

# LA DIMENSION DE L'ACCESSIBILITÉ DU CADRE D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU CSBE

## INTRODUCTION

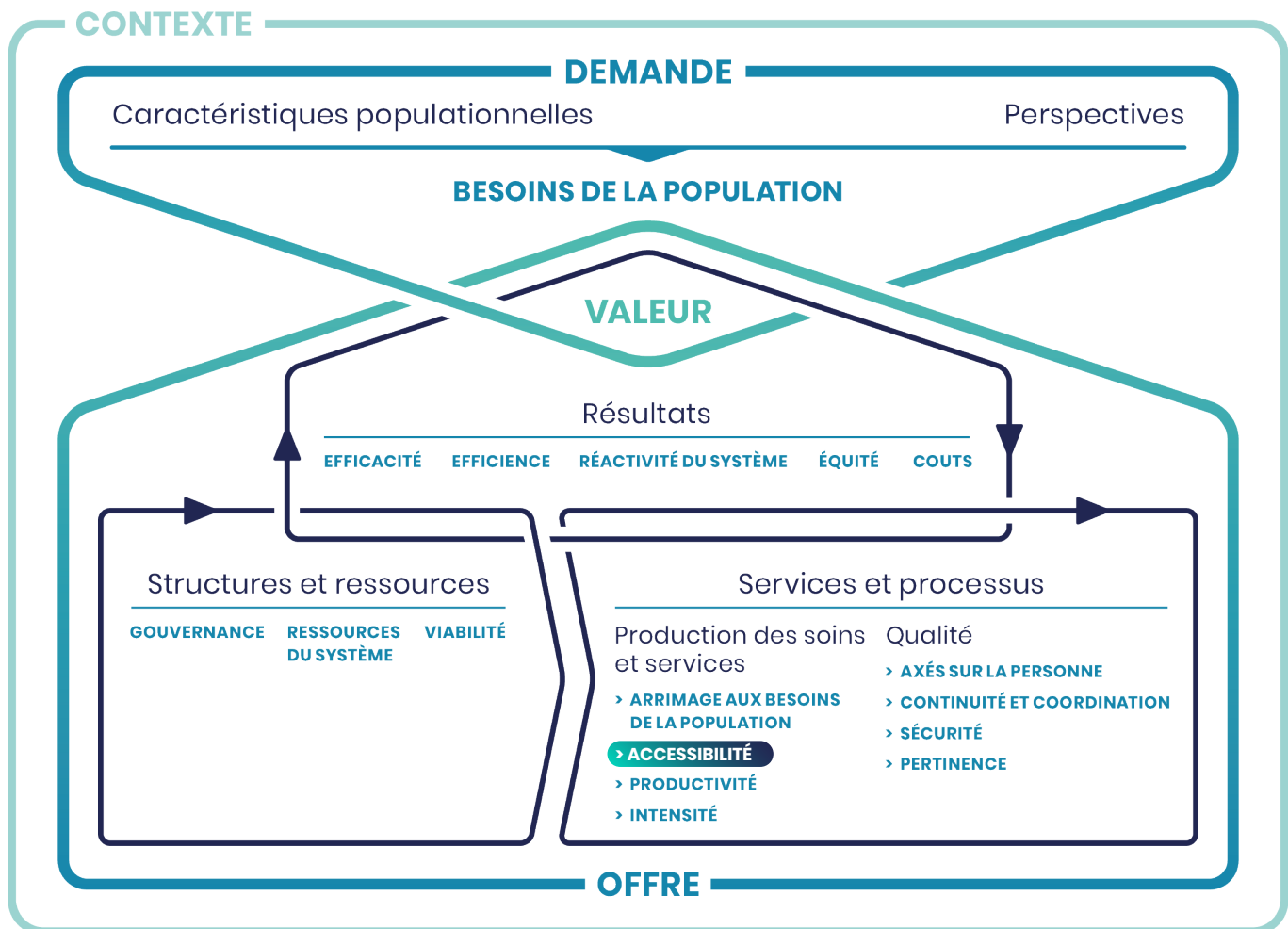
Selon une revue systématique récente sur les cadres d'évaluation de la performance des systèmes de santé, **l'accessibilité est l'une des dimensions les plus répertoriées dans la définition des systèmes performants** (Ahluwalia, S. C. et al., 2017). Elle est un facteur déterminant de la performance du système et au centre des interactions entre les individus et les collectivités avec le système de santé et de services sociaux (Murray, C. J. L. et Evans, D. B., 2003). L'accessibilité est une notion complexe, comme en témoigne l'hétérogénéité des définitions et des conceptualisations dans la littérature et l'utilisation presque interchangeable des termes accès, accessibilité et utilisation des services de santé (Haggerty, J. L. et al., 2011).

