Nous devons maintenant nous appuyer sur cette expérience pour créer des cadres en cascade s'appliquant aux divers services de santé qui composent le système. La production d'outils conceptuels plus précis permettra aux dispensateurs, aux gestionnaires et aux responsables de l'élaboration des politiques de mieux comprendre comment la performance de leur secteur ou de leur organisme contribue à la performance du système de santé dans son ensemble.

Ce rapport a illustré l'application de certains grands principes lors de l'élaboration d'un cadre relatif à un service de santé qui découle du cadre propre au système. Nous avons présenté les différentes démarches qui peuvent être utilisées pour créer les cadres relatifs aux hôpitaux et au secteur des soins de longue durée. Nous espérons que ces exemples seront utiles aux dirigeants des secteurs des soins primaires, de la santé mentale et de la réadaptation, entre autres, et qu'ils les inciteront à agir. Les cadres en cascade peuvent appuyer les activités d'amélioration à l'échelle des secteurs, des services et des organismes du système de santé. Idéalement, ils visent à doter les intervenants d'un langage commun pour atteindre un but commun : améliorer nos systèmes de santé.

Annexe A : Exigences en matière d'information à l'intention des intervenants des systèmes de santé

Intervenant	Exemples de besoins	Exigences en matière de données
Gouvernement	• Surveiller la santé de la population • Déterminer des objectifs et des priorités en matière de politiques de santé • Veiller au bon déroulement des procédures réglementaires • S'assurer que les fonds du gouvernement servent aux fins prévues • Veiller à ce que les fonctions d'information et de recherche prévues soient entreprises • Surveiller l'efficacité et l'efficience de la réglementation	• Information sur la performance aux échelles nationale et internationale • Information sur l'accès aux soins et l'équité des soins • Information sur l'utilisation des services et les temps d'attente • Données sur la santé de la population
Organismes de réglementation	• Protéger la sécurité et le bien-être du patient • Assurer la protection des consommateurs • Veiller à ce que le marché fonctionne de façon efficiente	• Information fiable sur la performance du système de santé fournie continuellement et en temps opportun sous forme de données agrégées et au niveau des dispensateurs • Information sur la probité et l'efficience des flux financiers
Payeurs (contribuables et membres d'un fonds d'assurance)	• Veiller à ce que les fonds soient efficacement dépensés conformément aux attentes	• Données agrégées et mesures comparatives de la performance • Information sur la productivité et la rentabilité • Information sur l'accès aux soins et l'équité des soins
Organismes d'acheteurs	• Veiller à ce que les dispensateurs engagés par contrat fournissent des services de santé appropriés et rentables	• Information sur les besoins en santé et les besoins non comblés • Information sur les expériences et la satisfaction des patients • Information sur la performance des dispensateurs • Information sur la rentabilité des traitements • Information sur les résultats pour la santé
Organismes de dispensateurs	• Surveiller et améliorer les services actuels • Évaluer les besoins locaux	• Données agrégées sur la performance clinique • Information sur les expériences et la satisfaction des patients • Information sur l'accès aux soins et l'équité des soins • Information sur l'utilisation des services et les temps d'attente
Médecins	• Fournir des soins de grande qualité aux patients • Maintenir et améliorer les connaissances et les compétences	• Information sur la performance clinique individuelle • Connaissances médicales de pointe • Information comparative sur la performance

(suite à la page suivante)

Intervenant	Exemples de besoins	Exigences en matière de données
Patients	• Choisir un dispensateur en cas de besoin • Avoir de l'information sur les traitements non traditionnels	• Information sur les services de soins de santé accessibles • Information sur les options de traitement • Information sur les résultats pour la santé
Citoyens	• Avoir l'assurance que les services appropriés seront accessibles en cas de besoin • Demander au gouvernement et aux autres élus de rendre des comptes	• Tendances et comparaisons globales de la performance des systèmes aux échelles nationale et locale dans de multiples domaines de performance : accès, efficacité, sécurité et réactivité

Source

Reproduit avec la permission de Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. *Performance Measurement for Health System Improvement*. Cambridge, É.-U. : Cambridge University Press; 2010.

