

Université de Montréal

Influence du financement sur la performance des systèmes de soins

par

Tchouaket Nguemeleu Éric

École de Santé Publique

Programme de Ph. D Santé Publique
Faculté de Médecine, Université de Montréal

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales
de l'Université de Montréal
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D)
en Santé Publique
option Organisation des soins

Mars, 2011

© Éric Tchouaket, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Influence du financement sur la performance des systèmes de soins

Présentée par :
Tchouaket Nguemeleu Éric

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Lamothe Lise, président-rapporteur
Lamarche Paul, directeur de recherche
Goulet Lise, co-directrice de recherche
Contandriopoulos André Pierre, membre du jury
Baris Enis, examinateur externe
Hansen Pierre, représentant du doyen de la FES

Résumé

La thèse a pour objectif d'étudier l'influence du financement des soins de santé sur la performance des systèmes de soins compte tenu des caractéristiques organisationnelles sanitaires des systèmes. Elle s'articule autour des trois objectifs suivants : 1) caractériser le financement des soins de santé à travers les différents modèles émergeant des pays à revenu élevé ; 2) apprécier la performance des systèmes de soins en établissant les divers profils apparaissant dans ces mêmes pays ; 3) examiner le lien entre le financement et la performance en tenant compte du pouvoir modérateur du contexte organisationnel des soins.

Inspirée du processus de circulation de l'argent dans le système de soins, l'approche a d'abord consisté à classer les pays étudiés – par une analyse configurationnelle opérationnalisée par les analyses de correspondance multiples (ACM) et de classification hiérarchique ascendante (CHA) – dans des modèles types, chacun représentant une configuration particulière de processus de financement des soins de santé (article 1). Appliquée aux données recueillies auprès des 27 pays de l'OCDE à revenu élevé via les rapports *Health Care in Transition* des systèmes de santé des pays produits par le bureau Européen de l'OMS, la banque de données Eco-Santé OCDE 2007 et les statistiques de l'OMS 2008, les analyses ont révélé cinq modèles de financement. Ils se distinguent selon les fonctions de collecte de l'argent dans le système (prélèvement), de mise en commun de l'argent collecté (stockage), de la répartition de l'argent collecté et stocké (allocation) et du processus de paiement des professionnels et des établissements de santé (paiement). Les modèles ainsi développés, qui vont au-delà du processus unique de collecte de l'argent, donnent un portrait plus complet du processus de financement des soins de santé. Ils permettent ainsi une compréhension de la cohérence interne existant entre les fonctions du financement lors d'un éventuel changement de mode de financement dans un pays.

Dans un deuxième temps, nous appuyant sur une conception multidimensionnelle de la performance des systèmes, nous avons classé les pays : premièrement, selon leur niveau en termes de ressources mobilisées, de services produits et de résultats de santé atteints (définissant la performance absolue) ; deuxièmement, selon les efforts qu'ils fournissent pour atteindre un niveau élevé de résultats de santé proportionnellement aux ressources mobilisées et aux services produits en termes d'efficience, d'efficacité et de productivité (définissant ainsi la performance relative) ; et troisièmement, selon les profils types de performance globale émergeant en tenant compte simultanément des niveaux de performance absolue et relative (article 2). Les analyses effectuées sur les données collectées auprès des mêmes 27 pays précédents ont dégagé quatre profils de performance qui se différencient selon leur niveau de performance multidimensionnelle et globale. Les résultats ainsi obtenus permettent d'effectuer une comparaison entre les niveaux globaux de performance des systèmes de soins.

Pour terminer, afin de répondre à la question de savoir quel mode – ou quels modes – de financement générerait de meilleurs résultats de performance, et ce, dans quel contexte organisationnel de soins, une analyse plus fine des relations entre le financement et la performance (tous définis comme précédemment) compte tenu des caractéristiques organisationnelles sanitaires a été réalisée (article 3). Les résultats montrent qu'il n'existe presque aucune relation directe entre le financement et la performance. Toutefois, lorsque le financement interagit avec le contexte organisationnel sanitaire pour appréhender le niveau de performance des systèmes, des relations pertinentes et révélatrices apparaissent. Ainsi, certains modes de financement semblent plus attrayants que d'autres en termes de performance dans des contextes organisationnels sanitaires différents. Les résultats permettent ainsi à tous les acteurs du système de comprendre qu'il n'existe qu'une influence indirecte du financement de la santé sur la performance

des systèmes de soins due à l'interaction du financement avec le contexte organisationnel sanitaire.

L'une des originalités de cette thèse tient au fait que très peu de travaux ont tenté d'opérationnaliser de façon multidimensionnelle les concepts de financement et de performance avant d'analyser les associations susceptibles d'exister entre eux. En outre, alors que la pertinence de la prise en compte des caractéristiques du contexte organisationnel dans la mise en place des réformes des systèmes de soins est au cœur des préoccupations, ce travail est l'un des premiers à analyser l'influence de l'interaction entre le financement et le contexte organisationnel sanitaire sur la performance des systèmes de soins.

Mots-clés : Systèmes de soins, financement, performance, contexte organisationnel, modèles, profils, interaction, approche configurationnelle.

Abstract

The aim of this thesis is to investigate the influence of health care financing on the performance of health care systems when organizational characteristics of health care system contexts are taken into consideration. It focuses on the following three objectives: 1) to characterize health care financing across the various models emerging in high-income countries; 2) to assess the performance of these health care systems by identifying the different profiles seen in these countries; and 3) to examine the relationship between health care financing and system performance, taking into account the moderating influence of the organizational context of health care.

Inspired by the revenue flow process in health care systems, the approach adopted consisted in first classifying the countries studied – using configurational analysis operationalized through multiple components analysis (MCA) and ascending hierarchical classification (AHC) – into typical models, each representing a particular configuration of health care financing processes (article 1). Analysis of data collected on 27 high-income OECD countries from the *Health Care in Transition* reports produced by the WHO Regional Office for Europe, the 2007 Éco-Santé OCDE database and the 2008 WHO statistics revealed five financing models. These models differ among themselves in terms of the functions of collecting money (collection), pooling the collected funds (pooling), distributing the collected and pooled funds (allocation) and paying the professionals and health care establishments (payment). The models thus developed, which extend beyond the simple process of collecting money, provide a more complete picture of the health care financing process. As such, they enable a better understanding of the internal coherence that exists among the four health care financing functions that will impact any change in a country's health care financing system.

Next, based on a multidimensional conception of health care system performance, we classified the same 27 countries according to three parameters: (1) their levels of resources mobilized, health care services provided and health outcomes achieved (absolute performance); (2) the efforts they invested to achieve higher levels of health outcomes in proportion to resources mobilized and health care services provided, in terms of efficiency, efficacy and productivity (relative performance); and (3) the overall performance profiles that emerged when absolute performance and relative performance were combined (article 2). The analyses we carried out on the data collected for these 27 countries produced four profiles that were differentiated in their multidimensional and overall performance. The results thus obtained allow us to compare overall health care system performance among high-income countries.

Finally, to answer the question of what financing modalities would generate the best performance, and in what types of health care organizational contexts, we carried out an in-depth analysis of the relations between health care financing and health care system performance (as defined above), taking into account the organizational characteristics of the health care contexts (article 3). The analysis revealed almost no direct relations between health care financing and health care performance. However, when we looked at interactions between financing and health care organizational contexts to capture the level of system performance, some relevant relations emerged. Thus, in terms of performance, some health care financing modalities would appear to be more appealing than others, depending on the organizational characteristics of the health care context. These results can help health care system stakeholders to understand that there is only an indirect relationship between financing and system performance, due to the interaction between health care financing and the organizational characteristics of health care contexts.

One original aspect of this thesis lies in the fact that very few studies have attempted to operationalize the concepts of health care system financing and performance using multidimensional approaches before analyzing any relationships that might exist between them. Furthermore, despite the relevance of taking into account the organizational characteristics of health care contexts in health system reforms, this thesis is the one of the first to analyze the impact of the interaction between health care financing and organizational contexts on health care system performance.

Keywords: Health care systems, financing, performance, organizational context, models, profiles, interaction, configurational approach.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iv
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures.....	xii
Liste des abréviations.....	xiii
Remerciements.....	xv
Chapitre 1 : Introduction générale.....	1
1.1 Le problème.....	1
1.2 Les objectifs de la thèse.....	4
1.3 Brève description du contenu des trois articles de la thèse.....	4
1.4 Contenu de la thèse.....	6
Chapitre 2 : Revue de la littérature et propositions théoriques.....	7
2.1 Le financement des soins.....	7
2.1.1 Le terme « financement » dans les dictionnaires : contenu et sens variables ..	7
2.1.2 Le financement des soins : Définitions et cadre descriptif.....	12
2.1.3 Lien conceptuel entre les fonctions.....	29
2.1.4 Les modèles de financement des soins les plus cités dans la littérature et leurs lacunes.....	30
2.2 La performance des systèmes de soins.....	32
2.2.1 Le concept de performance : une diversité de sens et de contenus.....	33
2.2.2 La performance organisationnelle vue par les théories des organisations.....	35
2.2.3 Les fonctions essentielles des systèmes de soins.....	39
2.2.4 Cadre d'analyse de la performance selon les organismes internationaux et certains pays à revenu élevé : Une vision multidimensionnelle contingente.....	42
2.2.5 Vision multidimensionnelle et intégrée d'analyse de la performance.....	44
2.3 Le contexte organisationnel d'intervention.....	49
2.3.1 Les facteurs contextuels organisationnels non sanitaires.....	50
2.3.2 Les éléments caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire.....	52
2.4 Synthèse de la littérature.....	53
Chapitre 3 : Modèle conceptuel.....	55
3.1 L'approche configurationnelle.....	55
3.2 Modèle conceptuel de référence : lien théorique entre les trois concepts clés.....	59

3.3 Questions de recherche	63
Chapitre 4 : Quelques éléments méthodologiques	64
4-1 Stratégie et devis de recherche.....	64
4-2 Stratégie d'analyse.....	66
4-3 Population à l'étude	69
4-4 Les considérations éthiques	71
Chapitre 5 : Taxonomie du financement des soins : Analyse de 27 pays de l'OCDE (Article 1).....	72
Résumé.....	73
5.1 Introduction.....	75
5.2 Cadre théorique de référence et d'analyse	76
5.3 Méthodes.....	78
5.3.1 Stratégie de recherche et données utilisées	78
5.3.2 Description et mesure opérationnelle des variables	79
5.3.3 Analyse des données	87
5.4 Résultats	92
5.4.1 Résultat 1: Profils émergents des fonctions du financement	92
5.4.2 Résultat 2: Les modèles de financement de soins émergents	96
5.5 Discussion	101
Chapitre 6 : La performance des systèmes de soins : Appréciation et profils de 27 pays de l'OCDE (Article 2).....	106
Résumé.....	107
6.1 Conceptualisation.....	109
6.2 Méthodes.....	112
6.2.1 Sources de données	112
6.2.2 Sélection des indicateurs.....	113
6.2.3 Analyse des données	124
6.3 Résultats	129
6.3.1 Résultat 1 : Positionnement des différents pays selon la performance absolue	129
6.3.2 Résultat 2 : Positionnement des différents pays selon la performance relative	133
6.3.3 Résultat 3 : Positionnement des pays suivant les différents profils de performance globale intégrée.....	136
6.4 Discussion	140
Chapitre 7 : Quel financement pour quelle performance ? (Article 3)	145
Résumé.....	146

7.1 Introduction.....	147
7.2 Cadre d'analyse.....	148
7.3 Méthodes.....	151
7.3.1 Stratégie de recherche et population d'étude	151
7.3.2 Sources de données	151
7.3.3 Description des variables	152
7.3.4 Analyse des données	163
7.4. Résultats	164
7.4.1 Résultat 1 : Relation entre le financement et la performance des systèmes de soins	164
7.4.2 Résultat 2 : Relation entre le financement et la performance des systèmes de soins compte tenu du type d'organisation sanitaire	165
7.5 Discussion	171
Chapitre 8 : Discussion générale et conclusion.....	179
8.1 Synthèse des résultats.....	179
8.2 Contributions de la recherche.....	184
8.2.1 Apports méthodologiques	185
8.2.2 Apports pratiques et aide à la prise de décision	186
8.2.3 Apports théoriques	186
8.3 Validité de la recherche.....	189
8.3.1.....	189
Qualité et crédibilité des sources de données.....	189
8.3.2 Qualité des données	189
8.3.3 Analyse des données manquantes	190
8.3.4 Validité des résultats	192
8.4 Limites et forces de la thèse.....	196
8.5 Conclusion et perspectives.....	200
Bibliographie.....	202
Annexes.....	I
Annexe 1 : Détails des sources et des données collectées	I
Annexe 2 : Résultats de la classification hiérarchique ascendante issus du logiciel SPAD (Article1).....	X
Listing détaillé de l'analyse des correspondances multiples.....	XI
Description détaillée des trois axes factoriels retenus.....	XIV
Partition : Coupure 'b' de l'arbre (dendrogramme) en 5 classes	XV

Caractérisation de la coupure 'b' en 5 classes par les modalités.....	XVII
Annexe 3 : Appréciation de la performance et profils des 27 pays (Article2).....	XIX
Appréciation du niveau de chacune des composantes Ressources-Services-Santé.....	XIX
Annexe 4 : Accusés de réception des deux articles soumis aux revues scientifiques avec comité des pairs	XXIII
Annexe 5 : Approbation éthique du comité éthique de la faculté de médecine de l'Université de Montréal	XXV
Annexe 6 : Curriculum Vitae.....	XXVI

Liste des tableaux

Tableau 2.1 : Les différentes définitions du financement.....	8
Tableau 2.2 : Définitions du concept de « performance » selon quelques domaines d'activité.....	34
Tableau 3.1 : Analyse comparée de l'approche de contingence et de l'approche configurationnelle	56
Tableau 5.1 : Méthodes et sources des données collectées.....	79
Tableau 5.2 : Descriptions des sous-dimensions de chacune des fonctions du financement.....	90
Tableau 5.3: Description des profils émergents des quatre fonctions de financement...	93
Tableau 5.4: Les différents modèles de financement de la santé et leurs caractéristiques	97
Tableau 6.1: Définitions opérationnelles des variables collectées pour l'analyse de la performance.....	120
Tableau 6.2: Positionnement des pays sur chacune des dimensions de la performance	130
Tableau 6.3: Profils de performance absolue.....	132
Tableau 6.4: Positionnement des pays suivant les liens entre les composantes (efficience, efficacité, productivité).....	134
Tableau 6.5: Profils de performance relative	135
Tableau 6.6 : Positionnement des pays suivant les différents profils de performance globale.....	137
Tableau 7.1: Répartition des 27 pays à l'étude selon leurs moyens de financement des soins	153
Tableau 7.2: Répartition des 27 pays à l'étude selon le niveau de performance de leurs systèmes de soins	158
Tableau 7.3: Caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire dans les 27 pays .	163
Tableau 7.4 : Relation apparente ente le financement et performance des systèmes de soins	166
Tableau 7.5 : Relation apparente ente le financement et performance des systèmes de soins dans chacun des contextes organisationnels institutionnels (spécialisé et médecine générale).....	169
Tableau 7.6 : Relation apparente ente le financement et performance des systèmes de soins dans chacun des contextes organisationnels ambulatoires (spécialisé et médecine générale).....	170

Liste des figures

Figure 2.1 Flux et fonctions principales du financement des soins	13
Figure 2.2 : Modèle d'analyse de la performance inspiré de Donabedian (1992)	45
Figure 2.3 : le modèle intégrateur de performance organisationnelle.....	47
Figure 3.1 : Modèle conceptuel de la thèse.....	61
Figure 3.2 : Modèle conceptuel détaillé de l'analyse du lien entre le financement et la performance compte tenu des facteurs contextuels organisationnels	62
Figure 4.1: Démarche générale d'analyse.....	68
Figure 4.2: Localisation des pays de l'OCDE étudiés sur la carte du monde.....	71
Figure 5.1 : Flux et fonctions principales du financement des soins (voir figure 2.1)....	77
Figure 5.2: Représentation spatiale des modèles de financement sur deux axes factoriels (Issue du logiciel SPAD).....	98
Figure 6.1: Cadre d'analyse de la performance Ressources-Services-Santé	111
Figure 6.2: Algorithme de sélection des indicateurs pour la mesure de la performance	114
Figure 6.3: Profil de performance satisfaisante	138
Figure 6.4: Profil de performance prometteuse	138
Figure 6.5: Profil de performance fragile-polarisée.....	139
Figure 6.6: Profil de performance limitée	140
Figure 7.1: Cadre d'analyse de l'influence du financement sur la performance des systèmes de soins	150

Liste des abréviations

ACM : Analyse des Correspondances Multiples

AFC : Analyse Factorielle des Correspondances Simples

CHA : Classification Hiérarchique Ascendante

DPR : Dépenses PRivées de santé

DPU : Dépenses PUBliques de santé

DRG : Diagnosis Related Groups

ER : Écart Relatif entre la valeur observée et la valeur attendue

GHM : Groupes Homogènes de Malades

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

pDPR : proportion des Dépenses PRivées dans les dépenses totales de santé

pDPU : proportion des Dépenses PUBliques dans les dépenses de santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PPA : Parité de Pouvoir d'Achat

SPAD : Système Pour l'Analyse des Données (logiciel d'analyse des données et le data mining)

SPSS : Statistical Package of Social Science

US : United States (Etats-Unis)

*Je dédie cette thèse à ma bien-aimée Edwige Josiane,
et à nos deux petits cœurs Miguel et Samira.*

Remerciements

L'élaboration d'une thèse de doctorat est un travail assez laborieux et de longue haleine. Rendu au terme de ce périple, j'aimerais remercier toutes les personnes qui, directement ou indirectement, ont contribué à l'accomplissement de cette œuvre.

En premier et tout particulièrement, je voudrais remercier mon directeur de recherche Pr Paul Lamarche. Il m'a inculqué une rigueur dans le domaine de la recherche et a su me motiver avec des mots justes dans mes périodes les plus difficiles. Aussi, sa disponibilité et son soutien sans faille m'ont permis de surmonter les obstacles rencontrés au cours de cette expérience.

En deuxième lieu, je tiens à exprimer ma gratitude à ma codirectrice Lise Goulet. Sa rigueur méthodologique et sa disponibilité m'ont été d'un appui indescriptible tout au long de mes travaux.

Je tiens également à remercier Pr André Pierre Contandriopoulos. Les discussions que j'ai eues avec lui m'ont été d'une grande utilité et ont éclairé plusieurs de mes points d'ombre.

J'exprime également ma reconnaissance à Carl-Ardy Dubois et Danielle D'Amour pour les conseils qu'ils n'ont jamais cessé de me prodiguer en matière de recherches et de publications scientifiques.

Je ne saurais oublier Nicole Leduc et Vink-Kim Nguyen qui m'ont apporté un soutien incommensurable tant financier que moral dans mes moments les plus difficiles. Je leur dis un grand Merci.

Je tiens également à remercier mes collègues étudiants, avec qui j'ai passé des moments agréables et inoubliables pendant ces années. En particulier, j'aimerais citer Diadié Maïga, Victor Buhendwa, Anne Foro, Chantal Sylvain, Binta Diallo, Thierno Baldé, Moussa Sanogo, Drissa Sia, Dieudonné Soubeiga, Alexandra Noël, Ouaffé Coulibaly, Ola Haidar, Tatyana Saba, Lynda Rey et Michael Eshiemokhai.

Je ne pourrais passer sous silence les encouragements quotidiens de mes amis et frères suivants : Éric Momo, Hermann Fongang, Constant Lonkeng, Didier Tatoutchoup, Foutse Khomh, Samuel Njiki, Romuald Momeya, Aimé Kuiteing, Octave Keutiben et Florence Magniffo.

Malgré les milliers de kilomètres qui nous séparent, je dis un grand merci à mes parents, mes beaux-parents, ma sœur, mes beaux-frères et sœurs qui n'ont jamais ménagé aucun effort pour me soutenir sans cesse dans la réalisation de mon projet de doctorat.

Enfin, je souligne le soutien financier de la Faculté des Études supérieures et postdoctorales (FESP), du département d'Administration de la Santé, et du programme de Doctorat en Santé publique, sans lequel cette thèse n'aurait pu être réalisée. Pour terminer, je remercie la chaire de recherche Gouvernance et Transformation des Organisations de Santé (GETOS) pour le soutien financier qu'il m'a offert pour la diffusion dans des colloques et la publication de mes résultats de recherche dans les revues scientifiques.

Chapitre 1 : Introduction générale

Cette thèse veut comprendre l'influence du financement sur les différences de niveau de performance des systèmes de soins des pays industrialisés (socioéconomiquement comparables) compte tenu des caractéristiques organisationnelles de leurs systèmes de soins.

Les deux principales questions que nous nous sommes posées sont celles de savoir : 1) quel type de financement induirait un plus grand niveau de performance de système de soins ? 2) Quelles sont les caractéristiques organisationnelles du système de soins à travers lesquelles les effets du financement sur la performance se produisent ? Cette seconde question repose sur l'hypothèse selon laquelle le financement influencerait la performance des systèmes de soins tout en étant modulé par le contexte organisationnel sanitaire. Cette recherche a ainsi tenté de formuler des éléments de réponses à ces interrogations.

1.1 Le problème

Depuis le début des années 1990, il existe une grande variation entre les pays à revenu élevé en ce qui concerne la performance de leur système de soins (OCDE 2004). Même mesurée différemment en termes d'état de santé des populations (Joumard, Christophe et al. 2008), de production des biens et services de santé (Saltman, Bankauskaite et al. 2007; OMS 2008), d'expérience de soins (Pineault, Levesque et al. 2008), de qualité, de satisfaction de la clientèle (Davis 2008), etc., cette variation est toujours persistante.

La littérature sur l'analyse des systèmes comparés en santé met en avant deux avenues principales pour expliquer cette différence : le volume de ressources disponibles, et l'organisation des soins (Mossialos, Dixon et al. 2002; Grignon and Ulmann 2006; Saltman, Bankauskaite et al. 2007).

La stratégie de transformation basée sur la disponibilité des ressources vise à améliorer la performance des systèmes de soins en agissant sur le processus de financement (Mossialos, Dixon et al. 2002; Saltman, Bankauskaite et al. 2007; Joumard, Christophe et al. 2008). Le financement, qui est l'un des déterminants majeurs de la performance des systèmes de soins (OMS 2000), représente l'ensemble des processus mis en place pour collecter les fonds (prélèvement), les mettre en commun (stockage), les injecter dans le système de soins (allocation) et enfin rétribuer les professionnels ainsi que les établissements de santé (paiement) (Mossialos, Dixon et al. 2002; Lamarche 2008).