**Ce document présente le positionnement de l'accessibilité dans le cadre d'évaluation de la performance du CSBE, la définition de cette dimension et de ses sous-dimensions ainsi que des exemples d'indicateurs.**

## POSITIONNEMENT DE L'ACCESSIBILITÉ DANS LE CADRE D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU CSBE

L'accessibilité des soins de santé et des services sociaux est l'une des dimensions du cadre d'appréciation de la performance du CSBE relative à la production des soins et services. Elle s'inscrit dans la composante « Services et processus » (Figure 1).

Figure 1 : Cadre d'évaluation de la performance du système de santé du CSBE



## DÉFINITION DE L'ACCESSIBILITÉ ET DE SES SOUS-DIMENSIONS EN PLUS D'EXEMPLES D'INDICATEURS

La notion d'accessibilité est rapportée dans tous les cadres d'appréciation de la performance des systèmes de santé que le CSBE a consultés<sup>1</sup>. Elle est abordée dans la littérature selon 3 perspectives.

### Perspectives de l'accessibilité :

- Celle de la **population** où l'accessibilité dépend des caractéristiques des personnes qui la composent (ex. : statut socioéconomique, perception des besoins de santé, comportement);
- Celle **du système de santé** où l'accessibilité est vue comme l'une de ses caractéristiques (ex. : disponibilité des ressources, organisation des services, couverture de services);
- Celle de **l'interaction** entre les caractéristiques de la population et celles du système de santé.

(Andersen, R. M. et al., 1983; Lévesque, J. F. et al., 2013)

1. La méthodologie est précisée dans un document méthodologique à part qui sera publié sur le site du CSBE.

Selon l'angle populationnel, l'accessibilité réfère à la facilité pour les personnes à obtenir des soins et services de santé à l'endroit et au moment opportun (AIHW 2004; European Commission. Directorate-General for Health et Food and Safety, 2016; Haggerty, J. L. et al., 2011; Kelley, E. et Hurst, J., 2006; Vrijens, F. et al., 2014; Wang, F., 2012). Selon la perspective du système de santé et des services sociaux, l'accessibilité correspond à la capacité du système à fournir les soins et services requis (ICIS 2013; MSSS 2012). Elle est liée à un ensemble de facteurs qui interviennent entre la capacité à produire des services et la réelle production ou consommation des services par la population (Donabedian, A., 1973). Selon la dernière perspective, l'accessibilité correspond au degré d'ajustement entre les caractéristiques du système de santé et celles de la population dans le processus de recherche et d'obtention de soins et de services (Frenk, J. et White, K. L., 1992; Lévesque, J. F. et al., 2013). L'accessibilité est aussi abordée comme une distance entre une source de services et ses utilisateurs (Pineault, R., 2012). Pour Pineault, tout comme Donabedian, cette distance dépend de facteurs facilitants ou de barrières qui aident ou nuisent à l'obtention de soins (Donabedian, A., 1973). Ainsi, une organisation sera qualifiée d'accessible s'il existe des facteurs facilitants ou peu de barrières de type organisationnel, financier, géographique, individuel ou socioculturel et technologique dans l'obtention des soins et des services par la population (inspiré de Fortney, J. C. et al., 2011; Pineault, R., 2012; Thiebaut, G.-C. et al., 2020).