Annexe B : Concepts et définitions clés du cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS

Concept clé	Définition
Résultats du système de santé	Les résultats du système de santé correspondent aux objectifs intrinsèques du système. Ils englobent l'amélioration de l'état de santé et de l'équité au sein de la population, une réactivité accrue du système de santé aux besoins et aux exigences des Canadiens, ainsi qu'une utilisation optimisée des ressources en vue d'assurer la viabilité du système de santé.
État de santé	L'état de santé des personnes et de la population comporte trois dimensions : les problèmes de santé, les capacités fonctionnelles et le bien-être.
Problèmes de santé	On entend par problèmes de santé les affections et les modifications de l'état d'une personne qui peuvent engendrer de la détresse, nuire aux activités quotidiennes ou exiger le recours à des services de santé. Cette dimension englobe les maladies (aiguës ou chroniques), les troubles, les blessures et les traumatismes, ainsi que d'autres états liés à la santé, comme la grossesse, le vieillissement, le stress, les anomalies congénitales et les prédispositions génétiques pouvant causer la mort.
Capacités fonctionnelles	Les capacités fonctionnelles correspondent à l'état de santé global et au fonctionnement général de la population. Elles sont associées aux conséquences des maladies, troubles et blessures et d'autres problèmes de santé. Les capacités fonctionnelles touchent les fonctions et structures physiques (déficiences), les activités (limitations), la participation (restrictions) et l'espérance de vie.
Bien-être	La notion de bien-être correspond au degré de bien-être physique, mental et social des personnes et de la population par rapport aux conditions matérielles, à la qualité de vie et à la durabilité de ce bien-être.
Réactivité du système de santé	On entend par réactivité du système de santé la capacité du système à répondre aux besoins et aux attentes de la population. Cette notion comprend également la confiance envers le système de santé, c'est-à-dire la certitude au sein de la population que le système est en mesure de répondre à ses besoins.
Équité (en matière d'état de santé et de réactivité du système)	L'équité (en matière d'état de santé et de réactivité du système) est un résultat important du système de santé qui englobe la répartition équitable de l'état de santé et de la réactivité du système de santé entre tous les groupes socioéconomiques. Cela suppose qu'il faut donner à chacun une chance équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé et, en termes plus concrets, qu'il faut veiller, si cela est possible, à ce que nul ne soit défavorisé dans la réalisation de ce potentiel.
Optimisation de l'utilisation des ressources	L'optimisation de l'utilisation des ressources est liée à l'état de santé ainsi qu'à la réactivité et à l'équité du système de santé. Ce critère constitue une mesure de l'atteinte des trois objectifs par rapport aux ressources utilisées.
Déterminants sociaux de la santé	Les déterminants sociaux de la santé sont répartis en deux niveaux : les facteurs structurels et intermédiaires (biologiques, matériels, psychosociaux et comportementaux) qui influent sur la santé de la population et les inégalités en matière de santé.
Facteurs structurels influant sur la santé	Les facteurs structurels influant sur la santé désignent les facteurs qui déterminent la situation socioéconomique des personnes et des familles, par exemple le revenu et le statut social, l'éducation et l'alphabétisation, le sexe et l'origine ethnique. Dans leur ensemble, ces facteurs structurels peuvent contribuer à exposer les personnes à des conditions malsaines ou à les rendre plus vulnérables à de telles conditions.