La seconde avenue suggère une stratégie d'amélioration du niveau de performance axée sur une organisation adéquate des soins. L'organisation des soins renseigne sur la façon dont les soins et services sont administrés. Elle peut être perçue comme un système organisé d'action qui résulte du jeu d'acteurs qui, dans un champ social donné et dans un environnement défini, interagissent pour mobiliser et utiliser des ressources afin de produire des activités, des biens ou des services nécessaires à la concrétisation de leurs objectifs et de leurs projets collectifs (Rocher 1972; Freidberg 1993; Bourdieu 1994; Contandriopoulos, Champagne et al. 2000).

L'analyse de l'influence de l'une ou l'autre de ces avenues sur la performance des systèmes de soins à l'aide des deux stratégies prises individuellement, comme réalisée dans la majorité des études, semble postuler que la modification du volume de ressources disponibles aurait le même effet sur la performance indépendamment de l'organisation des soins. Aussi, qu'une modification dans cette dernière induirait un même effet sur la performance indépendamment du volume de ressources disponibles dans le système. Or, il est plausible et même probable qu'il n'en soit pas ainsi car un ajout de ressources est susceptible d'en modifier l'organisation, et une organisation donnée est susceptible de requérir des ressources différentes qu'une autre forme d'organisation.

Quelques évidences existent dans la littérature quant aux relations entre le financement, la performance et l'organisation de soins. En effet, selon les données de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), il ne semble pas y avoir de relation directe entre le niveau des ressources financières publiques ou privées dans le système et la performance du système en termes d'espérance de vie et du nombre d'années de vie perdues (OECD 2007). Aussi, selon Karen Davis dans un des rapports du Commonwealth Fund il ne semble pas y avoir de lien entre la disponibilité des ressources et la performance des systèmes (Davis 2008). Par contre, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport mondial, stipule qu'il existe une relation entre le volume de ressources disponibles et la performance des systèmes de soins (OMS 2008). Toutefois, elle insiste sur le rôle majeur joué par l'institutionnalisation (place de l'hôpital versus l'ambulatoire dans le système), la spécialisation (médecine spécialisée versus médecine générale de première ligne) et la privatisation dans cette relation. Par ailleurs, Richard Saltman et l'OCDE insistent sur l'influence à la fois du financement et de l'organisation des soins sur la performance des systèmes de soins (Docteur and Oxley 2003; Saltman, Bankauskaite et al. 2007; Joumard, Christophe et al. 2008).

Ces évidences qui apparaissent à la fois complémentaires et contradictoires présentent l'intérêt d'analyser la performance des systèmes de soins en tenant compte simultanément du financement et du contexte organisationnel de soins.

Soulignons qu'à notre connaissance, très peu de cadres dans la littérature ne permettent d'entrevoir **empiriquement** la possible interdépendance de la disponibilité de ressources et de l'organisation des soins sur leur capacité à améliorer la performance des systèmes de soins. La présente étude s'inscrit dans ce sillage et veut donc analyser l'influence du financement sur la performance des systèmes de soins compte tenu du contexte organisationnel.

1.2 Les objectifs de la thèse

Trois objectifs sont visés dans cette thèse :

- 1) Caractériser le financement de soins à travers les différents modèles émergeant des pays à revenu élevé ;
- 2) Apprécier la performance des systèmes de soins en identifiant les divers profils apparaissant dans ces mêmes pays ;
- 3) Examiner le lien entre le financement et la performance en tenant compte du pouvoir modérateur de l'organisation des soins (via les caractéristiques du contexte organisationnel de soins).

1.3 Brève description du contenu des trois articles de la thèse

Les résultats de cette thèse sont présentés sous forme de trois articles scientifiques.

Chacun de ces articles s'articule autour des objectifs spécifiques de cette recherche.

Le premier article, rattaché au premier objectif de la thèse, intitulé *Taxonomie du financement des soins* vise deux objectifs majeurs : 1) décrire le financement à travers le processus de circulation de l'argent dans le système de soins, allant du processus de collecte de l'argent auprès des usagers jusqu'au processus de paiement des professionnels et des établissements, en passant par les processus de mise en commun et de répartition de l'argent collecté ; 2) faire émerger les différents modèles de financement qui tiennent compte simultanément de l'ensemble des processus intervenant dans la circulation de l'argent dans le système. Le cadre d'Evans décrivant la circulation de l'argent collecté dans le système de soins a servi de cadre théorique et d'analyse (Evans 2000; Evans 2002). Il considère le financement comme un concept multidimensionnel avec toutes les composantes en interaction. L'approche configurationnelle (Meyer, Tsui et al. 1993) a guidé la démarche d'analyse utilisée. Cet article a été soumis pour publication en novembre 2010 à la revue scientifique avec

comité des pairs *The Milbank Quarterly* (voir en annexe 4 l'accusé de réception de la soumission de l'article).

Le deuxième article, rattaché au deuxième objectif, intitulé ***Performance des systèmes de soins : Appréciation et profils des 27 pays de l'OCDE*** s'appuie sur deux objectifs : 1) apprécier la performance des systèmes de soins de 27 pays de l'OCDE et ; 2) dégager les profils des pays selon l'homogénéité de leur performance. Le cadre d'évaluation de la performance, **inspiré** de Donabedian (1980, 1988, 1992), à travers les trois composantes ressources mobilisées – services produits – résultats de santé atteints et des liens existant entre elles (efficience, efficacité et productivité), a été utilisé comme base théorique. Cet article a été soumis en Janvier 2011 à la revue scientifique avec comité des pairs *International Journal of Health Planning and Management* (voir en annexe 4 l'accusé de réception de la soumission de l'article).

Le troisième article, rattaché au troisième objectif de la thèse, ayant pour titre ***Quel financement pour quelle performance ?*** fait le lien entre les deux premiers articles. Il a pour objectif principal d'examiner l'influence du financement des soins modulé par les caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire, sur la performance des systèmes de soins. Il repose sur les deux objectifs suivants : 1) analyser l'influence du financement sur la performance des systèmes de soins ; 2) explorer s'il existe une interaction entre le financement et le contexte organisationnel sanitaire, et si oui, examiner son influence sur la performance des systèmes de soins. Le cadre d'analyse utilisé dans cet article est **inspiré** de la logique structure-processus-résultats de Donabedian (1966, 1968). Cependant, contrairement aux études qui imputent un caractère linéaire à cette logique, à savoir que les structures influencent les processus qui eux influencent les résultats, ce cadre suppose plutôt un **caractère non linéaire** en

postulant que les structures (financement) influencent les résultats (performance) en fonction des processus (contexte organisationnel). Cet article sera soumis à la revue scientifique *Pratiques et Organisations des soins*.

1.4 Contenu de la thèse

La thèse est organisée comme suit. Le chapitre 2 présente l'état des connaissances ainsi que les différents cadres de référence et propositions théoriques qui servent à étudier l'influence du financement sur la performance des systèmes de soins compte tenu du contexte organisationnel des soins. Ce chapitre débouche sur le modèle de référence qui met en lien les différents concepts clés de l'étude : financement, performance, contexte organisationnel (Chapitre 3). Le chapitre 3 se termine par la formulation de principales questions de recherche de cette thèse.

Le chapitre 4 décrit quelques éléments de la méthodologie utilisée tout au long de ce travail : stratégies et devis de recherche, stratégies d'analyse utilisées, population d'étude et aspects éthiques.

Les chapitres 5, 6 et 7 présentent sous forme d'articles scientifiques les résultats obtenus, issus du développement de chacune des questions de recherche. Ces chapitres contiennent également le détail des données, des méthodes et des outils statistiques mobilisés pour répondre aux différentes questions de recherche dans chacun des articles. Ils sont suivis du chapitre 8, Discussion générale et conclusion, qui fait une synthèse des résultats obtenus, discute de leur validité, présente les forces et les faiblesses de l'ensemble des travaux effectués. Ce chapitre présente aussi la portée potentielle des résultats ainsi que leurs différents apports théoriques et pratiques. Quelques pistes de recherches futures y sont proposées en guise de conclusion.

Chapitre 2 : Revue de la littérature et propositions théoriques

Le cadre de référence proposé dans cette thèse s'appuie sur un effort de conceptualisation du financement, de la performance, et de l'organisation des soins, articulée autour de la triade *financement-organisation-performance*. Outre la compréhension de ces trois thèmes, nous examinerons les liens théoriques existant entre eux. Les informations colligées ici proviennent d'une revue de la littérature. Cette dernière ne prétend pas être exhaustive, mais elle couvre assez largement les différents champs du financement des soins, de la performance des systèmes de soins, et de l'organisation des soins via les caractéristiques du contexte organisationnel.

2.1 Le financement des soins

Après avoir présenté les différentes conceptions du financement selon les domaines d'activités, un accent est mis sur la conceptualisation du financement des soins. Cette section se termine par la présentation des modèles de financement les plus cités dans la littérature ainsi que leurs principales faiblesses.

2.1.1 Le terme « financement » dans les dictionnaires : contenu et sens variables

Le « financement » est un concept complexe et polysémique dont la compréhension varie selon différents domaines tels l'assurance, l'économie, la gestion financière, la finance et même la santé. Avant d'aborder plus amplement sa définition dans le domaine des soins de santé (voir section 2.1.2), nous nous pencherons d'abord sur son acception dans les autres domaines suscités.

La consultation des dictionnaires de la langue française et plus précisément du Grand dictionnaire terminologique permet d'appréhender les diverses significations du financement dans des domaines variés, mais aussi selon ses équivalents dans la langue anglaise : *funding, financing, credit, loan, etc.* Le tableau 2.1 présente un éventail de ces définitions par domaine d'activités.

Tableau 2.1 : Les différentes définitions du financement

Discipline	Équivalent anglais	Signification	Vu comme...	Source
Financement	Nd	Action de fournir des capitaux à...		Le Petit Larousse illustré, 2004
Assurance	<i>Funding</i>	Constitution de réserves		Grand dictionnaire terminologique ¹ , 1992
économie politique et sociale	<i>Funding</i>	Démarche par laquelle un organisme sans but lucratif se procure les ressources financières nécessaires à l'exercice de ses activités.		Grand dictionnaire terminologique, 1995
Finance et gestion (gestion financière)	<i>financing</i>	Ensemble des moyens financiers nécessaires à la création, au fonctionnement ou au développement d'une entreprise	moyen de financement	Grand dictionnaire terminologique, Office de la langue française, 1983
Finance	<i>financing</i>	Action de trouver les capitaux nécessaires au lancement ou au fonctionnement d'une affaire ou d'une entreprise	placement de capitaux	Grand dictionnaire terminologique, Office de la langue française, 1983
	financing	Mise à disposition de capitaux pour la réalisation de projets déterminés ou pour des investissements	placement de capitaux	Grand dictionnaire terminologique, Office de la langue française, 1983

¹ Office québécois de la langue française, *Grand dictionnaire terminologique*

<i>financing</i>	désigne les méthodes et les moyens utilisés (autofinancement et fonds extérieurs) pour réunir les sommes d'argent nécessaires à la réalisation d'un projet économique		Grand dictionnaire terminologique, Office de la langue française, 1992
<i>credit</i>	Ensemble des avances et des prêts consentis par des établissements de crédit.	Prêt, emprunt	Grand dictionnaire terminologique, Office de la langue française, 1992
<i>loan</i>	Somme d'argent prêtée sous contrat à une personne physique ou morale	Prêt, emprunt	Grand dictionnaire terminologique, Office de la langue française, 1992
<i>funding</i>	Action de procurer les capitaux nécessaires au fonctionnement d'une entreprise, d'une affaire, d'un projet, d'un organisme, d'une activité, etc.		Grand dictionnaire terminologique, 1994
<i>financing</i>	Une opération qui consiste à réunir les sommes d'argent nécessaires à la réalisation d'un projet économique	fonds	Grand dictionnaire terminologique, Office de la langue française, 2001

Dans le domaine de l'assurance, le financement, le *funding* en anglais, prend le sens de constitution de réserves (Grand dictionnaire terminologique) c'est-à-dire une **action** d'accumulation de biens ou moyens de paiement financiers dans un but de prévoyance et sans affectation particulière. Dans le domaine de la gestion financière des entreprises, le financement ou le *financing* en anglais est perçu comme l'ensemble des **moyens** financiers nécessaires à la création, au fonctionnement ou au développement de l'entreprise. Dans le domaine de la finance, le financement apparaît non seulement comme un placement de capitaux, des prêts, des emprunts, un fonds ou même un ensemble de moyens nécessaires pour réunir de l'argent. En tant que placement de capitaux, le *financing* est l'action de

trouver des capitaux nécessaires au lancement ou au fonctionnement d'une affaire ou d'une entreprise. Il s'agit également de la mise à disposition de capitaux pour la réalisation de projets ou d'investissements déterminés. En tant que crédit, le financement ou *le credit* en anglais représente l'ensemble des avances ou des prêts consentis par des établissements de crédit. Vu comme prêt ou emprunt, le financement ou le *loan* (anglais) symbolise l'ensemble des sommes d'argent prêtées sous contrat à une personne physique ou morale. En tant que fonds, le financement, *financing*, indique une opération d'accumulation des sommes d'argent nécessaires à la réalisation d'un projet, autrement dit, il désigne l'ensemble des méthodes et moyens utilisés pour réunir les sommes d'argent nécessaires à la mise en place d'un projet. Cette dernière définition rejoint sa perception dans le domaine de l'économie politique et sociale. En effet, le financement ou le *funding* en économie politique et sociale indique une démarche par laquelle un organisme se procure les ressources financières nécessaires à l'exercice de ses activités.

Dans le domaine de l'économie, le financement désigne l'ensemble des modalités par lesquelles les agents économiques (ménages, entreprises ou administrations) se procurent les fonds nécessaires à la réalisation de leurs projets. Les circuits de financement collectent les capitaux disponibles auprès des agents en capacité de financement pour les mettre à disposition de ceux en besoin de financement. Deux formes de financement sont généralement mises en avant dans le domaine de l'économie : le financement interne et le financement externe. Dans le premier cas, l'agent économique se finance par ses fonds propres (autofinancement) issus de ses réserves ou de ses bénéfices. Dans le second cas, les agents font recours aux autres de manière indirecte ou directe pour se procurer des fonds. De façon indirecte ou intermédiée, il se fait via les institutions de crédit qui assurent un rôle d'intermédiation entre les épargnants et les emprunteurs en transformant les dépôts en crédits. Le financement externe direct ou désintermédié se réalise directement au niveau

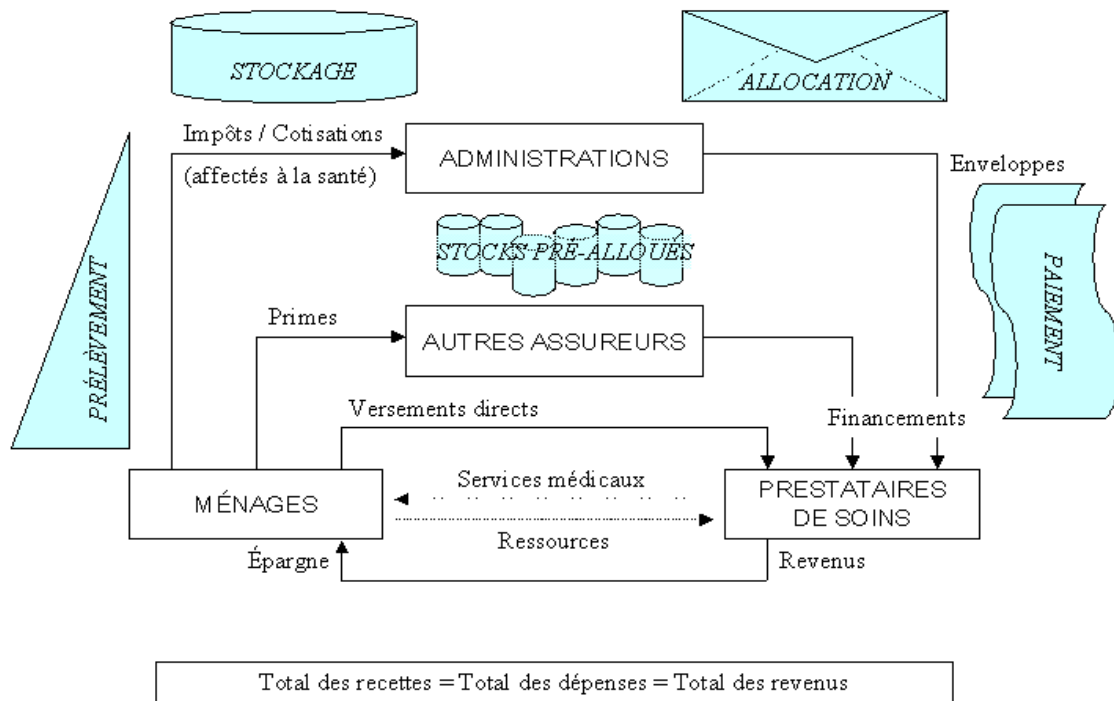
des marchés financiers ou Bourses qui mettent en contact directement les offreurs et les demandeurs des capitaux. L'émission d'actions (ou parts d'un capital d'une société) ou d'obligations (titres de créances représentatives d'un emprunt fait par une entreprise) sont les deux principaux moyens qui permettent aux agents de se financer en Bourse. Ce type de financement n'est accessible qu'à l'État et à certaines entreprises.

Toutes ces définitions illustrent clairement les différentes perceptions traditionnelles du concept de « financement » qui le présentent et l'analysent comme une action ou un moyen d'acquisition des ressources dans le but de constituer des réserves pour la réalisation d'un projet. Ces visions reposent principalement sur le mécanisme unique de collecte ou de prélèvement des ressources. Or, le concept de financement va au-delà de cette conception restreinte. Selon Mossialos et al. (2002), le financement représente un processus d'échange ou de transfert de ressources. Qui dit processus, dit ensemble d'activités logiquement inter-reliées qui produisent un résultat déterminé (Van de Ven 1992; Langley 1999; Van de Ven 2005). Dans le même ordre d'idée, Evans considère le financement comme un ensemble de processus définissant le cycle de circulation de l'argent dans une organisation (Evans 2000; Evans 2002). Enfin, Lamarche (2008), s'inspirant de la définition d'Evans, a une vision assez large du financement et le perçoit comme « un ensemble de méthodes et de processus par lesquels l'argent prélevé circule d'un individu à un autre dont le rôle est de rendre service au premier. » Plus encore, le financement représente le prélèvement de l'argent, les façons dont l'argent est stocké, les décisions d'allocation sur les budgets et le paiement des ressources (Contandriopoulos, Robert et al. 2008).

2.1.2 Le financement des soins : Définitions et cadre descriptif

Dans le domaine de la santé, le financement (des soins de santé) représente l'ensemble des moyens mis en place pour financer le système de soins (OMS 2006). Avec la gouvernance, la création des ressources (investissement, ressources financières et humaines), l'approvisionnement en services personnels et non personnels dans le but de responsabiliser les acteurs de santé, le financement de la santé est l'une des quatre fonctions essentielles du système de santé (OMS 2000; Kirigia, Preker et al. 2006). Décrivant le cycle de circulation de l'argent dans un système de soins (Evans 2000; Béland, Contandriopoulos et al. 2008), le financement des soins représente l'ensemble de processus par lesquels l'argent nécessaire à la fourniture des biens et soins de santé est prélevé et réparti. Autrement dit, il désigne « un ensemble de tuyauteries et de bassins, de capacités plus ou moins importantes, à travers lesquels l'argent circule pour que l'offre de services réponde aux besoins » (Lamarche 2008). En effet, il a pour objectifs de mettre des fonds à disposition, de garantir le choix et l'achat d'interventions rentables, d'accorder des incitations financières appropriées aux prestataires, et d'assurer l'accès de tous les individus aux services de santé efficaces (Carrin and James 2005). Le financement des soins est donc un facteur crucial qui détermine l'état de santé et le bien-être de la population. Toutes les politiques de financement doivent porter sur les moyens de mobiliser équitablement, suffisamment les ressources en faveur de la santé (OMS 2006). Quatre fonctions essentielles décrivent le processus de circulation de l'argent dans le système de soins : le processus de *prélèvement* des ressources, le *stockage* des ressources collectées, l'*allocation* des ressources collectées et stockées, et enfin le *paiement* des professionnels et des établissements à l'aide des ressources collectées, stockées et allouées. La figure 2.1 présentée par Lamarche et al. (2008), qui est une adaptation de celle qu'a proposée Evans (2000 ; 2002), illustre le flux et les fonctions principales du système de financement des soins.

Figure 2.1 Flux et fonctions principales du financement des soins



Source : Lamarche et collègues (2008) inspiré d'Evans R.G (2000, 2002)

L'équation en dessous de la figure, appelée communément *équation d'Evans*, permet d'analyser l'équilibre sans cesse recherché entre les recettes, les dépenses et les revenus dans la politique de financement des soins. Les recettes ($T+R+C$) représentent les impôts et taxes (T), les cotisations privées (R) et le paiement direct (C). Les dépenses ($P \times Q$) font référence au produit entre les prix (P) et les quantités des services fournis (Q). Enfin, les revenus ($W \times Z$) désignent le produit du taux de salaire (W) par le nombre de prestataires (Z) (Evans 1984). La question qui découle de cette équation est la suivante : Quelle quantité de recettes doit-on collecter et stocker afin non seulement de produire de façon efficiente des biens et services prioritaires de santé (dépenses), mais aussi assurer une rétribution adéquate des prestataires de santé (revenus) ? Cette question évoque ainsi le rôle important à jouer par les différentes fonctions dans le processus de financement. Le cadre descriptif

décrit à travers les quatre fonctions permet ainsi d'analyser l'organisation et la dynamique du financement des soins (Aucoin 2007).