Le CSBE favorise la perspective de la population, puisque l'accessibilité au système de santé et de services sociaux est un aspect important pour les personnes. Sans accès, il n'y a pas d'amélioration ou de préservation de l'état de santé des usagers, qui est un des objectifs d'un système de santé performant. Une bonne accessibilité peut contribuer à la création de valeur<sup>1</sup> pour la population. Comme mentionné précédemment, l'accessibilité dépend de barrières ou de facteurs facilitants de différentes natures, qui constituent ses sous-dimensions.

1. La notion de valeur (Porter, M. E., 2010) est associée au terme efficience, puisqu'elle met en relation les résultats importants pour les citoyens et les coûts totaux du système pour les produire. Notons que ces résultats varient selon le groupe de personnes. Ces derniers incluent les résultats de santé et l'expérience de soins. L'objectif est de maximiser les résultats, en conformité avec les valeurs de la population et en considérant que les ressources sont nécessairement limitées.

## Définition de l'accessibilité

**La facilité avec laquelle les soins de santé ou les services sociaux sont obtenus par la population à l'endroit et au moment opportun**

(AIHW 2004; European Commission. Directorate-General for Health et al., 2016; Haggerty, J. L. et al., 2011; Kelley, E. et al., 2006; Lévesque, J. F. et al., 2013; Vrijens, F. et al., 2014; Wang, F., 2012).

L'accessibilité aux soins et services dépend de l'importance des barrières et des facteurs facilitants à l'obtention de ces soins et services par la population. Ces barrières et facteurs facilitants sont organisationnels, financiers, géographiques, individuels et socioculturels (adapté de Thiebaut, G.-C. et al., 2020) ainsi que technologiques (Fortney, J. C. et al., 2011).

### Composante

### Services et processus

#### Dimension

### Accessibilité

#### Sous-dimensions

- **Accessibilité organisationnelle**
- **Accessibilité financière**
- **Accessibilité géographique**
- **Accessibilité individuelle et socioculturelle**
- **Accessibilité technologique**



# Définition des sous-dimensions et exemples d'indicateurs



## Accessibilité financière

Elle correspond à la **capacité de l'utilisateur à payer** (Champagne, F. et al., 2005; Thiebaut, G.-C. et al., 2020) et au **coût d'opportunité** (perte de salaire pour les personnes sans assurance) (Fortney, J. C. et al., 2011) pour obtenir les soins de santé et les services dont il a besoin. La capacité de payer est influencée par des frais exigés aux usagers qui nuisent à l'obtention des soins et services. Ces frais dépendent de la couverture du panier de services. Ils comprennent les paiements de l'utilisateur pour les services non couverts par le régime public (ex. : dentiste, psychologue, médicaments sans ordonnance, etc.), les coûts associés aux assurances et les frais complémentaires pour l'obtention de certains services.

### Indicateurs

- Proportion de personnes ayant omis d'acheter un médicament ou qui ont sauté une dose en raison du coût (Commonwealth Fund, 2017);
- Proportion des frais déboursés en soins et services sur le revenu total des ménages (Thiebaut, G.-C. et al., 2020).



## Accessibilité organisationnelle

Elle réfère à la **facilité des personnes à accéder aux soins et services grâce aux modalités organisationnelles mises en place** (adapté de Thiebaut, G.-C. et al., 2020). Il peut s'agir de la transmission de l'information sur l'offre de services d'un secteur de soins, des mécanismes de gestion de l'accès et des moyens mis sur les lieux pour faciliter l'accès physique aux soins. Elle peut aussi dépendre de la flexibilité de la société à aider les personnes à obtenir les soins souhaités. Par exemple, avoir un emploi dont l'horaire s'adapte à celui d'un centre de soins (Lévesque, J. F. et al., 2013) ou permettre aux proches aidants d'avoir un répit pour se rendre à un rendez-vous médical.

### Indicateurs

- Pourcentage de patients qui ont subi une intervention chirurgicale dans le délai de référence (adapté de ICIS 2022);
- Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire (MSSS, 2021).