(suite à la page suivante)

Concept clé	Définition
Facteurs biologiques, matériels, psychosociaux et comportementaux	Les facteurs biologiques, matériels, psychosociaux et comportementaux sont collectivement appelés « déterminants intermédiaires de la santé ». Les facteurs biologiques comprennent le patrimoine génétique, les processus de vieillissement et la biologie sexospécifique. Les circonstances matérielles comprennent les caractéristiques des quartiers, le logement, les conditions de travail et l'environnement physique. Les conditions psychosociales englobent le stress, la maîtrise de soi et les réseaux de soutien social. Les facteurs comportementaux comprennent le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et la nutrition. Ces facteurs intermédiaires sont interreliés, comme le sont les facteurs intermédiaires et structurels qui influent sur la santé.
Extrants du système de santé	Les extrants du système de santé correspondent aux services dispensés en fonction des activités entreprises par les organismes et les personnes au sein du système de santé. Les dimensions de ce quadrant décrivent les caractéristiques qui contribuent à la qualité des services. Ces caractéristiques s'appliquent à tous les services dispensés par le système de santé aux populations (p. ex. santé publique, promotion de la santé et prévention des maladies) ainsi qu'aux particuliers (p. ex. services hospitaliers et médicaux, soins de santé mentale et de soins de longue durée).
Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure	La notion d'accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure renvoie à la gamme de services de santé offerts (y compris les services de santé publique, de promotion de la santé et de prévention des maladies) et à la capacité de répondre aux besoins de la population ou des particuliers sans que des délais ou des obstacles financiers, organisationnels ou géographiques nuisent à la demande ou à l'obtention des services. Les autres dimensions de ce quadrant définissent les attributs de qualité supérieure qui intègrent la définition de qualité de l'Institute of Medicine.
Services axés sur les personnes	Les services axés sur les personnes sont adaptés aux préférences, aux besoins et aux valeurs des personnes et en tiennent compte pour la prise de toutes les décisions cliniques. Cette notion renvoie également à l'intégration et aux liens entre les structures, les fonctions, les secteurs et les professionnels du milieu de la santé, qui font en sorte que la personne recevant les services et ses aidants naturels sont au cœur de la prestation et que la continuité des soins est prise en compte.
Services sécuritaires	On entend par services de santé sécuritaires des services qui évitent que des patients à qui l'on dispense des soins destinés à les aider subissent des préjudices.
Services pertinents et efficaces	La pertinence et l'efficacité des services de santé reposent sur des connaissances scientifiques permettant de déterminer à qui les services peuvent bénéficier le plus, ce qui favorise une réduction de l'incidence, de la durée, de l'intensité et des conséquences des problèmes de santé. Les services sont pertinents et efficaces lorsqu'ils sont dispensés à toutes les personnes qui peuvent en bénéficier et lorsque des décisions axées sur la personne sont prises afin d'éviter que ces services soient dispensés aux personnes peu susceptibles d'en bénéficier.
Prestation efficiente des services	La prestation efficiente des services de santé vise à éviter le gaspillage d'équipement, de fournitures, d'idées et d'énergie, entre autres. Elle désigne l'efficacité technique du système de santé et l'optimisation des extrants (services) pour une quantité et une combinaison d'intrants en particulier (ressources), ou encore la minimisation des intrants nécessaires pour obtenir des extrants ou une combinaison d'extrants en particulier.
Équité (en matière d'extrants du système de santé)	L'équité (en matière d'extrants du système de santé) renvoie à la capacité du système de santé à fournir à des personnes et des populations des extrants exhaustifs et de qualité supérieure (services) de manière équitable et sans que des obstacles, financiers ou autres, nuisent à la prestation de services axés sur la personne, sécuritaires, pertinents, efficaces et efficients.
Caractéristiques et intrants du système de santé	Les caractéristiques et intrants du système de santé correspondent aux caractéristiques relativement stables du système de santé, notamment les capacités de gouvernance et de direction au sein du système, les ressources disponibles, la répartition et l'affectation de ces ressources, la capacité d'ajustement et d'adaptation du système aux besoins de la population en matière de santé ainsi que l'innovation et la capacité d'apprentissage au sein du système.