2.1.2.1 Le prélèvement

La littérature présente le prélèvement comme la fonction de financement la plus couramment utilisée pour décrire le processus de financement en entier. Il consiste en la collecte de l'argent pour payer les coûts des soins. Il sert à approvisionner les systèmes en ressources financières et détermine aussi le degré auquel les risques financiers reliés à la maladie peuvent être collectivisés (Lamarche 2008). La collecte des ressources effectuée auprès des principaux payeurs (ménages, entreprises, extérieur) du système de soins se fait principalement de trois façons : (1) soit par les prélèvements obligatoires : impôts et taxes, et déduction sur le salaire des travailleurs pour constituer l'assurance sociale ; (2) soit par les prélèvements volontaires : contributions directes des ménages via les paiements directs, et cotisations pour souscrire à une assurance privée ; (3) soit par des dons ou des prêts provenant des sources externes. Cette dernière forme de collecte des ressources est principalement l'apanage des pays à faible revenu. Pour comprendre cette fonction, les questions indispensables à poser sont les suivantes : Qui paye ? Sous quelle forme ? Sur quelle base et de quelle façon ? Combien paie-t-il ? (Preker and Velenyi 2006).

Les prélèvements obligatoires

Le prélèvement fiscalisé et l'assurance sociale sont les deux principales formes obligatoires de collecte des ressources pour le financement en santé. Le premier s'identifie par des cotisations obligatoires de la population à travers les impôts et les taxes de toute sorte contribuant à la constitution d'un budget santé. Le deuxième se caractérise par des cotisations obligatoires des travailleurs et salariés dans le but de constituer une assurance sociale. Cette dernière regroupe d'une part les risques de santé de ses affiliés, d'autre part

les cotisations des entreprises, des ménages et des pouvoirs publics. Les cotisations des ménages et des entreprises sont principalement basées sur les revenus tandis que celles des pouvoirs publics sont financées par les impôts et taxes (Carrin 2002; Carrin and James 2006). Cette forme de prélèvement partage avec la précédente (fiscalisé) la caractéristique de regrouper les risques et les cotisations. L'assurance sociale suppose une affiliation obligatoire. Elle œuvre pour la mutualisation ou la collectivisation des risques afin d'éviter l'exclusion des groupes pauvres ou vulnérables du système de santé (Carrin 2002; Carrin and James 2006). Plus encore, par son caractère obligatoire, l'assurance maladie interdit la « sélection adverse » c'est-à-dire l'attraction des mauvais risques qui provoquent généralement l'accroissement des primes ou même la disparition complète de l'assurance maladie (Carrin 2002; Carrin and James 2006).

Les prélèvements volontaires

Deux grandes formes de prélèvements volontaires existent : les cotisations pour les assurances privées et les contributions directes des ménages. Les assurances privées se caractérisent par une souscription privée et volontaire des ménages pour la gestion éventuelle d'un risque maladie. Elles jouent de multiples rôles allant de leur caractère primaire (principal ou substitutif) à leur caractère parallèle ou duplicatif en passant par des formes complémentaires ou supplémentaires. Ainsi, l'assurance primaire principale consiste en la cotisation pour la couverture des soins médicaux de personnes qui n'ont pas légalement accès au régime public. L'assurance primaire substitutive met l'accent sur la couverture des soins médicaux de personnes qui ont le choix de substituer une assurance privée à la couverture publique. L'assurance privée duplicative couvre les soins médicaux de personnes qui continuent à avoir accès au régime public (et qui sont obligées d'y contribuer avec leurs impôts). Pour sa part, l'assurance privée complémentaire couvre la part à la charge de l'assuré (copaiement ou coassurance), qui souhaite être traité dans un

secteur privé parallèle. Enfin, dans le cadre de l'assurance privée supplémentaire, les cotisations effectuées servent à couvrir les extra ou services non assurés par le régime public (IEDM 2005; Castonguay, Castonguay et al. 2007). Par ailleurs, la contribution directe des ménages constitue l'acquittement direct aux frais de participation et d'utilisation des services de santé (Castonguay, Castonguay et al. 2007). Ces frais se subdivisent en quatre catégories : (1) le paiement direct qui constitue la rétribution de 100 % des coûts des biens et services médicaux (consultations, examens, achat de médicaments, etc.) ; (2) la coassurance qui est le partage des coûts avec l'assureur d'une part par le moyen de tickets modérateurs ou orienteurs fixés par unité de services, d'autre part par le biais du copaiement (un pourcentage des coûts des services) ; (3) la franchise ou les *déductibles* qui consistent à payer directement tous les coûts en deçà de la limite inférieure définie par l'assurance publique ; (4) le plafond, qui est le contraire de la franchise, et qui consiste à s'acquitter de la totalité des coûts au-delà de la limite supérieure fixée par l'assurance (Stanton-Jean and Callu 2008).

2.1.2.2 Le stockage

Le stockage est la mise en commun des fonds prélevés (OMS 2000). Il représente le processus par lequel l'argent prélevé est agrégé et réservé pour une utilisation collective ultérieure (Lamarche 2008). Il peut aussi être vu comme une accumulation de recettes prépayées pour faire face au risque de maladies futures en faveur des populations (Mossialos, Dixon et al. 2002). Le stockage se forme selon deux caractéristiques : (1) personnes pouvant bénéficier des fonds stockés (ensemble de la population ou sous-groupes de populations) ; (2) biens et services couverts (ensemble ou une partie). La première caractéristique met en évidence le caractère d'universalité du système de soins, tandis que la seconde renseigne sur sa globalité (Lamarche 2008). D'autres valeurs dominantes de la

société telles l'équité, la liberté individuelle et l'efficacité (Contandriopoulos, Pouvoirville et al. 2000) sont parfois mentionnées pour comprendre le processus de stockage des ressources dans les systèmes de santé.

L'universalité

L'universalité est une valeur du système de santé qui se réfère à la couverture de l'ensemble ou des sous-groupes de populations, et ce, tant au niveau national, subnational (provincial, États fédérés, etc.) que local (municipalité, cantons, districts, etc.) (Lamarche 2008). La couverture universelle stipule que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et d'un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation (Carrin and James 2006). Elle suppose donc un accès aux soins de tous, un remboursement des soins, des prestations et des frais de médicaments à l'ensemble de la population. Elle s'appuie sur les principes d'équité et de solidarité. L'équité fait référence à une responsabilité d'assurer une répartition juste d'une ressource (des soins, de la santé, des moyens, des capacités) entre les individus, groupes, régions, de quelque chose se référant à un droit fondamental (Sen 1993). Deux formes d'équité sont généralement citées dans la littérature : l'équité horizontale et l'équité verticale. Le premier est considéré comme un égal accès aux biens et services médicaux pour des gens avec des besoins égaux (Goddard and Smith 2001), tandis que le second fait référence à la mesure de l'étendue dans laquelle les individus avec des besoins inégaux reçoivent les différents niveaux de soins opportuns (Waters 2000).

L'équité s'oppose généralement à la liberté individuelle qui fait référence à l'autonomie d'action (droit de chaque personne d'agir de façon volontaire, intentionnelle et responsable sans nuire aux autres), à la capacité d'agir avec indépendance (avoir les ressources nécessaires pour, concrètement, pouvoir poser des choix) et à la préservation de l'intégrité et de la dignité de la personne humaine (Contandriopoulos, Pouvoirville et al. 2000;

Lamarche 2008). Un système de soins qui s'articule autour de ce principe se distingue des autres d'une part par une couverture non universelle au sein de la population, d'autre part par la présence de couvertures assurantielles privées.

Par ailleurs, la solidarité est un principe qui consiste en une union de tous les citoyens afin de répondre collectivement à un besoin de base de tout être humain (Castonguay, Marcotte et al. 2008). Il s'agit donc d'un sentiment de responsabilité et de dépendance réciproque au sein d'un groupe de personnes. Ainsi, les personnes riches peuvent contribuer pour des personnes pauvres et vulnérables dans un souci de mutualisation des risques et des coûts des soins de santé.

La globalité

La globalité est la seconde caractéristique permettant de comprendre le processus de stockage. On parle de couverture globale dans un système de soins lorsque l'intégralité des besoins, des biens et des soins de santé des individus est couverte. Dans le cas contraire avec des critères sélectifs qui limitent l'étendue des besoins couverts, la couverture est considérée comme partielle (Lamarche, 2008).

Les caractéristiques d'universalité et de globalité ainsi que le lieu où les fonds sont stockés permettent ainsi de déterminer la forme de la gouvernance existante dans le système de soins. Ainsi, plus le stockage est macroscopique (au niveau national) avec une couverture universelle de soins, plus la gouvernance est collective. S'il se fait au niveau méso (subnational ou régional), la gouvernance est dite régionale. Enfin, s'il se fait au niveau individuel ou assurantiel privé, la gouvernance est considérée comme individuelle (Lamarche, 2008).

2.1.2.3 L'allocation

L'allocation est le processus par lequel l'argent collecté et stocké est réparti pour couvrir les besoins. Elle guide la conversion de l'argent en interventions de santé et ce faisant, détermine le degré de décentralisation (versus centralisation) des systèmes de soins (Lamarche, 2008). Il s'agit donc d'un processus de planification des ressources qui poursuit les objectifs d'équité et d'efficience (Contandriopoulos 2003) et qui se fait en fonction des besoins en santé des populations (Donabedian 1973; Pineault and Daveluy 1995). Avec l'équité et la liberté individuelle, l'efficience est une valeur de la société qui influence le fonctionnement du système de soins. Elle vise à maximiser simultanément la qualité des soins ou un résultat de santé (efficacité) et l'utilisation des ressources (productivité). Toutefois, l'efficience est une valeur qui interfère avec les autres valeurs citées à la recherche d'un équilibre au sein du système de santé. La compréhension du processus d'allocation passe d'une part par la compréhension des concepts de centralisation et décentralisation, d'autre part par la connaissance des différentes bases de l'allocation des ressources.

La centralisation : l'approche *top-down*

La centralisation est une approche *top-down* (du haut vers le bas) qui suppose que la formulation des politiques se fait au niveau national, gouvernemental, voire international, entre les bailleurs de fonds et les décideurs politiques nationaux. Les décisions sont ensuite communiquées aux planificateurs de l'unité de santé, qui se situe au bas niveau de l'échelle, pour ensuite opérationnaliser les programmes en fonction des règles, des directives et d'un bon système de monitoring (Walt 1994). La mise en œuvre « parfaite » d'une telle approche suppose, comme le mentionne Hogwood et Gunn (1984), le respect de quelques préalables ou préconditions suivants souvent difficiles à réaliser : (1) s'assurer de l'adéquation entre les ressources (financières, humaines, matérielles) disponibles affectées

à la mise en œuvre et le temps de réalisation des objectifs ; (2) avoir une bonne combinaison des ressources disponibles ; (3) assurer que la politique mise en place est soutenue par une théorie valide de cause à effet ; (4) avoir une relation de cause à effet directe, car la mise en œuvre est un processus de long terme, impliquant des séries complexes d'événements en lien avec la politique ; (5) éviter les contraintes paralysantes liées aux circonstances externes (guerre, etc.) ; (6) assurer d'une relation de dépendance minimale, autrement dit faire des négociations avec tous les acteurs impliqués dans le processus de mise en œuvre ; (7) éviter les politiques ayant des objectifs assez vagues en s'assurant de la compréhension et de l'acceptation des objectifs par tous les acteurs ; (8) s'assurer que les tâches sont déterminées dans une séquence correcte, pas dans la confusion ou le double-emploi ; (9) assurer une parfaite coordination et communication ; (10) avoir une entente entre les groupes dans le respect de la loi ; et surtout éviter les acteurs de coercition des gouvernements dictateurs (Hogwood and Gunn 1984; Walt 1994).

La décentralisation : l'approche *bottom-up*

Contrairement à l'approche *top-down*, dans l'approche *bottom-up* le responsable du programme est au cœur de la prise de décision. Il est non seulement le manager, mais aussi un participant actif dans le processus complexe de création de la politique. Il peut changer la façon dont la politique est mise en place, et même redéfinir les objectifs de la politique (Walt 1994). La décentralisation peut se faire au niveau subnational ou régional (régionalisation) ou au niveau local (localisation). Dans cette approche managériale, les décisions sont prises du bas vers le haut (*bottom-up*), de façon rétroactive, à travers des processus de négociation, de discussion et de recherche de consensus entre les différents groupes (Walt 1994). Anne Mills et collègues distinguent quatre modèles de décentralisation : la déconcentration, la dévolution, la délégation et la privatisation (Mills, Antonius et al. 2002). Selon ces auteurs, une politique publique mettant en avant la

décentralisation nécessite une bonne compréhension de la différence entre ces quatre modèles afin de faire un choix judicieux (difficile à faire) entre eux. La *déconcentration* est le transfert des compétences administratives et non politiques au niveau local. L'État continue à exercer son autorité en étant proche des régions et des territoires, et la responsabilité reste étatique. La *dévolution* suppose le transfert total des pouvoirs au niveau des autorités locales. La localité peut générer ses propres revenus, ses propres impôts, ses propres décisions, ses propres politiques ; elle est indépendante du niveau national. La *délégation* implique le transfert des responsabilités managériales pour la définition des fonctions de l'organisation. Toutefois, le contrôle est indirectement fait par le gouvernement central. On utilise généralement la délégation pour organiser les provisions des soins médicaux, car elle est promue à l'intérieur d'une nouvelle approche managériale qui cherche à réformer les services publics (Hood 1991). Enfin, *la privatisation* suppose le transfert des fonctions à un organisme volontaire privé à but lucratif ou non. La gestion est assurée par cet organisme, mais il est toujours possible que les autorités centrales continuent d'avoir un droit de regard sur l'organisation et les politiques au sein de la structure (Mills, Antonius et al. 2002).

Les différentes bases de l'allocation des ressources

Selon Grimaud et collègues, l'allocation des ressources doit se faire sur la base des besoins prioritaires de la santé (Grimaud, St-Jean et al. 2006). Selon Donabedian (1973), c'est une procédure complexe de planification qui consiste à répartir les fonds collectés et stockés dans les secteurs de besoins prioritaires de santé. Les besoins prioritaires de santé de la population sont les différents problèmes qui causent le plus de pertes et peuvent être prévenus et améliorés (Donabedian 1973). Selon cet auteur, le principe d'allocation des ressources doit faire partie des objectifs de l'organisation des soins : (1) objectifs orientés vers les clients (accès aux services, utilisation des services, qualité des soins, réactivité,

liberté du choix si possible) ; (2) objectifs orientés vers les prestataires de soins (liberté du jugement et des activités, maintien de la compétence du professionnel et de la qualité des soins, rémunération adéquate, contrôle sur les conditions de pratique et sur la rémunération, maintien des normes professionnelles telles que définies par la profession elle-même) ; (3) objectifs orientés vers l'organisation (contrôle du coût incluant la prévention de l'abus par le client et le fournisseur, contrôle de la qualité des soins, efficacité, maintien de la capacité d'attirer des clients, maintien de la capacité de recruter et garder les employés professionnels et autres, mobilisation du support communautaire) ; (4) objectifs orientés vers la collectivité (en termes de valeurs : responsabilité personnelle, intérêt social, liberté et égalité ; ou en termes d'objectif concret tel la contribution à un niveau plus élevé de productivité économique) ; (5) objectifs multiorientés comme le maintien de la relation patient-médecin, la création des liens entre le client, le fournisseur et l'organisation).

Plusieurs contraintes s'imposent au processus d'allocation des ressources dans les systèmes de soins : Premièrement, toute la complexité de la définition de la santé et de ses déterminants. En effet, l'étendue de la définition de la santé et de ses déterminants permet de cerner difficilement où doit s'arrêter l'allocation des ressources (les soins, les autres secteurs, etc.) (Grimaud, St-Jean et al. 2006). Deuxièmement, les valeurs, les croyances et la culture de la société. En guise d'exemple, dans un système égalitaire l'allocation des ressources ne se fera pas comme dans un système libéral (Grimaud, St-Jean et al. 2006). Troisièmement, le type de régulation (professionnelle, marchande, démocratique et technocratique), qui permet de mettre en place une politique judicieuse de contrôle des coûts dans le système (Contandriopoulos 1999).

2.1.2.4 Le paiement

Le paiement est le mécanisme par lequel les prestataires de soins sont rétribués pour la fourniture des services (Lamarche 2008). Il regroupe la « rémunération des professionnels » et la « rétribution des établissements ». Selon Carrin et James (2006), le paiement des prestataires de soins peut affecter les coûts, la qualité des soins et contribuer à l'utilisation optimale des ressources. De plus, les modes de paiement jouent un rôle crucial dans le fonctionnement des systèmes de soins (Lamarche 2008). Comprendre cette fonction nécessite de bien connaître les différents modes de paiement des prestataires de soins de santé (Preker and Velenyi 2006).

Les mécanismes de rémunération des médecins

Trois grands mécanismes de rémunération des médecins sont généralement mis en évidence dans la littérature : la rémunération à l'acte, la capitation et le salariat (Grignon, Paris et al. 2002; Fujisawa and Lafortune 2008). L'un ou l'autre de ces modes de rémunération est utilisé pour les médecins généralistes tandis que les médecins spécialistes sont en général rétribués à l'acte ou au salaire. Il est important de préciser que la rémunération d'un médecin peut combiner plusieurs de ces modes pour former une forme de rémunération « mixte » (Grignon, Paris et al. 2002; Fujisawa and Lafortune 2008).

La rémunération à l'acte

La rémunération à l'acte désigne la rétribution des médecins selon l'activité et le volume d'actes effectués au cours de chaque consultation. Les revenus des médecins dépendent ainsi de la composition des actes et de leurs prix. Ce mode de rémunération est le principe fondateur de la médecine libérale (Samson 2009) et possède quelques avantages et inconvénients pour le système de soins. Comme avantages, il incite les médecins à répondre à la demande et à satisfaire les besoins des patients en offrant des soins de qualité. Les patients les plus malades semblent choisir les systèmes à rémunération à l'acte plus que

d'autres, car à leurs yeux les soins qui y sont produits sont de meilleure qualité (Cutler and Reber 1998; Samson 2009). Comme inconvénients, les médecins rémunérés à l'acte ont parfois tendance à augmenter le nombre d'actes effectués, en augmentant le temps de travail ou en raccourcissant la durée accordée à chaque consultation ou même en provoquant des consultations répétées pour les mêmes problèmes (Samson 2009). Un tel comportement des médecins provoque ainsi une « demande induite ». En outre, la multiplicité des actes et des tarifs des actes médicaux peut ainsi creuser les inégalités d'accès aux soins (Fujisawa and Lafortune 2008; Samson 2009). Un autre effet néfaste de ce mode de rémunération est le manque d'incitations des médecins à faire de la prévention et de la promotion de la santé. Les médecins ont tendance à se focaliser beaucoup plus sur les actes curatifs (Samson 2009).

La rémunération par capitation

La capitation représente une rémunération forfaitaire des médecins selon le nombre de patients pris en charge pendant une période donnée (Brunelle and Bergman 1999; Grignon and Ulmann 2006). Son montant peut varier selon les caractéristiques du patient (âge, sexe, maladie chronique, milieu socioéconomique, etc.). Elle est indépendante de la fréquence des consultations et du volume de soins prodigués. C'est un mode de rémunération que l'on retrouve principalement chez les médecins généralistes en ambulatoire. Comme avantages, la capitation n'incite pas à la multiplication des actes et à la demande induite. Le niveau des dépenses de santé est maîtrisé *ex ante* et le système de rémunération est moins coûteux que celui à l'acte. En outre, elle incite les médecins à satisfaire les besoins des patients et aussi à faire de la prévention et la prise en charge globale du patient. Parmi ses inconvénients, la capitation incite à une faible qualité de soins avec un risque de trop réduire le volume de soins prescrits, le nombre et la durée des consultations (surtout si le médecin est responsable du budget global). Ou encore, il semble concourir à un risque de sous-

évaluation et de transfert précoce des patients vers d'autres structures (spécialistes, hôpital). Elle apparaît dès lors ne pas inciter à la productivité (Brunelle and Bergman 1999; Samson 2009). Enfin, un autre danger lié à ce mode de rémunération est le risque accru de sélection des patients les moins « à risques », d'autant plus que le montant forfaitaire alloué *ex ante* inclut le plus souvent les médicaments et les soins prescrits par le médecin. Pour terminer, ce mode de rémunération peut être vu comme étant plus « naturel » en système public qu'en système privé (Brunelle and Bergman 1999; Light 1999).

Le salariat

Le salariat représente la situation extrême de la rémunération forfaitaire dans laquelle le revenu est invariant (salaire) quelle que soit l'activité du médecin, qu'il s'agisse du nombre de patients soignés ou de la quantité de services fournis par patient (Grignon, Paris et al. 2002). C'est le mode par excellence des médecins généralistes en établissement. Le salariat repose donc sur la fixation d'un salaire mensuel des médecins en fonction de la durée du travail et indépendamment de l'intensité de l'activité pendant le temps de travail (Fujisawa and Lafortune 2008; Samson 2009). Ce mode de rémunération semble provoquer une faible incitation à répondre à la demande et à satisfaire les besoins des patients, une faible incitation à la qualité, un risque de minimiser le nombre de consultations qui conduit à la création des listes d'attente, une incitation à la sélection des patients les moins risqués et surtout à une faible productivité des médecins (salaire fixe). Comme avantage majeur, Samson (2009) réitère l'idée selon laquelle le salariat concourt à la maîtrise des dépenses de santé et à une faible incitation à la multiplication des actes.

La rémunération « mixte »

De plus en plus, les systèmes de soins des pays de l'OCDE combinent plusieurs modes de rémunération pour la rétribution de leurs médecins. Un mode de rémunération est parfois ajouté comme complément à celui existant et octroyé à un médecin s'il atteint ses objectifs

(résultats). Ces résultats peuvent être sanitaires, en rapport par exemple avec la qualité des soins offerts (cas de la Grande-Bretagne) ou aussi financiers, c'est-à-dire liés à la maîtrise des coûts (cas du *managed care* aux États-Unis en vue de réduire les transferts aux médecins spécialistes ou à l'hôpital) (Grignon, Paris et al. 2002). Une étude de Gravelle et collègues en Grande-Bretagne montre que la majorité des médecins ont atteint des objectifs supérieurs au niveau nécessaire pour percevoir le surplus de rémunération (Gravelle, Sutton et al. 2008). La rémunération mixte se traduit alors par la présence de parts considérables de plusieurs modes de rémunération dans le système de soins. Il existe dans la quasi-totalité des pays, mais à un degré d'intensité différent. Un exemple intéressant de la rémunération mixte est celui des généralistes de la Grande-Bretagne, dont la rémunération se subdivise comme suit : la part de la rémunération indépendante du niveau de service représente 65% (50% pour la capitation et 15% pour les allocations de base [salaire]) ; les paiements à l'acte 25%, et les paiements complémentaires à la performance 10% (Redbook 2002).