## Accessibilité géographique

Il s'agit de la **facilité des personnes à se rendre à l'emplacement du fournisseur de soins** (adapté de Fortney, J. C. et al., 2011). Elle dépend de l'accès à un moyen de transport, de la mobilité (Lévesque, J. F. et al., 2013), de la distance et du temps de voyage pour obtenir les soins (adapté de Frenk, J. et al., 1992).

### Indicateurs

- Temps moyen nécessaire à l'utilisateur pour se déplacer jusqu'au centre de santé le plus près (Thiebaut, G.-C. et al., 2020);
- Proportion de patients qui ont rapporté que le transport était une barrière à l'accès aux soins (Syed, S. T. et al., 2013).



## Accessibilité individuelle et socioculturelle

Elle correspond à l'**acceptabilité des soins et services chez les personnes** qui dépend de leurs caractéristiques individuelles telles que l'âge, le genre, le revenu et le niveau d'éducation ainsi que leurs caractéristiques socioculturelles telles que les croyances, la religion, la langue et les valeurs (adapté de Lévesque, J. F. et al., 2013; Murray, C. J. L. et al., 2003; Thiebaut, G.-C. et al., 2020). Cette sous-dimension réfère également à l'autonomie de la personne, son aptitude à choisir les soins et services et à obtenir de l'information sur les diverses options disponibles (Thiebaut, G.-C. et al., 2020). Cette acceptabilité dépend de la capacité du système à s'adapter aux caractéristiques individuelles et socioculturelles des personnes. L'accessibilité individuelle et socioculturelle peut être affectée par les valeurs professionnelles et les normes des soignants (Lévesque, J. F. et al., 2013).

### Indicateur

- Taux d'utilisation des services médicaux spécialisés selon la langue, l'âge, l'origine des personnes, etc. (Thiebaut, G.-C. et al., 2020).



## Accessibilité technologique

Il s'agit de la **possibilité pour la population d'utiliser des technologies de l'information** avec leurs fournisseurs de soins (Fortney, J. C. et al., 2011). Elle dépend de l'habilité de la population à utiliser ces technologies (Fortney, J. C. et al., 2011) ainsi que de l'accès à du matériel informatique et à Internet. Elle est aussi influencée par l'habilité et de la volonté des praticiens de les utiliser (Fortney, J. C. et al., 2011) ainsi que par le développement ou l'acquisition de ces technologies par le système de santé.

### Indicateur

- Proportion de personnes qui n'ont pas pu recourir aux soins virtuels en raison des barrières associées à l'usage des technologies parmi les individus où de tels soins ont été proposés (inspiré de François, J. et Audrain-Pontevia, A.-F., 2020)