(suite à la page suivante)

Concept clé	Définition
Gouvernance et direction	On entend par gouvernance et direction le fait de veiller à la mise en place de politiques stratégiques, conjuguées à une supervision efficace, à la mise sur pied de coalitions, à l'élaboration de règles et de mesures d'encouragement appropriées, à une conception réfléchie du système et à un processus de responsabilisation.
Ressources du système de santé	Les ressources du système de santé correspondent aux ressources financières, humaines, physiques, techniques et informationnelles (ce qui comprend des données probantes et des données de grande qualité) disponibles dans le système de santé.
Innovation	La notion d'innovation renvoie à la mise en œuvre, dans un organisme, d'une nouvelle idée, générée à l'interne ou empruntée ailleurs, qui touche un produit, un dispositif, un système, un processus, une politique, un programme ou un service.
Capacité d'apprentissage	La capacité d'apprentissage au sein du système de santé correspond à l'efficacité avec laquelle le système est en mesure « de favoriser la création, l'acquisition et le transfert des connaissances, ainsi que de s'adapter aux nouvelles connaissances et perspectives[1 (p. vii)] ».
Affectation efficiente des ressources	L'affectation efficiente des ressources correspond à l'évaluation de la combinaison de ressources utilisée pour offrir des services de santé de façon à répondre aux attentes de la population et aux besoins de la société.
Ajustement aux besoins en santé de la population	L'ajustement aux besoins en santé de la population renvoie à la capacité du système de santé de s'adapter continuellement de façon à répondre aux besoins de la population, par l'innovation, l'apprentissage et l'ajustement de l'affectation des ressources.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, 2013.

Annexe C : Concepts et définitions clés du cadre PATH

Dimension	Définition	Sous-dimensions
Efficacité clinique	L'efficacité clinique est une dimension de la performance grâce à laquelle un hôpital, selon l'état actuel des connaissances, fournit des soins ou services de santé de façon appropriée et compétente à tous les patients susceptibles d'en bénéficier et obtient les résultats attendus.	Conformité avec les processus de soins, résultats des processus de soins, pertinence des soins
Efficience	L'efficience est l'utilisation optimale des intrants afin d'optimiser les extrants compte tenu des ressources disponibles.	Pertinence des services, intrants liés aux extrants des soins, utilisation de la technologie accessible pour offrir les meilleurs soins possible
Orientation du personnel	L'orientation du personnel est la mesure dans laquelle le personnel hospitalier dispose des compétences appropriées pour fournir les soins nécessaires aux patients, a accès à des programmes d'apprentissage et de formation continus, travaille dans un environnement positivement favorable et est satisfait de son travail.	Milieu de pratique, perspectives et reconnaissance des besoins individuels, activités de promotion de la santé et initiatives de sécurité, réactions comportementales et état de santé
Gouvernance réactive	La gouvernance réactive est la mesure dans laquelle un hôpital répond aux besoins de la collectivité, garantit la continuité et la coordination des soins, favorise la santé, fait preuve d'innovation et fournit des soins à l'ensemble des citoyens sans tenir compte des caractéristiques raciales, physiques, culturelles, sociales, démographiques ou économiques.	Intégration systémique/communautaire, orientation de la santé publique
Sécurité	La sécurité renvoie à la dimension de la performance où un hôpital dispose de la structure appropriée et utilise les processus de prestation des soins permettant d'éviter ou de réduire les préjudices ou les risques pour les patients, les dispensateurs de soins et l'environnement, en plus de promouvoir la notion de sécurité.	Sécurité des patients, sécurité du personnel, sécurité de l'environnement
Soins centrés sur le patient	Les soins centrés sur le patient constituent une dimension de la performance où un hôpital place les patients au cœur de la prestation des soins et des services, en tenant compte des besoins et attentes des patients et de leur famille ainsi que des facteurs suivants : niveau d'autonomie, accès à des réseaux de soutien hospitaliers, communication, confidentialité, dignité, choix du dispensateur et désir d'obtenir des soins en temps opportun.	Orientation des clients, respect des patients

Source

Reproduit avec la permission de Veillard J, Champagne F, Klazinga N, et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH project. *Int J for Quality in Health Care*. 2005;17(6):487-496.