La mixité présente pour avantage l'incitation aux résultats sanitaires et aux résultats financiers en termes de maîtrise des dépenses de santé. Toutefois, elle complexifie le système de rémunération des médecins, la mise en place des politiques de rémunération et alourdit ainsi le système de soins.

La rétribution des hôpitaux : budget global, DRG, prix de la journée

Il est d'usage de distinguer trois modes de rétribution des établissements de santé : le budget global, le *Diagnosis Related Group* (DRG) et le prix à la journée. Selon les pays, l'une ou l'autre de ces formes de rétribution est utilisée pour les hôpitaux publics. Les hôpitaux privés sont en général rétribués au prix à la journée. À l'instar de la mixité de la rémunération des médecins, la rétribution mixte des hôpitaux est souvent pratiquée dans certains systèmes.

Le budget global

Le budget global consiste à la dotation annuelle aux établissements d'un budget pour la gestion des activités de l'hôpital. Chaque établissement doit ainsi préparer ses prévisions budgétaires selon l'enveloppe financière reçue et transmettre un budget équilibré aux instances supérieures pour approbation. En effet, au Québec par exemple, une enveloppe globale en provenance du budget du ministère de la Santé (via les budgets régionaux ou locaux) est allouée aux établissements selon les dispositions théoriques suivantes : tenir compte des besoins de la population et viser l'équité régionale ; financer les services prévus dans le plan d'organisation des services ; et viser l'équilibre budgétaire (MSSS 2002). Pratiquement, chaque année, le budget est révisé en fonction des résultats obtenus l'année précédente et des prévisions de l'année en cours (Grimaldi 2007). Ainsi, le budget global des établissements a tendance à être figé selon les situations acquises et ne permet pas une adaptation aux variations d'activité (Grimaldi 2007). Bien qu'il permette de connaître *ex ante* les dépenses allouées à la santé, ce mode de rétribution incite faiblement les établissements à la responsabilité et à la production des soins de qualité.

Le Diagnosis Related Group (DRG)

Le *Diagnosis Related Group*, en abrégé DRG, ou groupe homogène de malades (GHM) représente le mode de rétribution des établissements de santé selon les épisodes de soins. Développé dans les années 1970 aux États-Unis, ce mode de rétribution des hôpitaux vise à standardiser les clientèles hospitalières, notamment dans un objectif de contrôle de qualité (Clinique Générale Beaulieu 2007). Selon Luc Schenker, président de l'association APDRG (*All Patient Diagnosis Related Groups*) Suisse en 2007, « Les groupes diagnostics sont construits sur la base du diagnostic principal, des diagnostics secondaires qui expriment une comorbidité ou une complication et qui vont donc entraîner la classification du patient dans un groupe à sévérité plus ou moins élevée, ainsi que des codes

d'interventions opératoires qui permettent de distinguer les patients chirurgicaux des patients médicaux ». Le DRG est donc une méthode de *case mix* dont le but est de rétribuer les établissements selon les pathologies, les épisodes de soins et ainsi promouvoir leur responsabilisation. Il facilite la comparaison des hôpitaux et les incite à la concurrence (Pirson and De Wever 2009). Cette dernière pourrait conduire non seulement à la maîtrise des coûts, mais aussi à l'amélioration de la qualité des services offerts dans les établissements de santé.

Pour introduire un système de forfaitarisation à la pathologie (DRG) dans un établissement de santé, plusieurs voies peuvent être envisagées : (1) construire une échelle tarifaire à partir des différents tarifs historiques (nomenclatures de prestations ou de spécialités pharmaceutiques et produits assimilés, etc.) ; ou (2) construire une échelle tarifaire basée sur les coûts réels, autrement dit construire, à partir de données nationales, une échelle de coûts ou s'approprier une échelle de coûts étrangère et l'adapter aux spécificités régionales ou nationales. Dans le premier cas, il sera indispensable d'opposer les tarifs forfaitaires attribués par DRG au coût de prise en charge de ces mêmes DRG afin de concentrer les décisions de gestion là où apparaîtront des discordances importantes. Dans la seconde hypothèse, il s'agira non seulement d'analyser les écarts coûts-tarifs, mais encore de contribuer soit à la constitution d'échelles de coûts, soit à la validation et à l'adaptation d'échelles de coûts importées (Pirson and De Wever 2009). Toutefois, son introduction n'est pas assez simple, car comme outil de contrôle des coûts, il importe de développer des outils de comptabilité analytique par cas ou pathologie dans l'établissement. Ce qui a pour conséquence de modifier les valeurs actuelles de l'hôpital, de former le personnel soignant et infirmier à la connaissance et à l'utilisation de ces outils, et aussi investir beaucoup d'argent pour sa généralisation dans le système de soins. L'introduction du DRG pourrait avoir des conséquences sur les patients d'après certaines études qui montrent un risque

important de retour prématuré à domicile des patients. En effet, la facturation par DRG semble inciter les hôpitaux à diminuer le plus possible la durée de séjour et à effectuer un maximum de prestations diagnostiques et thérapeutiques en ambulatoire avant et après l'hospitalisation. Il pourrait ainsi entraîner un retour précoce à domicile et même des complications avec ré-hospitalisation si aucune mesure de qualité n'est effectuée (Clinique Générale Beaulieu 2007).

Le prix à la journée

Le prix à la journée est le mode par excellence de rétribution des établissements privés. Il représente le prix de revient d'un séjour passé à l'hôpital et couvre : (1) les frais d'hébergement (nourriture, chauffage, éclairage, eau chaude et froide, entretien des chambres, lingerie, blanchissage) ; (2) les tarifs des soins administrés ; (3) les frais de médicaments consommés pendant le séjour à l'hôpital, et (4) même les frais de dépendance chez les personnes âgées (Union Confédérale CFDT des Retraités de France 2006).

Au regard des différents tarifs qui sont administrés aux patients pendant son séjour à l'hôpital, ce mode de rétribution semble d'une part très coûteux pour le système de soins en cas de couverture assurantielle publique de la population, et d'autre part réduire l'accès aux soins des populations pauvres ou vulnérables sans couverture maladie. Pire encore, il pourrait inciter à l'augmentation des durées de séjour afin d'accroître les revenus des établissements (Bouinot 2008).

2.1.3 Lien conceptuel entre les fonctions

Le lien conceptuel entre les quatre fonctions est caractérisé par la trajectoire que suit l'argent dans le système de soins (Evans 2000; Evans 2002). Le chemin qualifié de « prévalant » est celui dont les fonds prélevés passent par les organes de stockage et le processus d'allocation avant d'arriver aux prestataires de soins (Kirigia, Preker et al. 2006).

Selon Aucoin (2007), une fois l'argent entré dans le système par l'entremise du prélèvement, il suit un trajet en tenant du compte des choix des individus d'être couverts, de la façon dont l'allocation est effectuée et du type de paiement effectué (Aucoin 2007). Toutefois, la littérature mentionne d'autres trajets : les fonds peuvent passer directement des ménages aux prestataires dans le cadre du paiement direct ; ou encore du prélèvement à l'allocation dans le cadre des ressources fournies par les bailleurs de fonds ; enfin, une fois rendus au stockage, ils peuvent directement aller au paiement par remboursement du tiers payant. Ces trajets montrent qu'il existe une interrelation et surtout une cohérence entre les fonctions de financement. Cette nécessaire cohérence fait en sorte qu'empiriquement, il existe un nombre relativement limité d'idéaux types de financement des soins à un moment et dans un contexte donnés (Lamarche 2008). Chaque idéal type (Weber 1971) ou modèle représente une configuration particulière des choix dans le but d'assurer l'équilibre entre les quatre fonctions.

2.1.4 Les modèles de financement des soins les plus cités dans la littérature et leurs lacunes

Le problème du financement des soins, qui date depuis la moitié du 19^e siècle dans les sociétés occidentales, reste toujours assez complexe. En 1883 en Allemagne, Otto von Bismarck a inauguré le *modèle bismarckien* dont le principe était d'instaurer une assurance sociale légiférée dans tous le pays pour les malades, les invalides et les personnes âgées. Il se fonde sur un principe de mutualisation des risques à l'aide des assurances sociales rétribuées par les cotisations obligatoires des travailleurs. Les principes de solidarité et de redistribution horizontale sont les fondements de ce modèle.

Par ailleurs, en 1946, après la création du NHS (*National Health Service*) au Royaume-Uni, le *modèle beveridgien* de financement via les impôts et taxes de William Beveridge a vu le jour (Rosen 1993). Ce modèle vise une couverture universelle de la population, une gratuité des services, une redistribution verticale dans le but de lutter contre les inégalités et assurer une santé décente à tous (Rosen 1993).

Jusqu'au début des années 1990, les systèmes beveridgien et bismarckien étaient bien différenciés (Aucoin 2007), mais depuis lors, rares sont les pays qui utilisent exclusivement un seul modèle. Il existe désormais des modèles qui combinent non seulement ces deux modèles, mais aussi d'autres modèles plus privés.

Les diverses publications traitent généralement le financement comme une des fonctions prises individuellement. C'est ainsi que par abus de langage, dans ces études, le financement désigne une des modalités de chacune de ces fonctions. Les formes communément appelées « financement » sont : pour la fonction « prélèvement » : le privé individuel, le public fiscalisé, le public assurantiel et le privé assurantiel (OMS 2000; Carrin and James 2005) ; pour la fonction de « stockage » : la couverture universelle, globale et partielle (IEDM 2005; Carrin and James 2006; Lamarche 2008)² ; pour la fonction allocation, les formes d'allocation des ressources sur la base du budget, des enveloppes, des projets, des priorités des populations et des considérations historiques et politiques (Mossialos, Dixon et al. 2002) ; enfin, pour la fonction « paiement » : le paiement à l'acte, la capitation et le salariat pour les professionnels de santé ; ou la rémunération à la journée, par *Diagnosis Related Groups* (DRG) et de budget global pour

² La couverture universelle stipule que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et d'un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation (Carrin and James 2006). Pour la couverture globale, l'intégralité des besoins de santé, des biens et des soins de santé des individus est couverte. Enfin, la couverture partielle repose sur le fait que des critères sélectifs limitent l'étendue des besoins couverts (Lamarche 2008). On distingue dans cette dernière catégorie, les assurances de type duplicatif, complémentaire, supplémentaire et substitutif (IEDM 2005).

les établissements (Carrin and James 2006). Même les modèles bismarckien et beveridgien précédemment mentionnés se construisent autour de la fonction prélèvement et dans une certaine mesure de la fonction stockage.

Au regard de la littérature existante sur les modèles de financement des soins de santé, il se dégage ainsi une vision assez réductionniste de cette notion dans les analyses empiriques. Toutefois, toutes les fonctions ne peuvent être considérées individuellement, car il existe un lien assez étroit entre elles. Plusieurs recherches ont démontré même qu'aucune fonction unique ne pourrait convenir à analyser le financement dans toutes ses facettes. Plus encore, la compréhension d'une seule des quatre garantirait difficilement le succès (Normand and Weber 1994; Witter, Ensor et al. 2000; Carrin and Hanvoravongchai 2003), car elles coexistent dans chacun des pays mais avec des degrés d'intensité différents (Kirigia, Preker et al. 2006). Il serait donc judicieux d'analyser le financement des soins, comme peu d'études empiriques l'ont fait jusqu'ici, en tenant compte simultanément des quatre fonctions.

2.2 La performance des systèmes de soins

Depuis le début des années 1990, les systèmes de soins subissent des pressions considérables exercées simultanément par les grandes forces suivantes : le développement des techniques, l'apparition de nouvelles connaissances sur les maladies et leurs traitements ainsi que sur les déterminants de la santé des populations, la mondialisation, l'évolution démographique et l'apparition de nouvelles maladies, et plus récemment la récession de l'économie mondiale. Il est donc indispensable de mettre en place des réformes pour améliorer la performance des systèmes des soins (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). Le système de soins étant considéré comme un système organisé d'actions,

caractérisé par des composantes de structures, des acteurs et leurs pratiques, des processus dans un environnement donné, veut améliorer son niveau de performance afin d'accroître la santé des populations (Rocher 1972; Crozier M. and Friedberg 1977; Contandriopoulos, Pouvourville et al. 2000). Tout système de soins met un accent sur la cohérence entre le système collectif de représentation et de valeurs (valeurs, régulations, etc.), la gouvernance (système de gestion, système d'information et système de financement) et le système clinique (Contandriopoulos, J-L Denis et al. 2001; Contandriopoulos 2003). Pour être performant, le système doit donc créer un espace dans lequel les acteurs trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier.

Pour bien comprendre le concept assez vaste de « performance » des systèmes de soins, nous passerons en revue les différentes conceptions théoriques de cette notion, en partant de celles inscrites dans les dictionnaires jusqu'à sa compréhension multidimensionnelle intégrée.

2.2.1 Le concept de performance : une diversité de sens et de contenus

La notion de performance, qui jusqu'ici n'est que l'apanage du secteur privé, s'est progressivement imposée dans les systèmes de soins de manière à mieux répondre à une demande de services de soins existant en permanence (Sicotte, Champagne et al. 1999). Il s'agit d'un concept assez complexe qui se définit souvent comme un résultat chiffré obtenu, un exploit, un succès ou une prouesse (Rey-Debove, Rey et al. 2007). Le *Petit Larousse illustré* 2004 ajoute que c'est un résultat obtenu dans l'exécution d'une tâche ; une compétence dans la production ; une production des gestes ou des actes (Larousse 2004). Selon le *Grand dictionnaire terminologique*, la « performance » prend des sens divers dans des domaines variés tels : l'administration et la gestion, le commerce, l'économie, la

psychologie. Le tableau 2.2 récapitule les définitions du concept de performance dans ces quatre domaines.

En administration publique et gestion, la performance représente le degré d'accomplissement des cibles et des objectifs établis par une organisation (atteinte des objectifs). Il désigne également le niveau de résultat obtenu par un ou plusieurs facteurs qui est atteint par un organisme ou une entreprise. Dans le domaine du commerce, la performance d'un produit représente le degré de satisfaction offert par ce produit à la clientèle. Elle met en avant l'ensemble des caractéristiques et des fonctions que le produit a aux yeux de son utilisateur (satisfaction). Par ailleurs, en économie, la performance se traduit par le dépassement de soi, un exploit ou encore un chiffre exprimant tout type de production (production). Dans le domaine de la psychologie, la performance fait référence à une grande réalisation ou à une réussite.

Tableau 2.2 : Définitions du concept de « performance » selon quelques domaines d'activité

	Domaine	Définitions	Équivalent anglais	Source
Performance	Administration publique et Gestion	Degré d'accomplissement des cibles et des objectifs établis par une organisation.	Objectifs atteints	Office québécois de la langue française, 2003
		Niveau de résultat obtenu par un ou plusieurs facteurs, qui est atteint par un organisme ou une entreprise (rendement).	Résultats (atteinte des objectifs)	Office québécois de la langue française, 2006
	Commerce	Les performances d'un produit (<i>product performance</i>) sont l'ensemble des fonctions et des caractéristiques qu'il a aux yeux de son utilisateur.	Satisfaction de la clientèle	Office québécois de la langue française, 1972
	Économie	Dépassement de soi-même : se traduit par l'exploit.	Exploit (Objectif atteint)	Office québécois de la langue française, 1992
		Chiffre exprimant une production quelle qu'en soit la nature.	Production	Office québécois de la langue française, 1975
Psychologie	Réalisation, Réussite	Objectif atteint	Office québécois de la langue française, 1981	

Source : *Grand dictionnaire terminologique*

2.2.2 La performance organisationnelle vue par les théories des organisations

Les différentes définitions de la performance organisationnelle sont étroitement liées à l'évolution du concept d'organisation en théorie des organisations (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005).

Premièrement, du début du 20^e siècle jusqu'à la fin des années 1930, l'organisation scientifique et administrative du travail était l'approche théorique utilisée par la majorité des organisations. Elle supposait non seulement l'observation et la mesure systématique des tâches qui entrent dans la composition d'un travail à accomplir, mais aussi un travail sur les principes de gestion suivants : la division du travail, l'autorité, la discipline, la rémunération du personnel, la hiérarchie, l'ordre, l'équité, la stabilité du personnel, l'union du personnel, la centralisation, la subordination de l'intérêt particulier à l'intérêt général, etc. Ces principes devaient être appliqués pour que les activités soient efficaces. Dans cette perspective fonctionnaliste, le but de l'organisation était prioritairement l'atteinte les objectifs fixés (Price 1972; Sicotte, Champagne et al. 1998).

Par ailleurs, la théorie des relations humaines a également émergé durant la même période, la compréhension d'une organisation passait par l'examen de l'impact de ses problèmes sur les facteurs psychologiques et sociopsychologiques des individus (travailleurs). La performance était conçue comme le maintien d'un climat de satisfaction et de motivation au travail des différents groupes d'intérêt (Connolly, Conlon et al. 1980; Rouleau 2007).

Deuxièmement, entre les années 1940 et 1950, la bureaucratie et les théories de prise de décision ont vu le jour. L'analyse de la bureaucratie repose sur une vision fonctionnaliste, objective de l'organisation et de ses structures, valorisant l'ordre, le statu quo et les consensus. Ainsi, la performance d'une organisation reposait sur la compréhension du système de rôles, de normes et de valeurs dans le but d'atteindre les objectifs fixés. Les

théories de prise de décision, pour leur part, reposent sur la logique des choix humains, car la prise de décision s'intéresse au comportement humain. Puisque les êtres humains ne sont pas considérés comme des machines (théorie scientifique et administrative du travail), dans ce cas, la performance de l'organisation passe par la compréhension des valeurs et du climat de travail des acteurs du système.

Troisièmement, dans les années 1960, avec le développement de l'analyse systémique et des analyses de contingence, les organisations étaient vues comme des systèmes ouverts dont le but était de s'adapter à leur environnement d'une part et de développer des techniques pour permettre à l'environnement de s'adapter à elles (Yuchtman and Seashore 1967; Benson 1975). L'analyse systémique fournit une vision dynamique de l'organisation et suppose qu'une organisation est un système ouvert sur son environnement dont les éléments sont en interaction les uns avec les autres. Dans les analyses de contingence, la structure d'une organisation est déterminée par des éléments contingents qui caractérisent son environnement. L'adéquation entre l'organisation et son environnement est au cœur des débats.

Quatrièmement, durant les années 1970, les analyses actionniste et marxiste ont été développées. Dans l'analyse actionniste, l'organisation était considérée comme un système organisé d'action. L'adaptation à son environnement doit se faire par des interactions entre les acteurs qui négocient en permanence la définition de leur situation et de leur rôle. La performance d'une organisation reposait sur la capacité de ses acteurs à travailler dans un climat agréable, dans un environnement donné, afin d'atteindre les objectifs fixés. Par ailleurs, l'analyse marxiste considère une organisation comme un lieu de tension permanente entre le capital et le travail (Rouleau 2007). Ainsi, le pouvoir dans l'organisation provient directement de la possession et du contrôle des moyens de

production. Ainsi, une organisation performe si elle est capable de gérer ces tensions et accroître sa production.

Cinquièmement, entre les années 1980 et 1990, plusieurs approches de la théorie des organisations ont été développées, comme le présente Rouleau (2007) : l'analyse sociologique (la théorie néo-institutionnelle, l'écologie des populations), l'économie des organisations (la théorie de l'agence, la théorie des coûts de transaction), l'analyse politique (l'analyse des coalitions, l'analyse stratégique) et l'analyse symbolique (l'analyse de la culture, l'analyse cognitive).

Dans la théorie néo-institutionnelle, les organisations tendent à devenir homogènes en se conformant aux pressions de l'environnement. Ainsi, celles qui obtiennent la légitimité de leur environnement ont plus de ressources et augmentent par conséquent leurs chances de survie à long terme. Par ailleurs, dans l'écologie des populations, les causes du succès ou de l'échec des organisations sont d'abord et avant tout de nature environnementale : démographique, écologique et contextuel. Ainsi, les organisations sont « sélectionnées » par leur environnement. Dans cette perspective d'analyse sociologique, une organisation devrait s'adapter à son environnement et développer également les mécanismes pour que l'environnement s'adapte à elle.

La théorie de l'agence repose sur la relation d'agence existant entre un principal et un agent. L'organisation est considérée comme un ensemble d'individus qui ont des relations contractuelles. Cette théorie concerne donc toute relation entre deux individus ou entités dans laquelle la situation de l'un (principal) dépend de l'action de l'autre (l'agent). Ici, les deux acteurs n'ont pas les mêmes intérêts et il existe généralement une asymétrie d'informations. En outre, comme la précédente, dans la théorie des coûts de transactions, l'organisation est un système de relations contractuelles mettant l'accent sur la gouvernance bilatérale (sous-traitance, partenariat, alliances). Le comportement économique des

individus au sein de l'organisation repose sur les critères de rationalité limitée et d'opportunisme. Dans cette perspective d'économie des organisations, la performance repose sur la capacité des acteurs à produire de façon efficace dans un climat agréable.

Pour sa part, l'analyse politique des coalitions se situe dans le prolongement de la théorie de la prise de décision. L'organisation est un système dont les agents ont des intérêts si divers qu'ils la transforment en une arène politique arbitraire, sans finalité, et dévorée par des conflits. L'analyse politique stratégique s'appuie sur la reconnaissance de la liberté de l'acteur, aussi minime soit-elle. Les acteurs ont des buts et des objectifs qui leur sont propres et qui sont différents de ceux de l'organisation dans laquelle ils travaillent. L'organisation n'est pas une donnée naturelle, elle est le résultat de l'action humaine et collective. L'acteur (individuel ou collectif) est un être dont la rationalité est limitée, mais dont le comportement est rationnel selon le contexte. Dans cette perspective politique, la performance d'une organisation passe par l'analyse de l'acteur (ses valeurs, ses motivations) et son lien avec l'organisation (facteurs contextuels l'aidant à réaliser aisément ces tâches dans l'organisation).

Enfin, les analyses symboliques comme l'analyse de la culture, l'analyse interprétative et l'analyse cognitive mettent l'accent sur la culture organisationnelle. Cette dernière représente ainsi l'ensemble d'artefacts, de symboles, d'interprétations et de valeurs de l'organisation. Une organisation performante comme telle est celle qui analyse et comprend sa culture organisationnelle avant d'agir.