## BIBLIOGRAPHIE

- Ahluwalia, S. C., Damberg, C. L., Silverman, M., et al. (2017). What Defines a High-Performing Health Care Delivery System: A Systematic Review. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 43(9), 450–459. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.03.010>
- Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday, L. A., et al. (1983). Exploring dimensions of access to medical care. *Health services research*, 18(1), 49–74.
- Ansari, Z. (2007). A review of literature on access to primary health care. *Australian Journal of Primary Health*, 13(2), 80–95.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2004). *National Report on Health Sector Performance Indicators 2003*. Australian Government. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/809ad023-c871-403c-a20b-5bd95877811e/nrhspi03a.pdf.aspx?inline=true>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., et al. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS* (publication n° 2-550-45872-9). Université de Montréal. Montréal.
- Commonwealth Fund. (2017). *2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey*. <https://doi.org/10.25940/ROPER-31099599>
- Da Silva, R. B., Contandriopoulos, A. P., Pineault, R., et al. (2011). A global approach to evaluation of health services utilization: concepts and measures. *Healthcare Policy*, 6(4), e106–117. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107120/pdf/policy-06-e106.pdf>
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration : specifying requirements for health care*. Harvard University Press.
- Publications Office. (European Commission. Directorate-General for Health and Food and Safety). (2016). *So what? Strategies across Europe to assess quality of care : report by the expert group on health systems performance assessment* (publication n° 9789279575624 9279575627). European Union. Luxembourg. [https://ec.europa.eu/health/system/files/2016-11/sowhat\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2016-11/sowhat_en_0.pdf)
- Fortney, J. C., Burgess, J. F., Jr., Bosworth, H. B., et al. (2011). A re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *Journal of General Internal Medicine* 26 Suppl 2(Suppl 2), 639–647. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1806-6>
- François, J. et Audrain-Pontevia, A.-F. (2020). La santé numérique : un levier pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé au Québec. *Revue Organisations & Territoires*, 29(3). <https://doi.org/10.1522/revueot.v29n3.1196>
- Frenk, J. et White, K. L. (1992). The concept and measurement of accessibility. Dans White, K., Ordonez, C., Paganini, J. M. et Starfield, B. (dir.), *Health Services Research: An Anthology* (p. 842-855). Pan American Health Organization.
- Haggerty, J., Burge, F., Lévesque, J. F., et al. (2007). Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*, 5(4), 336–344. <https://doi.org/10.1370/afm.682>
- Haggerty, J. L., Lévesque, J.-F., Santor, D. A., et al. (2011). Accessibility from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthcare Policy*, 7(Spec Issue), 94–107.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2013). *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*. Ottawa. [https://secure.cih.ca/free\\_products/HSP\\_Framework\\_Technical\\_Report\\_FR.pdf](https://secure.cih.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_FR.pdf)
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2022). *Temps d'attente pour une arthroplastie du genou (pourcentage de patients traités dans le délai de référence)*. <https://www.cih.ca/fr/indicateurs/temps-dattente-pour-une-arthroplastie-du-genou-pourcentage-de-patients-traites-dans-le>
- OECD Publishing. (Kelley, E. et Hurst, J.). (2006). *Health Care Quality Indicators Project : Conceptual Framework Paper*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/440134737301.pdf?expires=1653669229&id=id&accname=guest&checksum=3A23374AC2C5E8F1089AD958C862BF19>
- Lévesque, J. F., Harris, M. F. et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre\\_de\\_reference\\_ministeriel\\_devaluation\\_de\\_la\\_performance.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux*. <https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000204/?&date=DESC>
- Murray, C. J. L. et Evans, D. B. (2003). *Health systems performance assessment debates, methods and empiricism*. World Health Organization. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf>
- Page, M. J., Moher, D. et Bossuyt, P. M. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pineault, R. (2012). *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Presses de l'Université de Montréal.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Ricketts, T. C. et Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nurs Outlook*, 53(6), 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2005.06.007>
- Souliotis, K., Hasardzhiev, S. et Agapidaki, E. (2016). A Conceptual Framework of Mapping Access to Health Care across EU Countries: The Patient Access Initiative. *Public Health Genomics*, 19(3), 153–159. <https://doi.org/10.1159/000446533>
- Syed, S. T., Gerber, B. S. et Sharp, L. K. (2013). Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *Journal of Community Health*, 38(5), 976–993. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9681-1>
- Thiebaut, G.-C., Lavoie, C., Labrecque-Pégoraro, S., et al. (2020). *Pour des trajectoires de soins et de services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure*. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie. [https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres\\_de\\_recherche/IUPLSSS/transfert\\_connaissances/outils-publications/Pour\\_des\\_trajectoires\\_de\\_soins\\_et\\_de\\_services\\_performantes\\_\\_Un\\_outillage\\_pour\\_l%E2%80%99analyse\\_et\\_la\\_mesure.pdf](https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Pour_des_trajectoires_de_soins_et_de_services_performantes__Un_outillage_pour_l%E2%80%99analyse_et_la_mesure.pdf)
- Vrijens, F., Renard, F., Walckiers, D., et al. (2014). Évaluer la performance du système de santé : l'expérience de la Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 83–102. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0083>
- Wang, F. (2012). Measurement, Optimization, and Impact of Health Care Accessibility: A Methodological Review. *Annals of the American Association of Geographers*, 102(5), 1104–1112. <https://doi.org/10.1080/00045608.2012.657146>