Annexe D : Carte de pointage équilibrée pour les hôpitaux

Finances **Comment les bailleurs de fonds nous perçoivent-ils?** Incidence de la stratégie d'un hôpital et de la façon dont elle est mise en œuvre sur les résultats finaux		**Client** **Comment les clients nous perçoivent-ils?** Les utilisateurs des hôpitaux de soins primaires sont les patients et leurs proches. Leurs préoccupations sont liées aux éléments suivants : facteur temps, qualité du processus, services, résultats et coûts.	
Buts	**Exemples de mesures**	**Buts**	**Exemples de mesures**
Survie	Marge d'exploitation	Satisfaction des patients	Plaintes Orientations Sondage auprès des patients
Succès	Coût moyen par cas pondéré	Satisfaction de la collectivité	Sondage auprès de la collectivité
Prospérité	Revenus de fondation		
Fonctionnement interne **Dans quel domaine devons-nous performer?** Processus cliniques et opérationnels ayant la plus grande incidence sur les résultats pour les patients, leur santé et leur satisfaction à l'égard des soins reçus		**Innovation et apprentissage** **Pouvons-nous continuer de nous améliorer?** Évaluation de la capacité organisationnelle à apporter des améliorations et des changements	
Buts	**Exemples de mesures**	**Buts**	**Exemples de mesures**
Capacité technologique	Orientations en IRM	Apprentissage clinique	Adoption de nouvelles techniques
Qualité des soins	Infections nosocomiales	Apprentissage organisationnel	Projets d'amélioration de la qualité
Résultats pour les patients	Résultats déclarés par les patients	Satisfaction du personnel	Évaluation de la participation
Productivité	Heures travaillées en soins infirmiers par cas pondéré	Satisfaction des médecins	Évaluation de la participation
Utilisation des ressources	Durée moyenne du séjour	Perfectionnement des compétences	Budget consacré à la formation et au perfectionnement
Durée du cycle	Durée des analyses en laboratoire		
Santé de la population	Indicateurs clés de l'état de santé		

Source

Adapté de Baker RG, Pink GH. Une fiche de pointage équilibrée pour les hôpitaux canadiens. *Health Manage Forum*. 1995;8(4):7-21.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Canadian Health Information Roadmap Initiative Indicators Framework*. Ottawa, ON : ICIS; 1999.

2. Arah O, Klazinga NS, Delnoji D, Ten A, Asbroek T, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J for Quality in Health Care* 2003;(15):377-398.

3. Institut canadien d'information sur la santé. *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.

4. Papanicolas I, Smith PC. *Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research*. Open University Press European Observatory on Health Systems and Policies Series; 2013.

5. Duran A, Figueras J, McKee M. *Understanding Health Systems: Scope, Functions and Objectives*. Open University Press: Maidenhead; 2012.

6. Murray C, Evans B. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Organisation mondiale de la santé; 2003.

7. Organisation mondiale de la santé. *Everybody Business : Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes — WHO's Framework for Action.* Genève, Suisse : OMS; 2007.

8. Murray C, Frank J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. 2000;78[6].

9. Institute of Medicine, Lamarche P, Beaulieu M-D. *Primary Care: America's Health in a New Era*. National Academy Press; 1996.

10. Gouvernement de la Saskatchewan. *Patient Centred. Community Designed. Team Delivered. Highlights From Saskatchewan's New Framework for Primary Health Care*. Ministère de la Santé; 2012.

11. Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario. *Advice and Recommendations to Hon. Elizabeth Witmer, Minister of Health*. Ministre de la Santé; décembre 1999.

12. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *Integrated Service Delivery Model for the NWT Health and Social Services System*. *A Detailed Description*. Mars 2004.

13. Santé Canada. *About Primary Health Care*. 2012. Santé Canada; octobre 2014.

14. Aggarwal M, Hutchison B. *Toward a Primary Care Strategy for Canada.* Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; décembre 2012.

15. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York : Oxford University Press; 1998.

16. Molla S, Donaldson K, Yordy D, Lohr KN, Vanselow NA. *Primary Care: America's Health in a New Era. Report of a Study by the Committee of the Institute of Medicine*. National Academy Press; 1996.

17. Organisation mondiale de la santé. *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care*. Genève, Suisse : OMS; août 1978.