De toutes les théories passées en revue, quatre fonctions essentielles des organisations découlent pour l'analyse de la performance : l'atteinte des objectifs, la production, le maintien du climat organisationnel et l'adaptation. La section suivante représente leur description dans les systèmes de soins.

2.2.3 Les fonctions essentielles des systèmes de soins

Pour être performants, les systèmes de soins doivent atteindre leurs buts et objectifs à l'égard de la santé de la population, être productifs pour assurer un volume adéquat de services aux populations, maintenir leur culture organisationnelle, et enfin s'adapter et se donner les ressources nécessaires pour répondre aux besoins (Levesque, Ouellet et al. 2009).

L'« atteinte des buts »

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à atteindre les objectifs qui lui sont fixés (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). Pour le système de santé, cette fonction a trait à l'amélioration de l'état de santé global de la population en termes d'efficacité, d'efficience, d'équité et même d'accessibilité. L'efficacité fait référence à la capacité à produire les résultats escomptés (Slee and al. 2001). Pineault et Daveluy (1996) distinguent deux types d'efficacité : efficacité santé et efficacité service. Le premier fait référence à la contribution des services à l'amélioration au maintien de la santé des personnes et des populations, tandis que le second désigne la contribution des services de santé au contrôle des maladies. Par ailleurs, l'efficience représente les résultats de santé en fonction des ressources investies (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). L'équité indique la responsabilité collective de solidarité pour répartir de façon juste (en fonction des besoins) les services de santé entre les individus, les groupes, les régions, etc. (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). Enfin, l'accessibilité désigne la facilité d'entrer en contact avec les services de santé (Pineault and Daveluy 1996). Elle comprend trois dimensions : l'accessibilité organisationnelle qui se réfère à la facilité avec laquelle les services sont obtenus (délai d'attente) ; l'accessibilité financière qui renvoie à la fourniture de services à des clientèles financièrement vulnérables ; et l'accessibilité culturelle qui se rapporte à la fourniture de services aux membres des minorités culturelles.

La « production »

La production est la fonction généralement utilisée pour mesurer la performance des systèmes de soins (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). Elle se caractérise en fonction du volume de soins et de services produits, l'optimisation des volumes produits en fonction des ressources investies (productivité), la continuité et la coordination des soins, la globalité et aussi la qualité des soins. La productivité est le rapport entre les services produits et les ressources utilisées pour la production (Lamarche and Trigub-Clover 2008). Pour bien apprécier la productivité, il faut tenir compte du coût des services, ainsi que de la quantité, du type et de la nature des ressources servant à produire les services (Lamarche and al. 2003).

La continuité des services indique dans quelle mesure les services sont offerts comme une succession cohérente d'événements en lien avec les besoins de services et le contexte de vie des patients. La continuité des services se décline en trois composantes clés : la continuité informationnelle qui vise la disponibilité, l'utilisation et la transmission de l'information sur des événements antérieurs et permet de fournir les services appropriés, compte tenu des circonstances actuelles du patient ; la continuité relationnelle qui désigne une relation entre un patient et un fournisseur de services qui perdure dans le temps, ainsi que la qualité de cette relation ; et la gestion clinique intégrée qui a pour fonction d'harmoniser de façon cohérente les soins octroyés par divers fournisseurs (Reid, Haggerty et al. 2002).

Pour sa part, la coordination des soins représente l'ensemble des arrangements formels qui permettent un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). Par ailleurs, la globalité indique la gamme de services offerts par les organisations productives. Plus la gamme est étendue, plus la globalité est grande (Lamarche and Trigub-Clover 2008).

Et enfin, la qualité de soins fait référence au degré auquel les services se conforment aux normes professionnelles, guides de pratique et autres lignes directrices (Donabedian 1992; Lamarche and Trigub-Clover 2008). La qualité désigne donc la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles, de consommation, et sociales sur plusieurs dimensions du processus (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). L'appréciation de la qualité repose généralement sur l'avis des professionnels et des experts (Lamarche and Trigub-Clover 2008).

Le « maintien des valeurs et du climat organisationnel »

La fonction « maintien du climat organisationnel » permet au système, par la culture organisationnelle, de se maintenir, de bien fonctionner, d'assurer la cohésion, d'intérioriser et d'institutionnaliser des valeurs communes et d'offrir des services de qualité (Levesque, Ouellet et al. 2009). Ainsi, cette fonction met en évidence un consensus sur les valeurs du système : respect de la dignité, sécurité, service public et santé (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). Selon Glick (1988), le climat organisationnel repose sur « une vaste catégorie de variables organisationnelles plutôt que psychologiques, qui décrivent le contexte organisationnel des actions des individus. Ces variables organisationnelles comprennent les pratiques interpersonnelles (le climat social) et les significations établies avec intersubjectivité qui découlent de processus organisationnels logiques » (Glick 1988).

L'« adaptation »

La fonction « adaptation » fait référence à la capacité du système de s'ouvrir sur son environnement et de mobiliser des ressources. Elle traduit ainsi l'interaction existante entre le système et son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter. Le système de soins doit donc se procurer les ressources (humaines, physiques, matérielles, technologiques, etc.) nécessaires au maintien et au développement de ses activités.

L'adaptation s'appuie donc sur la capacité d'acquisition et de mobilisation des ressources, l'orientation vers les besoins de la population, la mobilisation communautaire et la réactivité du système (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). La réactivité se réfère au degré auquel les attentes et préférences des personnes sont rencontrées et satisfaites (OMS 2000). Elle renseigne également sur la capacité d'attraction de la clientèle. Le système de soins doit donc développer son habileté à se transformer afin de s'adapter aux changements environnementaux (démographie, vieillissement de la population, progrès technologiques, récession économique, mondialisation, etc.) et aux innovations dans le but de satisfaire sa clientèle.

2.2.4 Cadre d'analyse de la performance selon les organismes internationaux et certains pays à revenu élevé : Une vision multidimensionnelle contingente

La conception de la notion de performance des systèmes de soins diffère selon les organismes internationaux et les pays à revenu élevé. Les indicateurs qui la mesurent ne sont pas forcément les mêmes dans tous les pays, car ces derniers ont des valeurs et des priorités assez différentes (Aday LA et al. 1993; Hsiao 1995; Knowles, Leighton et al. 1997; Hurst 1999; Jee and Or 1999; Murray and Frenk 2000). Il importe donc de passer en revue quelques-unes de ces conceptions qui semblent toutes être multidimensionnelles.

S'inspirant de la revue de la littérature réalisée par Champagne et al. (2005), on note que selon l'Organisation Mondiale de la Santé, dans le rapport sur la Santé dans le Monde 2000, la performance des systèmes de soins repose sur trois objectifs fondamentaux : l'amélioration de la santé de la population, la réactivité du système (réponse aux attentes des populations) et la protection financière (équité financière) (OMS 2000). Pour sa part, le bureau régional européen de l'OMS, à travers le programme PATH (*Performance*

Assessment Tool for quality improvement in Hospitals), évalue la performance des hôpitaux en mettant en exergue six dimensions de la performance : l'efficacité clinique (efficacité et qualité), l'efficacité (productivité), le souci du personnel, la gouvernance réactive (adaptation, qualité, coordination), la sécurité et les soins axés sur les patients (qualité et continuité). En outre, le cadre d'évaluation de la performance de l'OCDE (Organisation de Coopération pour le Développement Économique) s'inspire en grande partie de celui de l'OMS (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). Il repose sur l'amélioration de la santé, la réactivité et l'accessibilité, l'équité sanitaire, financière et d'accès, l'efficacité au niveau macro-économique et micro-économique. Par ailleurs, le département de santé britannique entre autres évalue la performance des systèmes de soins au moyen du NHS *Performance Assessment Framework* (PAF) en se basant sur six domaines : l'amélioration de la santé, l'équité d'accès, la prestation efficace des soins appropriés, l'efficacité en terme de productivité, l'expérience du patient et les résultats de santé liés aux soins. Aux États-Unis, plusieurs cadres d'évaluation de la performance des services de santé existent, car le système de ce pays est assez fragmenté. On y distingue les cadres : de la *Joint Commission of Healthcare Organisation* (JCAHO) qui repose sur les critères d'accessibilité, de continuité, d'efficacité, d'efficacité, de prévention, de sécurité et de réactivité ; celui de l'*Institute of Medicine* (IOM) qui se focalise sur la sécurité, l'efficacité, la satisfaction des patients, l'efficacité et l'équité. Enfin, le cadre du *National Health Care Quality Report* (NHCQR) qui met l'accent sur la qualité des soins (sécurité, efficacité, satisfaction des besoins des patients). En Nouvelle-Zélande, l'analyse de la performance du système de soins repose sur : l'accès et l'équité, la sécurité, l'efficacité, l'efficacité, et enfin sur les politiques d'adaptation et de qualité axées sur la population. L'Australie a développé en 2000 un cadre d'analyse de la performance qui repose sur les composantes majeures suivantes : état de santé, déterminants de la santé, efficacité, efficacité, réactivité,

accessibilité, sécurité, continuité, viabilité. Au Canada, le gouvernement fédéral en 2000 par l'Institut Canadien d'Information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada a développé l'initiative « carnet de route : lancer le processus » pour améliorer la performance des systèmes des soins. En plus des consensus sur les valeurs du système, les dimensions d'état de santé, de déterminants non médicaux de la santé, d'acceptabilité, d'accessibilité, de caractère approprié, de compétence, de continuité, d'efficacité, et de sécurité ont été mises en avant. Au Québec, le cadre d'évaluation du système fédéral a été adapté, et le niveau général de la santé de la population et la qualité des services de santé sont mis en exergue. En Ontario, le ministère de la santé met l'accent sur la performance des services communautaires, les services professionnels, les soins de première ligne, les soins spécialisés et de longue durée pour préserver et protéger la santé des citoyens. Enfin en Saskatchewan, l'accent a été mis sur la satisfaction du patient et du prestataire ainsi que sur les résultats de santé (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005).

2.2.5 Vision multidimensionnelle et intégrée d'analyse de la performance

2.2.5.1 Modèle multidimensionnel de Donabedian

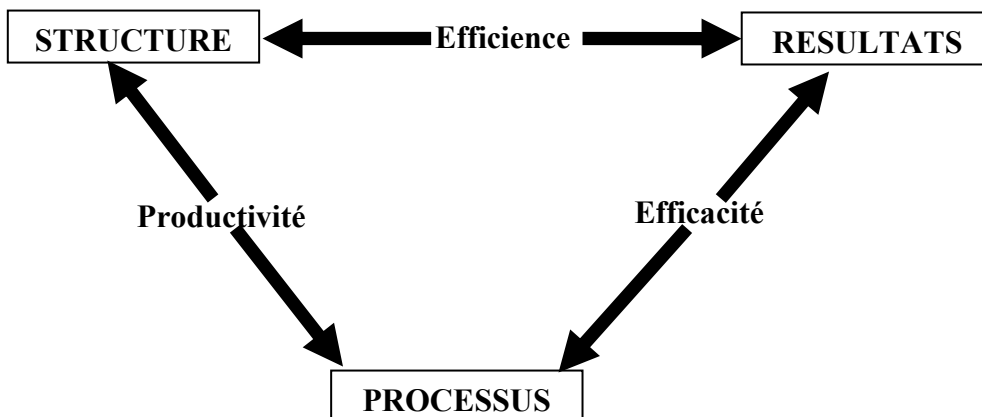
L'un des modèles conceptuels multidimensionnels les plus utilisés pour évaluer la performance des systèmes de soins est le modèle de système d'action rationnel proposé à l'origine par Donabedian (1966, 1968). Dans ce modèle, la performance est évaluée à partir de trois composantes : structures, processus et résultats. Selon Donabedian (1980), la structure est la base du système de soins. Elle comprend le personnel (ressources humaines), le milieu de travail et les installations physiques (ressources matérielles et technologiques), les ressources financières et l'ensemble des politiques, lois, règlements, conventions et règles de gestion qui définissent comment les ressources (argent, pouvoir, influence et engagements) sont réparties et échangées. Aussi, les processus représentent

l'ensemble des activités réalisées, des biens et services produits par le système de soins pour atteindre de meilleurs résultats chez le patient.

Le postulat qui sous-tend un tel modèle est que la disponibilité des structures (matérielles, humaines et organisationnelles) offre les moyens de produire des biens et des services appropriés et de garantir conséquemment l'atteinte des meilleurs résultats. Ce fil conducteur a été largement repris dans la littérature, notamment pour l'évaluation de la qualité des soins. Cependant, quelques difficultés persistent dans l'utilisation de ce modèle : puisqu'il existe diverses influences auxquelles sont soumis les résultats des soins, les structures et les processus de qualité garantissent-ils de bons résultats ? De bons résultats sont-ils nécessairement liés à des structures correctes ? Aussi, les trois composantes (structure, processus et résultat) ne devraient-elles pas être comprises simultanément, en analysant également les interrelations existant entre elles, pour mieux apprécier la performance des systèmes de soins ? (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005).

Donabedian (1992) a proposé de retenir également les liens entre les composantes à travers l'efficacité, l'efficacités et la productivité (comme illustré à la figure 2.2). L'efficacité du système se définit comme les résultats obtenus par rapport aux structures disponibles, l'efficacités représente les résultats obtenus par rapport aux biens et services produits, et enfin la productivité ou l'efficacités technique correspond à la maximisation de la production des biens et services par rapport aux structures disponibles.

Figure 2.2 : Modèle d'analyse de la performance inspiré de Donabedian (1992)



2.2.5.2 Le modèle intégrateur d'analyse de la performance des organisations publiques de Sicotte et collaborateurs

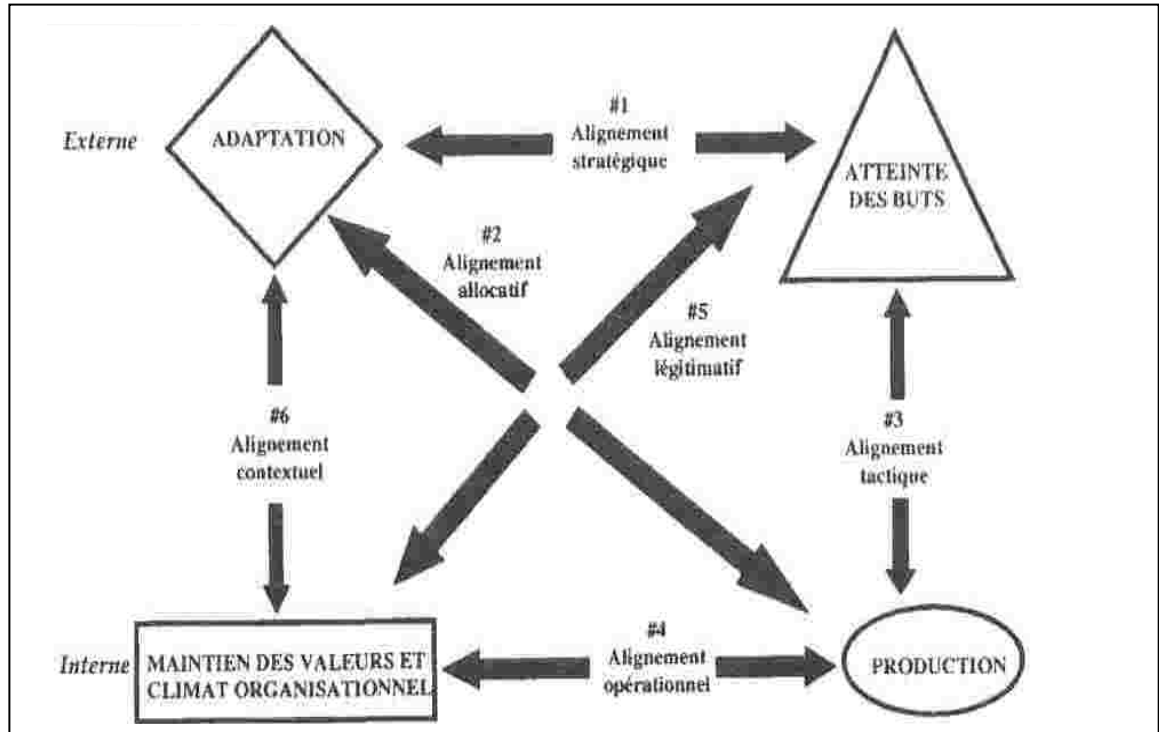
Depuis la fin des années 1990 jusqu'à nos jours, les organisations sont perçues comme des entités dans lesquelles toutes ces fonctions (atteinte de buts, production, maintien des valeurs et adaptation) interagissent. Comprendre leur performance revient, dès lors, à analyser simultanément les quatre fonctions ainsi que les interrelations existantes entre elles. Telle est l'idée du modèle intégrateur de Sicotte et al. (1998) dont la version française (1999) est présentée à la figure 2.3. Ce modèle stipule qu'afin d'assurer sa performance, une organisation doit démontrer sa capacité à établir et à maintenir une tension dynamique, ainsi qu'un équilibre toujours renégocié entre ses quatre fonctions.

Cette conception de la performance permet de tenir compte de ces fonctions clés en intégrant différentes approches d'analyse des organisations. Elle renvoie tant aux composantes essentielles (structure-processus-résultats) qui définissent un système d'action qu'à la nature des relations entre ces composantes. Elle s'intéresse tant à la manière dont le système remplit ses fonctions clés (atteinte des buts, adaptation, production, maintien des valeurs) qu'à la nature de l'équilibre entre elles.

Dans sa conception, le modèle intégrateur de Sicotte et collaborateurs s'appuie sur la théorie de Talcott Parsons (Parsons 1968; Parsons 1997). Il délaisse la vision antagoniste existant entre les différentes fonctions de la performance pour adopter une vision misant sur la complémentarité et la recherche d'un équilibre entre elles. Ce modèle n'est pas une simple juxtaposition des modèles unidimensionnels de la performance, mais plutôt une intégration des diverses façons de concevoir la performance sans toutefois devenir trop complexe (Sicotte, Champagne et al. 1998). Il se compose des quatre fonctions essentielles du système de soins et de six « alignements ». Les alignements représentent les liens d'interaction entre deux fonctions de l'organisation qui servent à maintenir le système plus

performant. Les six alignements mis en avant dans ce modèle sont : *l'alignement stratégique, l'alignement allocatif, l'alignement tactique, l'alignement opérationnel, l'alignement légitimatif et l'alignement contextuel.*

Figure 2.3 : le modèle intégrateur de performance organisationnelle



Source : Sicotte et al. (1999)

L'alignement stratégique (adaptation – atteinte des buts) permet, d'une part, d'apprécier la compatibilité de la mise en œuvre de moyens (adaptation) en fonction des buts ; d'autre part, de se prononcer sur la pertinence des buts formulés compte tenu des processus environnementaux et d'adaptation existants (Sicotte, Champagne et al. 1999). Cet alignement se penche principalement sur : la cohérence des incitations institutionnelles ou organisationnelles visant à atteindre une plus grande équité dans la collecte et la mise en commun des ressources financières ; et la capacité à fixer des priorités pour les ressources à acquérir, à développer, ou à allouer en fonction des besoins de santé (Sicotte, Champagne et al. 1998; Sicotte, Champagne et al. 1999; Tanon Affaud 2002). En deuxième lieu, *l'alignement allocatif (adaptation – production)* met en évidence la justesse d'allocation

des moyens de production qui permet d'évaluer si les ressources disponibles sont suffisantes, adéquates et correctement intégrées dans la production. Réciproquement, cet alignement évalue comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de production ou sont modifiés par ceux-ci (Sicotte, Champagne et al. 1998; Sicotte, Champagne et al. 1999). Troisièmement, l'*alignement tactique (atteinte des buts – production)* réside d'une part dans la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels à gouverner le système de production, d'autre part dans la capacité d'évaluer comment les impératifs et les résultats de production modifient le choix des buts de l'organisation. Il est donc question ici du problème de la pertinence des buts (Sicotte, Champagne et al. 1999). En outre, cet alignement permet de se pencher sur l'efficacité des services de santé et la formulation adéquate du panier de service en fonction des problèmes de santé du pays. Quatrièmement, l'*alignement opérationnel (maintien de valeurs – production)* permet d'évaluer comment les valeurs intériorisées par les acteurs et institutionnalisées dans le système influent sur la production, et si les mécanismes de production renforcent ou minent les valeurs communes et le climat organisationnel. Il est donc question de se pencher sur l'intériorisation dans la conscience de tous les producteurs de soins des exigences de la qualité (par exemple), du respect de la personne et de l'attention qui leur est accordée, et enfin de l'institutionnalisation d'un cadre réglementaire ainsi que de l'existence de mécanismes formels ou informels visant à assurer la qualité technique des interventions. En cinquième lieu, l'*alignement légitimatif (maintien des valeurs – atteinte des buts)* renseigne d'une part sur la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels ; d'autre part et réciproquement, il permet d'évaluer comment le choix et la poursuite des buts de l'organisation viennent modifier et renforcer les valeurs et le climat organisationnel. Cet alignement se penche sur l'existence d'un consensus au niveau des

droits des différents acteurs de l'organisation et également sur la compatibilité entre les rituels, les lois, les règles, les lignes de conduite, la structure des organisations et les descriptions des tâches qui existent (Sicotte, Champagne et al. 1998; Sicotte, Champagne et al. 1999). Enfin, sixièmement, l'*alignement contextuel (maintien des valeurs – adaptation)* explique comment les mécanismes d'adaptation sont influencés par les valeurs fondamentales du système et évalue dans quelle mesure les valeurs sont modifiées par les contraintes de l'environnement. Il se penche sur l'intériorisation de valeurs consensuelles sur les modalités de collecte des ressources financières et matérielles (honnêteté, transparence, etc.) et sur la distribution des ressources collectées. Enfin, il se focalise sur l'existence de structures organisationnelles et de mécanismes réglementaires favorisant la réactivité du système (Sicotte, Champagne et al. 1998; Sicotte, Champagne et al. 1999; Tanon Affaud 2002).

Enfin, bien que ce modèle d'analyse de la performance tienne compte de la complexité des organisations de soins, il souffre jusqu'ici d'un problème d'opérationnalisation d'une part des construits clés de chacune des fonctions et d'autre part des alignements mesurant les liens réciproques entre les fonctions.

2.3 Le contexte organisationnel d'intervention

Avant de présenter les éléments qui définissent le contexte organisationnel d'intervention dans un système de soins, il est important de rappeler qu'un système de soins peut être perçu comme un système organisé d'action qui résulte du jeu d'acteurs qui, dans un champ social donné et dans un environnement déterminé, interagissent pour mobiliser et utiliser des ressources afin de produire des activités, des biens ou des services nécessaires à la

concrétisation de leurs objectifs et de leurs projets collectifs (Rocher 1972; Freidberg 1993; Bourdieu 1994; Contandriopoulos, Champagne et al. 2000).

Propres à chaque système de soins, donc à chaque pays, les facteurs organisationnels contextuels permettent une analyse plus réaliste des politiques de financement et de leur influence sur la performance des systèmes de soins (Aucoin 2007; OMS 2008). L'hypothèse qui serait généralement faite est que les facteurs contextuels interagissent avec la politique de financement pour influencer la performance des systèmes. Les éléments de contexte organisationnel peuvent être subdivisés en deux grandes catégories : les facteurs contextuels organisationnels non sanitaires et les facteurs organisationnels sanitaires.

2.3.1 Les facteurs contextuels organisationnels non sanitaires

Les facteurs démographiques, politiques, macroéconomiques et financiers, les progrès scientifiques et technologiques, l'inégalité sociale et de société, les valeurs sociales et les facteurs environnementaux sont les principaux éléments organisationnels non sanitaires qui semblent influencer toute politique publique mise en place dans un pays (OCDE 2008). D'après l'OCDE (2008), la dimension démographique pourrait être définie par les indicateurs tels le taux de croissance de la population, le taux de fécondité, la distribution de la population nationale en régions urbaines, intermédiaires et rurales, le pourcentage des personnes âgées par pays, le pourcentage de la population de plus de 65 ans dans la population totale. Ensuite, la dimension politique pourrait être caractérisée par la gouvernance et la décentralisation politico-administrative du pays. Selon Jean Louis Denis (2002), la gouvernance se rapporte aux systèmes et aux pratiques qui permettent aux acteurs de développer une représentation plausible de leur devenir, de concevoir et implanter des stratégies efficaces de changement et de s'appuyer sur des valeurs productrices de confiance et de solidarité (Aggeri and Hatchuel 1999; Hatchuel 2000; Denis

2002). Pour sa part, la décentralisation politico-administrative fait référence au délaissement du pouvoir par les autorités centrales aux autorités régionales ou locales.

Par ailleurs, la dimension macroéconomique et financière serait déterminée par les indicateurs de comptabilité nationale tels : la richesse (PIB) par tête et le revenu national brut par personne pour l'évolution macroéconomique ; le besoin ou la capacité de financement pour les finances publiques ; le taux d'épargne des ménages pour la croissance économique ; la valeur ajoutée dans les services publics pour la structure économique ; la balance économique et des services pour la mondialisation économique ; la rémunération du travail par salariés pour l'économie totale.

Les progrès scientifiques et technologiques pourraient être caractérisés par le taux de dépenses intérieures brutes en recherche et développement, la part des investissements en TIC (Technologie de l'information et communication) et aussi l'accès à un ordinateur et à internet. Quant aux inégalités sociales et de société, elles pourraient être identifiées par les indices suivants : le taux d'emploi (hommes et femmes) ; le différentiel hommes-femmes actifs ; le taux de chômage (hommes et femmes) ; le différentiel hommes-femmes ; la disparité de la densité de la population ; l'indice de Gini des disparités régionales du PIB ; l'indice de Gini des inégalités de revenu ; l'inactivité des jeunes de 15 à 19 ans non scolarisés en termes de différentiel garçons-filles ; le pourcentage de la population vivant dans les régions dont le PIB par habitant est inférieur à la moyenne nationale ; le pourcentage de la population active vivant dans les régions à chômage élevé ; l'indice de la concentration géographique des personnes âgées et la proportion de la population âgée inactive de plus de 65 ans par rapport à la population active. De plus, les valeurs sociales et l'idéologie politique sont des facteurs qui influencent l'acceptabilité d'une politique publique (Pineault and Daveluy 1995). Les principales valeurs qui régissent dans les sociétés démocratiques sont l'équité, l'efficience et la liberté individuelle

(Contandriopoulos 1999). Il serait donc capital de les prendre en compte afin de comprendre la position idéologique des acteurs dans le système politique (Donabedian 1973; Blondel 1990; Walt 1994). Enfin, les facteurs environnementaux (air et sols) caractérisés par la quantité de gaz carbonique CO₂ (en tonnes) émise dans le pays et l'intensité de production des déchets municipaux (tonnes) sont des éléments importants à prendre en compte dans l'analyse du financement sur la performance des systèmes de soins.

Tous ces facteurs interagissant ensemble semblent assez indispensables dans l'explication fine du lien existant entre le financement des soins et la performance du système de soins qui en découle. Dans son rapport, Aucoin (2007) indique qu'il faudrait mettre l'accent sur le contexte budgétaire du pays, ses valeurs et son idéologie politique, les inégalités sociales, la décentralisation politico-administrative et la structure démographique de la population pour analyser en profondeur une politique de financement des soins de santé.

2.3.2 Les éléments caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire

Les éléments caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire sont étroitement liés au système de soins. En plus des croyances (structure symbolique), des lois et règlements (structure organisationnelle), tout système de soins est constitué d'un ensemble de ressources humaines, financières, technologiques et matérielles (structure physique) qui influencent sa performance (Contandriopoulos, Champagne et al. 2000). Ces ressources peuvent être focalisées vers les services spécialisés de la médecine ou vers les services de première ligne. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les services de première ligne représentent des services de premier niveau universellement accessibles assurés avec la pleine participation de la collectivité et offerts à un coût raisonnable. Ces services comprennent : la promotion de la santé ; la prévention des maladies ; les services

diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de soutien et palliatifs (FCRSS 2001). Cette définition de l’OMS (2008) est utilisée non pas pour exclure les modes d’organisation des services de première ligne n’intégrant pas tous ces aspects, mais pour inclure ceux qui affichent au moins une des caractéristiques susmentionnées.

Selon l’OMS (2008), le niveau de *spécialisation (versus la médecine générale ou de première ligne)*, et le niveau d’*institutionnalisation (versus ambulatoire)* du système de soins constituent les deux leviers d’action qui pourraient permettre de décrire clairement le contexte organisationnel sanitaire des pays. Le degré de spécialisation renseigne sur la façon dont les ressources et les services sont spécialisés dans le système. On l’oppose généralement au niveau de médecine générale. Le degré d’institutionnalisation représente la capacité du système de soins à fournir des services dans une institution ou un établissement de santé. Le caractère institutionnel s’oppose au caractère ambulatoire, autrement dit à la volonté du système d’offrir des soins et services en ambulatoire. Les soins « ambulatoires » ou « de ville », ou soins « hors hospitaliers » se distinguent des soins offerts à des patients admis dans toute institution sanitaire (hôpital).

2.4 Synthèse de la littérature

Il ressort de la littérature que le financement et la performance sont des notions composées de plusieurs éléments (fonctions ou dimensions) tous inter-reliés. Seules les mesures multidimensionnelles s’avèrent les plus à même de les décrire adéquatement.

La littérature sur le financement montre que l’argent affecté au système de soins circule à travers les processus de prélèvement, de stockage, d’allocation et de paiement. Mieux le comprendre afin d’apprécier son influence sur la performance des systèmes de soins nécessite, dans un premier temps, l’examen des interactions complexes entre ces quatre

processus (appelés communément fonctions) ; dans un deuxième temps, la description globale multidimensionnelle ou intégrée de la performance des systèmes de soins ; et dans un troisième temps, l'appréciation du rôle modérateur ou confondant des facteurs contextuels organisationnels (sanitaires et non sanitaires) dans la relation entre le financement et la performance.

Chapitre 3 : Modèle conceptuel

Le modèle conceptuel d'analyse présenté ici sert à mieux comprendre le lien entre le financement et la performance compte tenu du contexte organisationnel. Nous adoptons dans cette étude une approche holistique qui considère les concepts de financement et de performance de façon multidimensionnelle. Ainsi donc, l'approche utilisée se fonde sur une vision configurationnelle des organisations.

Avant de présenter le modèle conceptuel de référence de cette thèse, il est opportun de rappeler les fondements de l'approche configurationnelle sur laquelle notre réflexion s'appuie.

3.1 L'approche configurationnelle

La littérature met en évidence deux grandes approches ou façons de concevoir et d'analyser les organisations : l'approche de contingence et l'approche configurationnelle. Ces approches sont susceptibles de dicter la conduite à tenir et les procédures à mettre en place afin d'opérer d'éventuels changements au sein des organisations. Le tableau 3.1 extrait de la synthèse réalisée par Nathalie Couillard inspirée de Meyer et al. (1993) présente une analyse comparée des deux approches.

L'approche de contingence considère les organisations comme faiblement intégrées (*loosely coupled*) et possédant des caractéristiques indépendantes les unes des autres. Elle veut isoler les effets de chacune des caractéristiques en séparant les parties d'une organisation du tout et en les analysant individuellement. Dans l'approche de contingence, chaque composante peut être changée ou ajustée marginalement et indépendamment les unes des autres. L'approche postule ainsi une relation causale linéaire unidirectionnelle

entre les caractéristiques organisationnelles et leurs comportements en termes de performance, entre les caractéristiques organisationnelles et l'environnement.

Tableau 3.1 : Analyse comparée de l'approche de contingence et de l'approche configurationnelle

Hypothèse de base	Théorie de contingence	Théorie configurationnelle
Mode d'analyse dominant	Réductionniste ¹	Holistique ²
Cohésion et contraintes du système social	Ensemble de composantes peu reliées entre elles	Ensemble de composantes fortement reliées entre elles
Relations entre attributs	Unidirectionnelles et linéaires ³	Réciproques et non linéaires
Hypothèse d'équilibre	Équilibre quasi stationnaire	Équilibre ponctuel
Mode de changement principal	Par incrément	Discontinu
Distribution temporelle du changement	Progression continue	Poussées épisodiques
Hypothèses d'efficacité	Déterminé par le contexte situationnel	Équifinalité ⁴

1 Réductionnisme : approche voulant que l'on cherche à comprendre le comportement d'une entité sociale en analysant ses composantes de façon séparée.

2 Approche holistique : approche voulant que les composantes d'une entité sociale prennent leur sens en considération de l'ensemble de celles-ci et ne puissent être comprises par l'analyse en isolation.

3 Relation linéaire : relation de cause à effet proportionnelle (une petite action engendre une petite réaction).

4 Équifinalité : concept voulant que différentes formes configurationnelles soient aussi efficaces l'une que l'autre. Il n'y a pas qu'une seule bonne forme de succès (*not only one best way*).

Source : Synthèse Nathalie Couillard, inspirée de Meyer et al. (1993)

Par ailleurs, dans une approche configurationnelle, les parties de l'entité sociale prennent leur signification à partir de l'ensemble et ne peuvent être comprises séparément. Contrairement à une approche de contingence, elle permet de cerner/créer les modèles d'organisation par la cohérence existant entre les différentes entités.

Les chercheurs qui prônent une vision configurationnelle s'intéressent à mettre en évidence le rôle des interactions entre composantes de l'organisation. Les analyses portent souvent,

soit sur les relations fonctionnelles (ou dysfonctionnelles) entre la totalité (du système) et les parties ou composantes de celui-ci (Gouldner 1959) ; soit sur les mouvements de contradiction ou de renforcement de forces ou d'impératifs qui finissent par constituer des configurations plus ou moins stables (Mintzberg 2000). La vision configurationnelle interprète ainsi le changement comme un résultat d'un manque de cohérence des choix organisationnels.

L'approche configurationnelle consiste donc à considérer toutes les composantes d'une organisation en même temps, de confronter plusieurs discours et présentations de la réalité. Cette « totalité » est à la fois qualitative et quantitative, elle relève d'une phénoménologie de la connaissance plutôt que d'une conception analytique de celle-ci. La méthodologie configurationnelle concerne la démarche, la dynamique de la recherche plutôt qu'un état fini, une « totalité » figée (Kahla 1999). Dans une telle approche, la forme des organisations est circonscrite à partir de caractéristiques conceptuellement distinctes et présentes simultanément. Bien qu'une variété de combinaisons soit envisageable, il ne peut être observé dans les faits qu'un nombre limité de configurations organisationnelles. Ce nombre limité s'expliquerait par la cohérence qui existe entre les différentes caractéristiques de l'organisation (Meyer, Tsui et al. 1993). Cette cohérence rend la configuration empiriquement viable. En outre, dans l'approche configurationnelle, l'organisation est fortement intégrée (*tightly coupled*) et toutes les composantes sont en relation les unes avec les autres. Ainsi, une organisation est comprise par les interactions entre ses composantes, par sa cohérence interne, par la multifinalité ou équifinalité de ses composantes, et enfin par sa capacité d'adaptation ou *fit* avec son contexte ou son environnement. Dans une approche configurationnelle, les relations entre les entités organisationnelles sont causales bidirectionnelles et non linéaires. Les organisations alternent ainsi entre les situations

d'équilibre et de déséquilibre, changent épisodiquement et vivent des périodes ponctuelles de stabilité.

L'approche configurationnelle est divisée en deux grands types d'approches : la typologie et la taxonomie. La typologie est une approche qui consiste à faire émerger des configurations par un ensemble de conceptualisations et de théories, car elle prend sa source des concepts et des intuitions théoriques (Meyer, Tsui et al. 1993). À cause de sa nature et de sa difficulté à être utilisée dans les études empiriques, Doty, Glick et Huber ont essayé de surmonter le problème en mettant en place une autre approche appelée taxonomie. La taxonomie est axée sur une classification empirique et basée sur une analyse multivariée des multiples dimensions qui couvrent des processus, des stratégies et des contextes (Meyer, Tsui et al. 1993). Selon McKelvey (1982), la taxonomie a été construite pour appliquer les techniques quantitatives analytiques aux données formelles afin de produire les configurations de modèles. Partant de plusieurs formes organisationnelles, il est donc possible de construire des groupes homogènes contenant des éléments présentant des caractéristiques voisines (McKelvey 1982; Meyer, Tsui et al. 1993).

L'approche configurationnelle ainsi décrite (Meyer, Tsui et al. 1993) semble assez pertinente pour analyser de façon holistique et multidimensionnelle les notions de financement et de performance dans les systèmes de soins.

3.2 Modèle conceptuel de référence : lien théorique entre les trois concepts clés

D'après l'OMS, une politique de financement des soins repose sur les trois piliers suivants : les objectifs, un cadre descriptif et les facteurs organisationnels contextuels (Aucoin 2007). Les objectifs donnent une orientation à la réforme entreprise par le financement. Ils servent aussi de critères d'évaluation de cette réforme (Aucoin 2007). Selon l'OMS, l'objectif principal d'un système de soins est d'assurer la santé des populations en améliorant sa performance (OMS 2000; Aucoin 2007). Le cadre descriptif, défini à l'aide des quatre fonctions du financement et des interrelations existant entre elles, permet ainsi d'analyser la dynamique du financement (Aucoin 2007). Enfin, les facteurs organisationnels contextuels permettent une analyse spécifique et réaliste de la situation.

A l'exception du PIB (Produit Intérieur Brut) comme élément contextuel non sanitaire, seuls les éléments du contextuel organisationnel sanitaire seront pris en compte dans cette recherche. Les autres facteurs non sanitaires ne sont pas pris en compte à cause des difficultés empiriques à obtenir des données quantitatives fiables et valides les mesurant.

Le modèle de référence du lien entre le financement et la performance compte tenu du contexte organisationnel que nous utilisons dans cette thèse s'inspire du modèle de système d'action relationnel proposé à l'origine par Donabedian (1966, 1968, 1973, 1980, 1988, 1992). Ce modèle met en lien les composantes des « structures », les « processus » et les « résultats » dans la compréhension de la dynamique des systèmes de soins autour de la triade *financement-contexte organisationnel-performance*. Le postulat qui sous-tend un tel modèle est que les « structures » (ressources disponibles), offrent des « processus » (forme organisationnelle des soins), pour garantir de meilleurs « résultats » (performance) (Donabedian 1966; Donabedian 1968; Donabedian 1973). Toutefois, contrairement à

plusieurs auteurs qui imputent un caractère linéaire à la relation entre ces trois composantes, le modèle de référence proposé dans cette thèse s'appuie plutôt sur une **conception non linéaire de la logique** existant entre les structures, processus et résultats (Donabedian 1980; Donabedian 1988; Donabedian 1992).

Ainsi, il postule que les « structures », décrites ici à travers le financement, influencent les « résultats » en termes de performance compte tenu des caractéristiques organisationnelles sanitaires (« processus ») (Inspiré de Donabedian 1992).

Le financement, qui est l'un des déterminants majeurs de la performance des systèmes de soins (OMS 2000), représente l'ensemble des processus mis en place pour collecter les fonds (prélèvement), les mettre en commun (stockage), les injecter dans le système de soins (allocation) et enfin rétribuer les professionnels ainsi que les établissements de santé (paiement) (Mossialos, Dixon et al. 2002; Lamarche 2008).

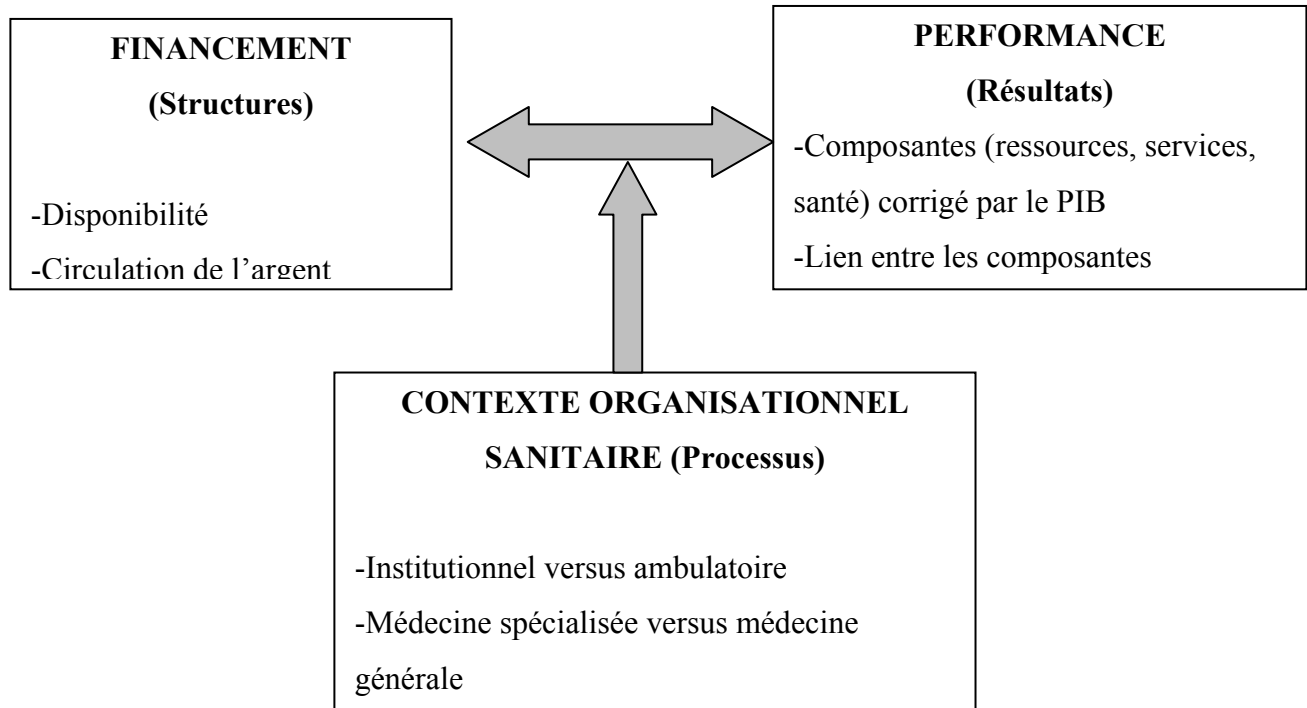
La performance des systèmes de soins, quant à elle, renvoie au degré d'atteinte simultanée d'un niveau élevé de résultats de santé et de production de services de qualité compte tenu des ressources mobilisées et des efforts fournis (Donabedian 1992). Ces derniers définissent les liens d'interdépendance existant entre les ressources mobilisées, les services produits et les résultats de santé atteints. Son analyse nécessite un contrôle systématique des indicateurs qui la définissent avec la richesse (PIB) du pays.

Le contexte organisationnel sanitaire indique la façon dont le système de soins est organisé. Les deux leviers d'action que l'on pourrait prioritairement mentionner pour décrire explicitement l'organisation des soins sont, comme le mentionne l'OMS (2008) : l'institutionnalisation et la spécialisation. Le premier représente la place de l'hôpital dans le système de soins. Il met en opposition le caractère institutionnel et ambulatoire du système de soins. Le second renseigne sur la place de la spécialisation dans le système de soins. Il

met en opposition le degré de spécialisation et de médecine générale existant dans le système.