18. Veillard J, Schiotz M, Guisset AL, Brown AD, Klazinga NS. A qualitative evaluation of the implementation of the WHO Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals (PATH) in eight European countries. *Int J for Health Care Quality Assurance.* 2013;26(8).

19. Baker RG, Pink GH. A balanced scorecard for Canadian hospitals. *Health Management Forum*. 1995;8(4):7-21.

20. Porter M. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;(363):2477-2481.

21. Veillard J, Champagne F, Klazinga NS. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J for Quality of Health Care.* 2005;17(6):487-496.

22. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP. A conceptual framework for health care organizations' performance. *Health Services Manage Res* 1998;24-43.

23. Cameron K, Whetten D. *Organizational Effectiveness: A Comparison of Multiple Models.* Orlando, É.-U. : Academic Press; 1983.

24. Baker RG, Anderson GM, Brown AD, et al. *The Hospital Report '99: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*. Association des hôpitaux de l'Ontario; 1999.

25. Kaplan RS, Norton DPA. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*. Harvard Business School Press; 1996.

26. Institut canadien d'information sur la santé, Hospital Report Research Collaborative. *Hospital Report 2007: Acute Care.* Ottawa, ON : ICIS; 24 août 2007.

27. Mot E, Faber R, Geerts J, Willieme P. *Performance of Long-Term Care Systems in Europe*. Rapport de recherche d'ENEPRI n° 117; 2012.

28. Organisation de coopération et de développement économiques. *Conceptual Framework and Methods for Analysis of Data Sources for Long-Term Care Expenditure.* OCDE; décembre 2007.

29. Gouvernement de l'Ontario. *Living Longer, Living Well*. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 20 décembre 2012.

30. Hirdes, et al. Beyond the 'iron lungs of gerontology' using evidence to shape the future of nursing homes in Canada. *Can J on Aging*. 2011.

31. Organisation de coopération et de développement économiques. *Besoin d'aide? La prestation de services et le financement de la dépendance*. OCDE; juin 2011.

32. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging*. Ottawa, ON : ICIS; 2011.

33. Turcotte M, Schellenberg G. *Un portrait des aînés au Canada*. Ottawa, ON : ministère de l'Industrie du Canada; 2007.

34. Larizgoitia X. *Approaches to Evaluation LTC Systems*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2003.

35. Reinhard SC, Kassner E, Houser A, Ujuari K, Mollica R, Hendrickson L. *Raising Expectations: A State Scorecard on Long-Term Services and Supports for Older Adults, People With Physical Disabilities and Family Caregivers.* American Association for Retired Persons; 2014.

36. Institut canadien d'information sur la santé. *Services à domicile et soins de longue durée — outils d'aide à la décision en matière de soins de longue durée à l'intention des cliniciens et des gestionnaires* (RAI-MDS 2.0). Ottawa, ON : ICIS; 2012.

37. Billings J, Leichsenring K, Glasby J, et al. *The INTERLINKS Framework for Long-Term Care*. Novembre 2011.

38. Centers for Medicare & Medicaid Services. *Design for Nursing Home Compare Five-Star Quality Rating System: Technical Users' Guide*. Juillet 2012.

39 Malley J, Fernandez JL. Measuring quality in social care services: theory and practice. *Annals of Public and Cooperative Economics.* 2010;81(4):559-582.

40. Institut canadien d'information sur la santé. *Services à domicile et soins de longue durée — outils d'aide à la décision en matière de soins de longue durée à l'intention des cliniciens et des gestionnaires* (RAI-HC). Ottawa, ON : ICIS; 2012.

41. Hirdes, JP, et al. Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist.* 2004;44(5):665-679.

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-383-5 (PDF)

© 2015 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Cadres de mesure de la performance du système de santé : harmonisation des cadres relatifs aux secteurs et aux organismes à celui du système de santé*. Ottawa, ON : ICIS; 2015.

This publication is also available in English under the title *Health System Performance Frameworks: Aligning Frameworks for Sectors and Organizations to Health Systems*.
ISBN 978-1-77109-382-8 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

10250-0515

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information