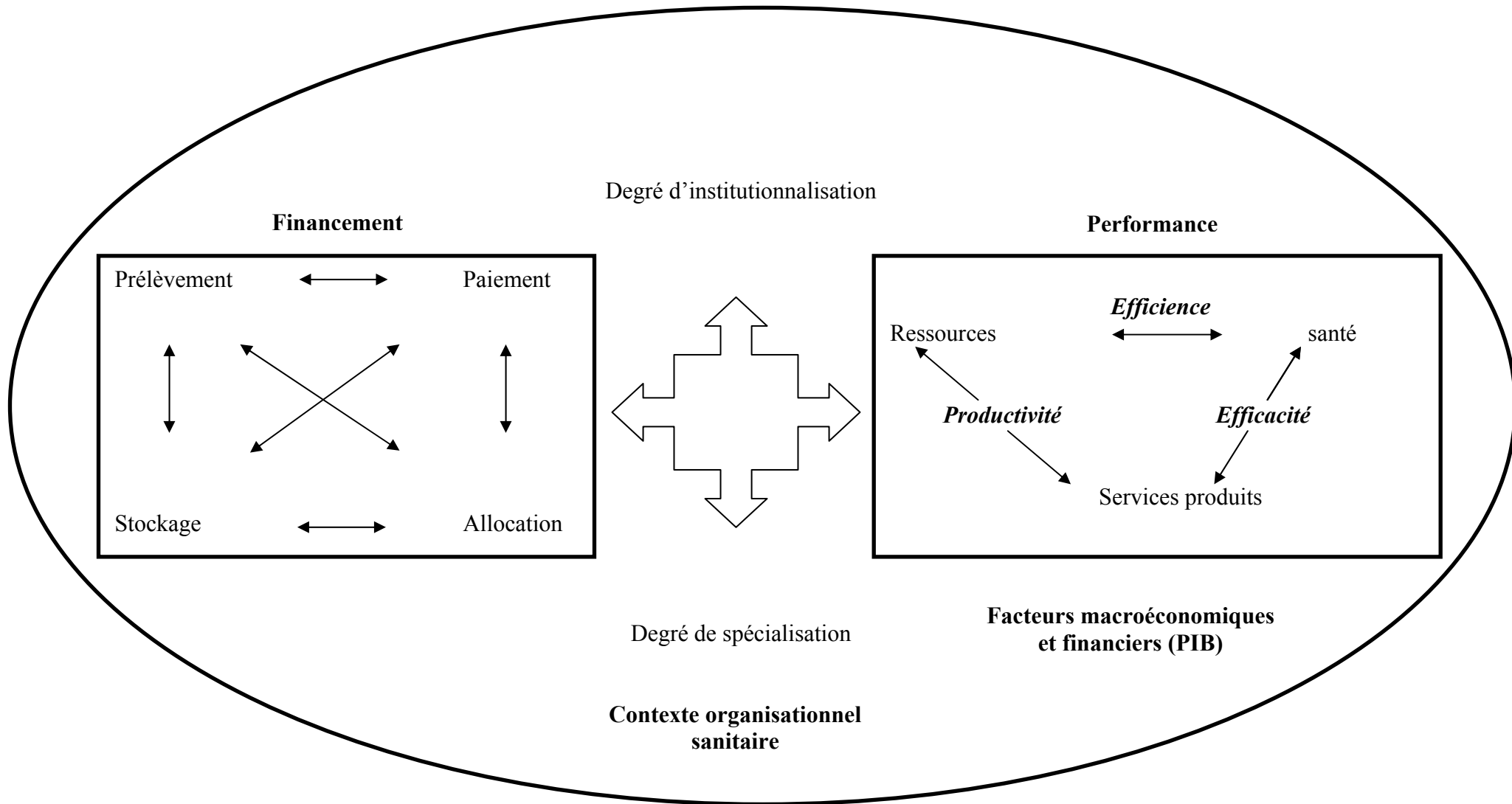
La figure 3.1 présente le modèle conceptuel qui guidera notre réflexion dans cette thèse.

Figure 3.1 : Modèle conceptuel de la thèse



La figure 3.2 ci-après présente un modèle conceptuel plus détaillé de l'analyse de l'influence du financement sur la performance des systèmes de soins en tenant compte des caractéristiques du contexte organisationnel. Cette schématisation détaillée a été réalisée grâce aux cadres théoriques d'Evans (2000, 2002) et de Donadedian (1980, 1992) précédemment définis évoluant dans un contexte organisationnel donné.

Figure 3.2 : Modèle conceptuel détaillé de l'analyse du lien entre le financement et la performance compte tenu des facteurs contextuels organisationnels



3.3 Questions de recherche

L'opérationnalisation du modèle conceptuel de référence proposé à la section précédente s'articule autour des trois questions suivantes :

- 1- Comment se caractérise le financement des soins des pays à revenu élevé ? Quels en sont les modèles (configurations) émergents ? **(Article 1)**
- 2- Quels sont les niveaux de performance des systèmes de soins de ces mêmes pays ? Quels en sont les profils (configurations) existants ? **(Article 2)**
- 3- Quelles sont les associations possibles existant entre le financement et la performance des systèmes de soins compte tenu des caractéristiques du contexte organisationnel ? **(Article 3).**

Le chapitre 4 qui suit décrit quelques éléments de méthodes qui permettent d'opérationnaliser le modèle conceptuel de référence et de répondre aux questions de recherche posées.

Chapitre 4 : Quelques éléments méthodologiques

Ce chapitre présente uniquement les stratégies et devis de recherche, les stratégies d'analyse, la population d'étude et les considérations éthiques de la recherche. La description complète des variables, des méthodes et outils statistiques sera réalisée dans les chapitres 5, 6 et 7. Ces derniers chapitres présentent sous forme d'articles scientifiques les résultats obtenus issus du développement de chacune des questions de recherche.

4-1 Stratégie et devis de recherche

Deux approches de recherche, articulées autour d'une analyse secondaire des données recueillies de façon transversale, ont été adoptées pour répondre aux questions de recherche découlant des trois objectifs précédents.

Dans un premier temps, une approche transversale comparative proche de l'approche d'expérimentation invoquée avec un devis comparatif post-test seulement avec groupe témoin non équivalent (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005) a été choisie pour faire émerger les différentes configurations de financement (Objectif 1), ainsi que les divers profils de performance existant dans les pays à l'étude (Objectif 2). L'intérêt principal d'une telle stratégie vient du fait qu'il a été impossible pour le chercheur de manipuler ou d'exercer un contrôle sur les variables décrivant le financement ou la performance des systèmes de soins. Du fait que nous sommes dans une logique de comparaison des systèmes de soins de plusieurs pays, le devis comparatif proposé nous a semblé le plus pertinent.

Le biais de sélection qui n'est pas naturellement contrôlé par ce devis semble assez négligeable dans cette recherche. En effet, le choix des pays à étudier a été fait afin de se rapprocher le plus possible de la réalité des pays à revenu élevé. C'est la raison pour laquelle cette recherche a été réalisée sur la quasi-totalité de l'ensemble des pays à revenu

élevé dans le monde. Par ailleurs, les biais d'interaction sélection \times mesure des effets ont été contrôlés dans cette étude. Les indicateurs de mesure de la performance (effets) utilisés sont ceux officiellement validés par les experts des organisations internationales : OMS et OCDE (Blais, Haddad et al. 2001). Plus encore, ces indicateurs de mesure choisis ont été jugés pertinents, exhaustifs et de qualité par les instances nationales de chaque pays. Puisque l'histoire d'un pays pourrait influencer sa façon de financer les soins et le niveau global de performance de son système de soins, le fait de construire diverses configurations de financement et de performance a permis de regrouper les pays similaires et de séparer les pays distincts compte tenu de leur « histoire ». Le biais potentiel d'interaction sélection \times histoire de ce devis de recherche a donc ainsi été contrôlé.

Dans un second temps, bien qu'on se limite à la description des relations apparentes pertinentes, l'approche synthétique comparative (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005) a été choisie comme stratégie de recherche pour analyser le rôle modérateur des caractéristiques du contexte organisationnel dans la relation existant entre le financement et la performance. L'importance d'une telle stratégie de recherche vient du fait qu'elle renforce le pouvoir explicatif de la variabilité du niveau de performance des différents systèmes de soins non seulement par le type de financement (variable indépendante d'intérêt), mais aussi par l'interaction potentielle existant entre le financement et les autres variables (contexte organisationnel sanitaire) à l'étude. Cette stratégie a également aidé à analyser le système de relations d'interdépendance mis à l'épreuve par le modèle théorique de la recherche.

La validité interne de cette approche a été assurée par la qualité, la complexité et l'exhaustivité de l'articulation théorique sur laquelle s'appuie cette recherche. Plus encore, l'utilisation des méthodes d'analyses adéquates telles l'analyse des correspondances

multiples (ACM), la classification hiérarchique ascendante (CHA) (Jambu 1978; Escofier and Pagès 1998; Lebart, Morineau et al. 2000) et l'analyse des associations bivariées (Kutner, Nachtsheim et al. 2004), pour respectivement faire ressortir des configurations (modèles et profils) et examiner les liens entre les composantes du modèle théorique a contribué à accroître la validité de cette approche.

Pour terminer, le caractère transversal de la collecte des données n'a pas permis un suivi des pays étudiés dans le temps (Bousquet, Bousquet et al. 2004). Aussi, les données relatives à la mesure du financement et la performance n'ont pas systématiquement été collectées avec un grand intervalle de temps. Elles semblent donc ne pas permettre une bonne prise en compte de la temporalité dans les analyses. Toutefois, puisque les processus organisationnels (financement et contexte organisationnel) varient très lentement dans le temps, nous nous sommes inspirés, comme le proposent Champagne et collaborateurs, de comparer les différents types de financement des soins de santé par une approche dans laquelle le critère de comparaison est essentiellement empirique et relatif, c'est-à-dire basé sur la performance actuelle des systèmes de soins (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005; Pineault, Levesque et al. 2008).

4-2 Stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse a consisté dans un premier temps à classer les différents pays à l'étude en sous-groupes homogènes selon leur degré de similarité ou de ressemblance en termes de financement des soins (objectif 1). L'analyse des correspondances multiples (ACM) et la classification hiérarchique ascendante (CHA) ont été utilisées à cet effet. Ces méthodes ont pour but de décrire à la fois l'homogénéité (variabilité faible à l'intérieur des groupes) et l'hétérogénéité (variabilité élevée d'un groupe à l'autre) observées dans les

pays à l'étude à l'égard des quatre fonctions qui caractérisent le financement. En effet, elles servent à identifier les groupes homogènes des pays qui présentent une constellation particulière de financement. À notre connaissance, peu ou presque pas d'études ont mis en évidence ces deux méthodes auparavant pour caractériser et opérationnaliser le processus complexe de circulation de l'argent (financement) dans le système de soins des pays à l'étude. La présente étude serait donc parmi les premières du genre.

L'ACM a été effectuée afin de mettre en exergue les liaisons non linéaires entre les fonctions du financement, les modalités de ces fonctions, et aussi à réduire l'information existante sous des espaces factoriels. La CHA pour sa part a permis de construire des partitions ou des typologies de pays selon leur degré de similarité lorsque les quatre fonctions du financement ont été simultanément prises en compte.

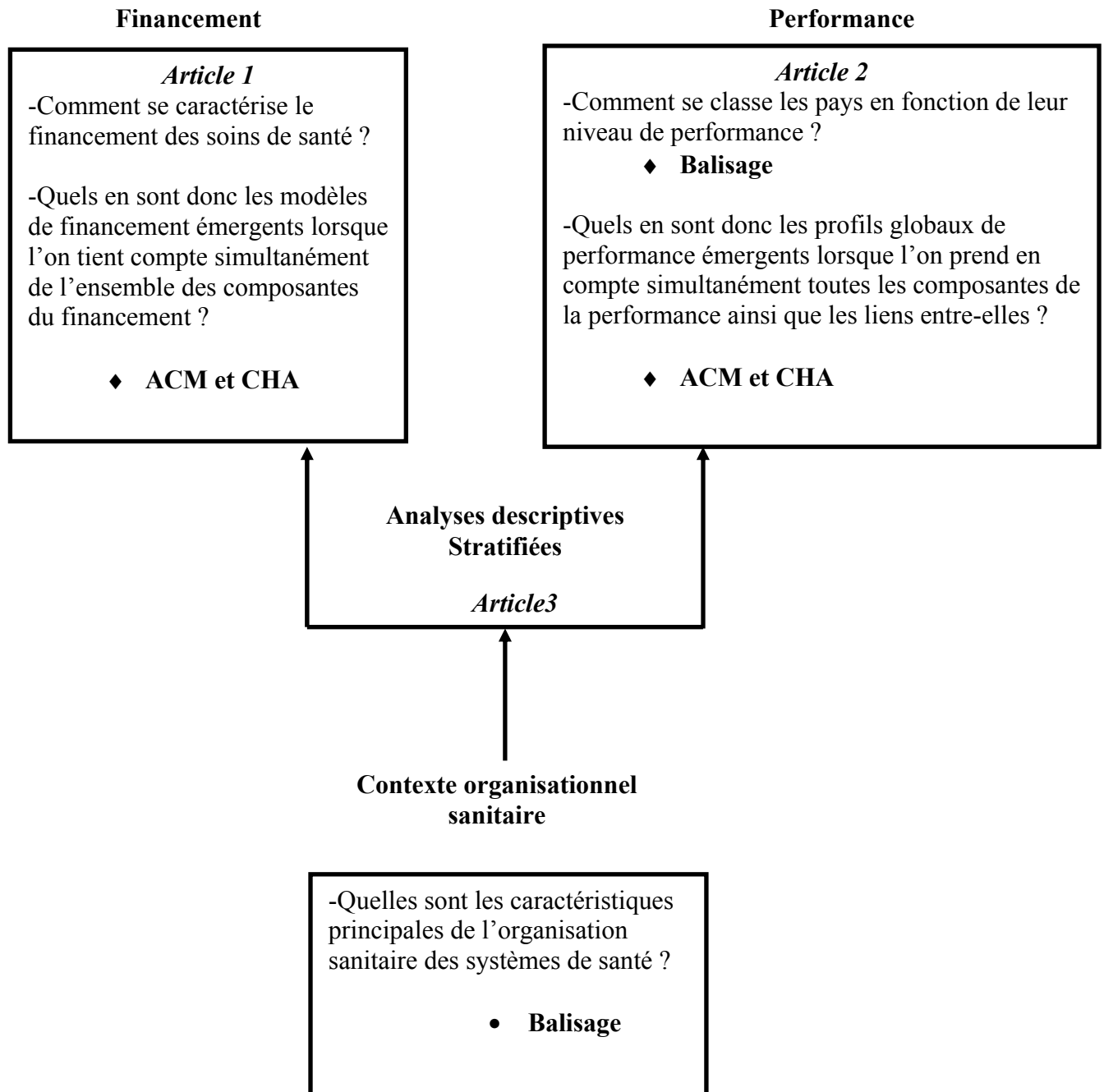
Deuxièmement, un classement des pays en fonction de leur niveau de performance a été établi grâce à la méthode du « balisage » (Levesque, Ouellet et al. 2009). Ensuite, des profils globaux de performance prenant en compte simultanément l'ensemble des composantes de la performance et des liens existant entre elles ont été construits (objectif 2). La méthode du « balisage » a permis de définir des balises ou des seuils de comparaison des niveaux de performance des systèmes de soins des pays en tenant compte des observations empiriques et des normes définies dans la littérature. L'ACM et la CHA ont également servi à construire les profils globaux de performance.

Troisièmement, une analyse descriptive approfondie des liens dans des tableaux croisés stratifiés pour les caractéristiques du contexte sanitaire ont permis de dégager des relations apparentes et pertinentes existantes entre le financement et la performance en tenant compte du pouvoir modérateur de l'organisation des soins (objectif 3). La méthode de « balisage » a également été utile pour la caractérisation des composantes du contexte organisationnel sanitaire.

Les chapitres 5, 6 et 7 (articles 1, 2 et 3) présentent une description détaillée de ces méthodes d'analyse : ACM, CHA, balisage et analyse descriptive approfondie.

La figure 4.1 suivante décrit les stratégies générale d'analyse utilisée dans cette recherche.

Figure 4.1: Démarche générale d'analyse



4-3 Population à l'étude

Les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique) constituent la population ciblée dans cette recherche.

L'OCDE est un groupe de pays qui partage les mêmes idées, car pour en devenir membre, un pays doit essentiellement être attaché aux principes de l'économie de marché et de la démocratie pluraliste. L'OCDE est « riche » en ce sens que ses membres produisent presque 60 % des biens et services du monde. Les pays membres actuels sont : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, Corée du Sud, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Slovaquie, Slovénie, République tchèque, Royaume-Uni, Suède, Suisse et Turquie. La figure 4.2 schématise la localisation de ces pays sur la carte du monde (www.SourceOCDE.org).

L'OCDE est un forum unique au sein duquel les gouvernements de 33 démocraties de marché œuvrent de concert pour relever les défis économiques, sociaux et de gouvernance liés à la mondialisation, ainsi que pour tirer parti des possibilités qu'elle offre (www.oecd.org/apropos). L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière d'action publique, de chercher des réponses à des problèmes communs, de déterminer les bonnes pratiques et de coordonner leurs politiques nationales et internationales. Elle élabore des instruments, des décisions et des recommandations reconnus au niveau international dans des domaines où des accords multilatéraux s'imposent pour que les pays puissent progresser dans une économie mondialisée (www.SourceOCDE.org).

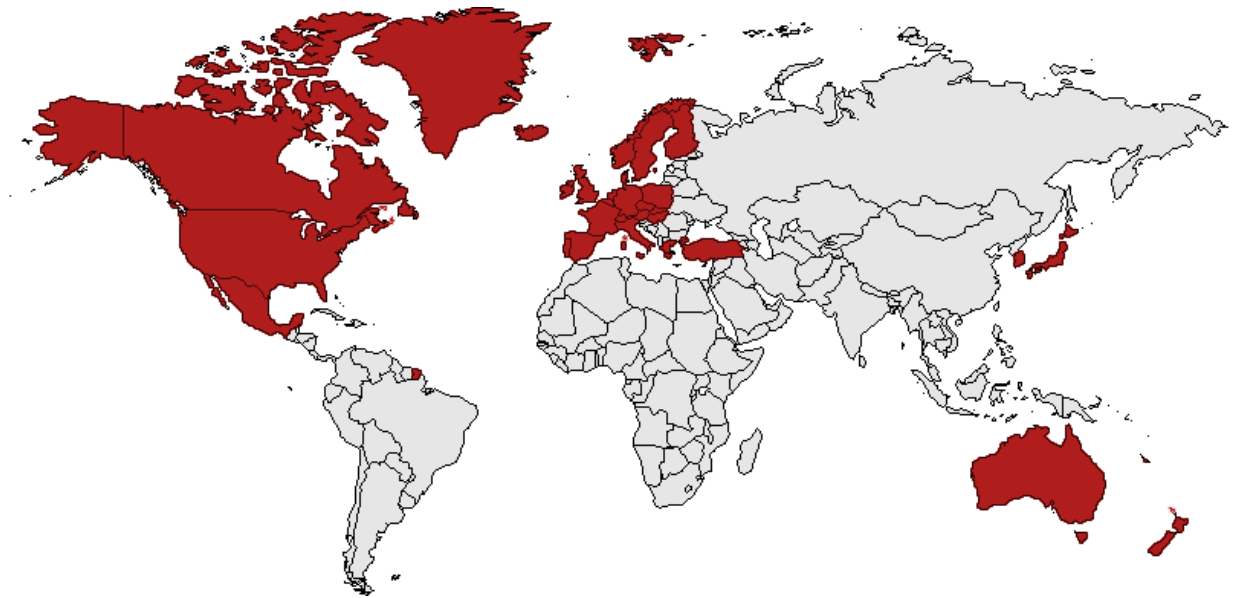
Depuis plus de 40 ans, l'OCDE est l'une des sources de données statistiques, économiques et sociales comparables les plus importantes et les plus fiables au monde. Ses bases de

données couvrent des domaines aussi divers que les comptes nationaux, les indicateurs économiques, la population active, les échanges, l'emploi, les migrations, l'éducation, l'énergie, la santé, ou encore l'environnement. Une grande partie de ses recherches et analyses est publiée. En collaboration avec des statisticiens de pays membres et d'autres organisations internationales, l'OCDE a joué un rôle majeur dans la mise au point de nouveaux systèmes de données répondant aux nouvelles préoccupations des pouvoirs publics et aux besoins des utilisateurs. Ses données sont normalisées pour être comparables au plan international, et sont publiées sous forme imprimée et électronique.(www.oecd.org/statistique).

Dans le cadre de cette recherche, les analyses ont été menées sur 27 pays de l'OCDE à revenu élevé d'après la Banque Mondiale. Selon cette dernière, trois groupes de pays existent dans le monde selon leur niveau de revenu national brut par habitant (RNB par habitant) : faible revenu, 975 dollars US ou moins ; revenu intermédiaire (revenu moyen inférieur, de 976 à 3 855 dollars US ; revenu moyen supérieur, 3 856 à 11 905 dollars US); et revenu élevé, supérieur à 11 906 dollars US.

Puisque le Mexique, la Pologne et la Turquie sont classés parmi les pays à revenu intermédiaire par la banque mondiale ; et que le Chili, l'Israël et la Slovénie ont intégré l'OCDE seulement en 2010, ces pays n'ont pas été intégrés dans cette étude. L'intérêt de retenir les 27 pays vient du fait qu'ils soient tous socio économiquement comparables d'une part, et bien représentatifs de l'ensemble des pays à revenu élevé dans le monde (Contandriopoulos, Denis et al. 2000) d'autre part (World Bank 2008).

Figure 4.2: Localisation des pays de l'OCDE étudiés sur la carte du monde



Source : OCDE

4-4 Les considérations éthiques

Cette thèse repose sur une analyse secondaire des données collectées par les offices de statistiques des 27 pays étudiés et compilées par l'OCDE et l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé). Conformément aux lois en vigueur dans tous ces pays, toutes les études ayant contribué à la collecte de ces informations ont été approuvées par les comités éthiques des différents pays. Par ailleurs, en ce qui concerne la confidentialité et l'anonymat, les données utilisées dans ce projet sont toutes publiques et accessibles à tous : soit gratuitement sur les sites internet officiels des organismes internationaux OMS et OCDE ; soit moyennant un abonnement ou un achat direct à l'IRDES du logiciel Eco Santé contenant toutes les statistiques. Aucune donnée reliée à un individu dans un pays donné n'a pu être utilisée car les informations recueillis ne permettent pas de les avoir. Enfin, étant donné le risque minimal de cette recherche pour la santé des individus, le comité éthique de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM) a jugé qu'une évaluation éthique n'est pas requise (voir annexe 5).

Chapitre 5 : Taxonomie du financement des soins :

Analyse de 27 pays de l'OCDE (Article 1)

Tchouaket N. Éric, MS.c¹, Lamarche A. Paul, Ph.D¹, Goulet Lise, M.D. Ph.D²,
Contandriopoulos, A-P, Ph.D¹

¹Université de Montréal, École de santé publique, Département d'administration de la santé

²Université de Montréal, École de santé publique, Département de Médecine Sociale et Préventive

Résumé

Contexte: Le financement des soins est au cœur des débats dans tous les pays du monde. Jusqu'ici, la plupart des études sur le financement de soins portent principalement sur le processus de collecte de fonds. Et pourtant, trois autres processus et fonctions essentielles du financement existent : la mise en commun des fonds collectés, la répartition des fonds collectés et stockés, et le paiement des professionnels et des établissements de santé. Ainsi, la prise en compte simultanée de toutes ces fonctions permet une meilleure compréhension du processus de circulation de l'argent dans le système de soins. Cet article présente une taxonomie du financement des soins. Il propose une reconceptualisation empirique du financement en faisant émerger des modèles qui tiennent compte simultanément de ces quatre fonctions.

Méthodes: Les analyses ont été effectuées sur des données collectées auprès des 27 pays de l'OCDE à revenu élevé. Les rapports *Health Care in Transition* des pays (1996-2007) ainsi que la banque de données *Eco-Santé OCDE 2007* ont été principalement utilisées pour la collecte des données. Les analyses de correspondance et la classification hiérarchique ascendante ont permis de faire émerger les modèles de financement existant dans les pays étudiés.

Résultats: Il existe une grande variation entre les pays en termes de processus de collecte des fonds, de leur mise en commun, de leur allocation et du paiement des professionnels et établissements de santé. Ces variations ont fait émerger cinq modèles : *collectif, individuel, mixte-centralisé, mixte-régionalisé et mixte-localisé*. Ces modèles distincts et homogènes émergeant des pays étudiés se distinguent les uns des autres en fonction de la cohérence existante entre les quatre fonctions du financement.

Conclusions: Les modèles développés donnent un portrait plus complet du processus de financement des soins. Ils permettent une compréhension de la cohérence interne existante entre les fonctions du financement. L'analyse de leur niveau de performance dans des contextes particuliers aiderait à effectuer des transformations adéquates afin d'améliorer le niveau de performance des systèmes de soins.

Mots clés: systèmes de soins, financement, taxonomie, OCDE, modèles.

5.1 Introduction

Le financement est une notion difficile à cerner qui prend des sens variés dans des domaines tels l'économie, la finance et la gestion financière, l'assurance, la politique et la santé (OQLF). Allant au-delà de la conception traditionnelle de collecte de l'argent (prélèvement), le financement des soins intègre également la façon dont les fonds collectés sont mis en commun (stockage), alloués (allocation) et attribués aux professionnels et établissements de santé (paiement) (Contandriopoulos, Robert et al. 2008; Lamarche and Trigub-Clover 2008). Cette conception s'appuie sur le cycle complexe de circulation de l'argent dans le système de soins décrit par Evans (1984, 2000, 2002). Bien que le financement des soins de santé soit connu et compris théoriquement comme un processus mettant en interrelation les fonctions prélèvement, stockage, allocation et paiement (Evans 1984; Evans 2000; OMS 2000; Evans 2002; Lamarche and Trigub-Clover 2008), très peu d'études jusqu'ici ne l'ont jamais analysé empiriquement en intégrant simultanément ces quatre fonctions. Plus encore, les diverses comparaisons internationales en matière de financement des soins présentes dans la littérature s'appuient uniquement sur le processus de collecte de l'argent dans le système (OMS 2000; Castonguay, Castonguay et al. 2007). En s'inscrivant dans le courant de recherche sur le financement des soins de santé et conscient de ce manquement empirique, cet article a pour but de faire ressortir les différents configurations ou modèles de financement existant dans les systèmes de soins des pays à revenu élevé en tenant compte simultanément des quatre fonctions prélèvement, stockage, allocation et paiement ainsi que des liens existant entre elles.

Deux objectifs sont poursuivis dans cette recherche : 1) faire ressortir des profils pour chacune des quatre fonctions de financement: prélèvement, stockage, allocation et paiement ; 2) développer une taxonomie des modèles de financement en tenant compte

simultanément des profils issus des quatre fonctions ainsi que des interrelations existant entre elles.

Les connaissances issues de cet article informent sur les différents modèles de financement des soins présents dans les systèmes de soins de santé des pays à revenu élevé, facilitent des études futures sur l'identification des modèles de financement les plus performant, et ce, dans divers contextes. Enfin, les résultats obtenus mettent l'accent sur la cohérence entre les fonctions pendant un processus éventuel de changement ou de transformation du financement des soins.

5.2 Cadre théorique de référence et d'analyse

Le cadre choisi pour l'élaboration de la taxonomie du financement des soins de santé est celui issu de la description du processus de circulation de l'argent dans le système de soins développé par Robert Evans (1984, 2000, 2002). La figure 5.1 (voir figure 2.1 p.13) présente schématiquement le cadre de référence et illustre les différents flux et les fonctions principales du financement des soins.

En effet, les fonds sont collectés auprès des usagers (ménages et organisations) par l'entremise des cotisations obligatoires ou volontaires. Les cotisations obligatoires se font soit par le moyen des impôts et taxes soit par le moyen des déductions sur le salaire des travailleurs pour contribuer comme primes à une assurance obligatoire de type sécurité sociale. Les cotisations volontaires sont parfois des contributions directes des ménages à leur santé ou des primes payées par ceux-ci pour une assurance privée. Une fois la collecte terminée, les fonds sont mis en commun auprès de : l'administration centrale du pays (nationale, fédérale) ; l'administration subnationale (provinces ou États) ; les municipalités, les régions, les cantons; ou aussi auprès des assurances privées et des ménages eux-mêmes.

Cette mise en commun contribue à déterminer la population couverte ainsi que les biens et services médicaux couverts. Après la mise en commun, les fonds sont ensuite repartis en enveloppes, projets ou programmes relatifs aux problèmes particuliers de santé. Enfin, tous les prestataires de soins (professionnels et établissements) sont rétribués pour qu'ils assurent des soins de qualité. Puisque les prestataires font partie eux-mêmes des usagers, le processus de circulation de l'argent rejoint son point de départ et le cycle recommence.

Figure 5.1 : Flux et fonctions principales du financement des soins (voir figure 2.1)

Le processus de circulation de l'argent ainsi défini par Evans est en perpétuel mouvement, car une rétroaction existe entre le point de départ et le point de fin du processus. Ce cadre se démarque des autres par le fait qu'il décrit le processus de financement des soins de santé non pas par sa conception traditionnelle qui repose uniquement sur le processus de collecte des fonds, mais plutôt par les processus de mise en commun des fonds collectés, de répartition de ces fonds et de rétribution des prestataires de soins. Tous ces processus agissent simultanément avec le processus de collecte pour décrire la circulation de l'argent dans les systèmes de soins de santé.

Bien que ce cadre soit bien connu sur le plan théorique et surtout très cité dans la littérature sur le financement (OMS 2000; Beresniack and Duru 2001; Mossialos, Dixon et al. 2002), il n'a jusqu'ici jamais fait l'objet d'une opérationnalisation dans une étude empirique comparative comme celle-ci.

5.3 Méthodes

5.3.1 Stratégie de recherche et données utilisées

La présente étude est une étude transversale comparative des pays à revenu élevé. 27 des 33 pays de l'OCDE à revenu élevé constituent la population d'étude, exception étant faite du Mexique, de la Pologne et de la Turquie, qui sont considérés comme des pays à revenu intermédiaire (World Bank 2008); et de l'Israël, le Chili et la Slovénie qui ont rejoint l'OCDE en 2010. Le choix de ces pays repose sur leur comparabilité au plan socioéconomique et aussi sur leur représentativité de l'ensemble des pays à revenu élevé dans le monde. Les données utilisées proviennent directement de l'analyse des rapports *Health Care in Transition* (1996-2006) de chaque pays produits annuellement par l'observation de l'OMS Europe (la liste complète des auteurs de ces rapports est en appendix 5.1). Ces rapports décrivent le fonctionnement complet des systèmes de santé, leur organisation, les réformes entreprises et à venir, le processus de financement et également quelques résultats en matière de santé dans les pays. La Grèce, la Corée du Sud et les Etats-Unis n'avaient pas à date de rapport *Health Care in Transition*. Toutefois, les rapports *Social Policy developments in Greece* (Petmesidou and Mossialos 2006), *Comparative Health policy in the Asia-Pacific* (Kwon Soonman 2005) et, *An Introduction to the US Health Care System* (Jonas, Goldsteen et al. 2007) à caractère public qui décrivent assez clairement le fonctionnement de chacun des systèmes de santé de ces trois pays ont été utilisées. Pour des fins de triangulation, les informations de ces rapports ont été complétées par : des statistiques de la banque de données Eco-Santé (OECD 2007) ; des statistiques de l'OMS ; des données en provenance de quatre rapports scientifiques traitant de l'organisation et du financement des systèmes de santé grec, américain et sud-coréen (Liaropoulos and Kaitelidou 2000; Duhamel 2002; OCDE 2002; Docteur and Oxley 2003).

Ces rapports ont été produits à l'aide des informations collectées par les autorités de chacun de ces pays.

Eco-Santé OCDE est une banque de données produite annuellement et conjointement par l'OCDE et l'IRDES contenant des statistiques sur le système de santé des 30 pays membres. Cette banque permet une comparaison de la situation sanitaire des pays membres en mettant l'accent sur les données relatives à l'état de santé de la population, aux ressources ambulatoires et hospitalières et leur utilisation, au financement du système de santé, aux données macroéconomiques, et à la satisfaction des patients dans le système de santé.

5.3.2 Description et mesure opérationnelle des variables

Le tableau 5.1 présente la liste complète des données ainsi que des sources de collecte utilisées pour l'opérationnalisation du processus de financement, ce dernier étant défini selon le cadre de référence d'Evans caractérisé par les liens entre les quatre fonctions : prélèvement, stockage, allocation et paiement.

Prélèvement

La fonction *prélèvement* décrit le processus de collecte de l'argent ou des fonds à intégrer dans le système de soins de santé. Après une revue de la littérature grise et scientifique au moyen des rapports des organismes internationaux et des moteurs de recherche électronique MedLine et Cinahl (en utilisant les mots clés: *collection of fund; funding; financing; health care*), quatre sous-dimensions ou mécanismes ont été mises en évidence pour décrire entièrement cette fonction : *prélèvement public d'administration, public assurantiel, privé assurantiel et privé direct*.

Tableau 5.1 : Méthodes et sources des données collectées

Financement	Données à collecter	Méthodes de collecte	de Sources de collecte
Prélèvement	Dépenses publiques de santé Dépenses privées de santé Dépenses d'administration Dépenses de sécurité sociale Contribution des ménages Dépenses des assurances privées	Analyse documentaire	Eco-Santé OCDE Statistiques OMS
Stockage	Centralité du stockage Population couverte par une assurance quelconque Biens et services médicaux couverts par le public	Analyse documentaire	Rapports <i>Health Care in Transition</i> Eco-Santé OCDE
Allocation	Lieu de prise de décision Base de l'allocation	Analyse documentaire	Rapports <i>Health Care in Transition</i> Eco-Santé OCDE
Paiement	Médecins rémunérés à l'acte, capitation, salaire Hôpitaux rétribués à budget global, DRG, prix de la journée	Analyse documentaire	Rapports <i>Health Care in Transition</i> Eco-Santé OCDE

Le mécanisme de collecte de type *public d'administration* fait référence à des cotisations obligatoires principalement par les impôts et taxes. Il est généralement mesuré par le pourcentage des dépenses gouvernementales d'administration dans les dépenses publiques de santé. Le *prélèvement public assurantiel* indique des cotisations obligatoires effectuées par les travailleurs par des primes directement prélevées sur les salaires. Il est mesuré par le pourcentage des dépenses d'assurance sociale dans les dépenses publiques de santé. Le *privé assurantiel* renseigne sur les cotisations privées volontaires effectuées par les ménages dans le but de souscrire à une assurance privée. Il est mesuré en général par le pourcentage des dépenses privées d'assurance dans les dépenses privées de santé. Enfin, le mécanisme *privé direct* fait allusion aux versements directs effectués par les ménages pour

obtenir un service médical (paiement direct). Il est mesuré en général par le pourcentage des cotisations directes des ménages dans les dépenses privées de santé.

Quant à l'attribution des codes pour la mesure de cette fonction, dans un premier temps le caractère public, privé et mixte de la collecte des ressources a été mesuré à l'aide du pourcentage des dépenses publiques dans les dépenses de santé (pDPU) et le pourcentage des dépenses privées dans les dépenses de santé (pDPR).

Lorsque le pDPU était supérieur ou égal à 80 %, trois cas de figure pouvaient se présenter:

1) lorsque plus de 60 % des DPU étaient payées par les impôts et taxes, le prélèvement était considéré comme *public d'administration* ; 2) lorsque plus de 60 % des DPU étaient payées par les primes prélevées auprès des travailleurs, le prélèvement était considéré comme *public assurantiel* ; 3) lorsque le pDPU payé par les impôts et le pDPU payé par les primes étaient tous deux inférieurs à 60 %, le prélèvement était considéré comme uniquement *public*.

Par ailleurs, lorsque le pDPR était supérieur à 80 %, trois cas de figure pouvaient se présenter : 1) lorsque plus de 60 % des DPR étaient payées par les cotisations assurantielles privées, le prélèvement était considéré comme *privé assurantiel* ; 2) lorsque plus de 60 % des DPR étaient payées par les versements ou paiements directs des ménages, le prélèvement était considéré comme *privé direct* ; 3) lorsque le pDPU payé par les impôts et le pDPR payé par les primes étaient tous deux inférieurs à 60 %, le prélèvement était considéré uniquement comme *privé*.

Enfin, lorsque le pDPU était inférieur à 80 % et le pDPR compris entre 20 % (inclus) et 80 % (exclus), le prélèvement a été considéré comme public-privé dit mixte. Cinq situations pouvaient se présenter : 1) lorsque plus 60 % des DPU étaient payées par les impôts et taxes, le prélèvement été considéré comme *mixte à dominance publique d'administration* ; 2) lorsque plus 60 % des DPU étaient payées par les primes, le

prélèvement été considéré comme *mixte à dominance publique assurantielle* ; 3) lorsque plus 60 % des DPR étaient payées par les cotisations assurantielles volontaires, le prélèvement été considéré comme *mixte à dominance privée assurantielle* ; 4) lorsque plus 60 % des DPR étaient payées par les versements directs, le prélèvement été considéré comme *mixte à dominance privée directe* ; 5) lorsqu'aucune des 4 situations précédentes ne se présentait, le prélèvement était considéré uniquement comme *public-privé* autrement dit *mixte*.

Stockage

La fonction *stockage* définit le processus de mise en commun des fonds prélevés pour une couverture totale ou partielle de la population et des biens et services médicaux. De même que précédemment, une revue de la littérature grise et scientifique (grâce aux mêmes moteurs électroniques de recherche et des mots clés comme *stock* et *pooling*) a permis de définir deux questions majeures pour décrire cette fonction : qui stocke ? Pour qui stocke-t-il ? Les réponses à ces questions ont permis de définir les deux sous-dimensions du stockage suivantes: *niveau de centralité* du stockage pour la première question ; et *l'universalité et la globalité* pour la deuxième. Le niveau de centralité fait référence au caractère macroscopique, mésoscopique et microscopique du stockage. En effet, le niveau *macro* fait référence à un stockage effectué par le gouvernement fédéral ou central à l'échelle nationale du pays. Le niveau *méso* renseigne sur un stockage effectué à l'échelle subnationale par les autorités de ce niveau. Enfin, le niveau *micro* fait allusion à une mise en commun par les compagnies d'assurance privées ou par les ménages eux-mêmes.

Les codes *national*, *subnational* ou *local* caractérisant le niveau de centralité dominant du processus de stockage ont été attribués au moyen d'une analyse documentaire des rapports *Health Care in Transition*. Bien qu'il n'existe pas de niveau unique de stockage à l'intérieur des pays, l'interprétation de la documentation a permis de faire ressortir le

niveau le plus dominant généralement mis en avant dans la description du processus de mise en commun des ressources collectées dans le pays.

Par ailleurs, l'universalité fait référence à la population bénéficiant d'une couverture maladie quelconque (publique ou privée). Elle a été mesurée par le pourcentage de la population ayant une couverture assurantielle publique ou privée. Lorsque le pourcentage de la population bénéficiant d'une assurance maladie était supérieur ou égal à 90 %, alors cette sous-dimension était considérée comme *universelle* ; sinon (pourcentage inférieur à 90 %), la sous-dimension était observée comme *non universelle*.

Enfin, la globalité renseigne sur l'ensemble des biens et soins médicaux (médicaments, soins hospitaliers et soins ambulatoires) couverts par une assurance obligatoire. Elle a été mesurée par la proportion de ces biens et services couverte par l'assurance obligatoire. Le caractère *global* du stockage a été observé lorsque le pourcentage des biens et services médicaux couverts par une assurance obligatoire était supérieur ou égal à 90 % ; sinon (pourcentage inférieur à 90 %), il a été considéré comme *partiel*.

Allocation

La fonction *allocation* renseigne sur la façon dont les fonds collectés et stockés sont répartis à travers le système de soins. Une analyse de la littérature grise et scientifique (mots clés : *allocation, distribution*) a permis de regrouper les informations en deux sous-dimensions pour caractériser cette fonction : le *lieu de prise de décision* et la *base d'allocation*. Le lieu de prise de décision fait référence à la centralisation et à la décentralisation de l'allocation. La centralisation ou l'allocation centralisée fait référence aux décisions de répartition et d'attribution des fonds prises au niveau national (échelle pays). La décentralisation se subdivise en deux types : la régionalisation et la localisation. La régionalisation ou l'allocation régionalisée indique une prise de décision de répartition des fonds par les autorités de chacune des provinces ou des États fédérés. La localisation ou

l'allocation localisée fait allusion à la prise de décision de répartition des fonds au niveau des municipalités, des cantons, des assurances privées et des ménages. Les codes *centralisé, régionalisé et localisé* attribués par l'analyse documentaire des rapports *Health Care in Transition* ont permis d'opérationnaliser cette sous-dimension. La prise de décision étant généralement faite à plusieurs niveaux, seul le niveau où les programmes et projets liés à la santé sont définis et effectivement mis en place a été considéré comme lieu de prise de décision le plus dominant.

La base de l'allocation, pour sa part, fait référence à la vision de répartition des fonds. Autrement dit, elle a permis de répondre à la question : *vers quoi les fonds collectés et stockés sont-ils alloués en priorité ?* Elle a donc aidé à renseigner sur la vision *verticale* et *horizontale* de l'allocation des ressources. Le caractère *vertical* fait allusion à une orientation des décisions vers des programmes focalisés en priorité sur les biens et services médicaux : achat de nouveaux appareils et médicaments, grande proportion de fonds allouée pour les soins hospitaliers et ambulatoires. La vision *horizontale* fait référence à des décisions orientées en priorité vers des programmes de type populationnel concentrés sur les besoins de la population. Le pourcentage des dépenses de santé allouées pour les problèmes de santé publique selon les priorités de la population (promotion, prévention de la maladie, soins à domicile) (OECD 2007) a permis d'apprécier cette vision horizontale de l'allocation. Lorsque plus de 10 % des dépenses totales étaient attribuées aux programmes et projets globaux d'ordre populationnel, la base a été considérée comme *horizontale* ; sinon, elle était qualifiée de *verticale*. Le seuil de 10 % a été choisi selon l'allure de la courbe de distribution de ce pourcentage dans les 27 pays.

Paielement

La fonction *paielement* renseigne sur le processus de rétribution des professionnels et des établissements de santé. Les différents *modes de rémunération des professionnels de santé*

ainsi que les différents *moyens de rétribution des établissements de santé* sont les éléments recensés dans la littérature grise et scientifique pour décrire cette fonction. Les principaux modes de rémunération des professionnels de santé identifiés sont : l'acte, la capitation, le salaire et la mixité (Fujisawa and Lafortune 2008). Le paiement à l'acte fait référence à la rémunération en fonction des services fournis, de l'activité et du volume d'actes effectués au cours de chaque visite chez le médecin. La capitation, rémunération en fonction de la responsabilité, représente la rémunération forfaitaire selon le nombre de patients pris en charge pendant une période donnée. Le salaire, rémunération en fonction du temps de travail, est la rémunération forfaitaire dans laquelle le revenu est invariant quelque soit l'activité du médecin, du nombre de patients soignés ou de la quantité de services fournis par patient.

Le poids de chacun de ces modes de rémunération a été mesuré par la proportion des médecins dont le mode principal de rémunération est soit l'acte, la capitation, le salaire ou la mixité d'au moins deux des modes précédents.

Au niveau des établissements de santé, les principaux moyens de rétribution sont : le budget global, les *Diagnostic Related Groups* (DRG), le prix de la journée et également le mixte (HOPE 2006; Fujisawa and Lafortune 2008). Le budget global représente la dotation annuelle des établissements d'un budget pour la gestion des activités courantes de l'hôpital. Le DRG ou Groupe Homogène de Malades (GHM) est une méthode de *case-mix* dont le but est de rétribuer les établissements selon les pathologies des malades et les épisodes de soins afin de promouvoir leur responsabilité. Le prix de la journée pour sa part représente une rétribution selon le prix de revient d'un séjour passé à l'hôpital couvrant les frais d'hébergement, les tarifs des soins administrés, les frais des consommables et même les frais de dépendance chez les personnes âgées pendant le séjour à l'hôpital.

Le poids de chacun de ces modes de rétribution a été mesuré par la proportion des établissements dont le mode principal de paiement est soit le budget global, le DRG ou le prix à la journée. Il existe également dans plusieurs établissements une coexistence de différents modes de rétribution précédents, à tel point qu'il est assez difficile de faire ressortir le mode unique de financement de l'hôpital : on parle ainsi de rétribution mixte. Le pourcentage d'établissements rétribués de façon mixte mesure ainsi la mixité du paiement des établissements dans le pays.

Afin d'attribuer des codes pour les modes principaux de rémunération des médecins et de rétribution des établissements de santé, deux groupes de médecins et deux groupes d'établissements ont été distingués comme présenté dans le rapport de Rie Fujisawa & Gaetan Lafortune (2008) sur les médecins et le rapport *HOPE* sur la rétribution des établissements de santé : les médecins en cabinets *self-employed* et ceux en établissements ; les hôpitaux publics et privés. Lorsque plus de 70 % des médecins du pays étaient rémunérés principalement par un mode unique (acte, capitation ou salaire), ce code était attribué ; autrement le code *mixte* lui était assigné. Aussi, lorsque plus de 70 % des établissements étaient rétribués principalement avec un mode unique (budget, DRG ou prix de la journée), ce dernier lui était assigné ; sinon, le code *mixte* était attribué. Le seuil de 70 % a été choisi après une analyse des rapports de Rie Fujisawa & Gaetan Lafortune, du rapport *HOPE*, mais aussi par consensus entre les chercheurs principaux de l'étude.

Les hôpitaux privés étant presque tous rétribués uniquement par le prix de la journée (pas de variabilité entre les pays), seuls les modes de rétribution des établissements publics ont été pris en considération dans la suite de l'analyse.

Le tableau 5.2 présente l'ensemble des codes attribués à chacune des sous-dimensions des quatre fonctions.

5.3.3 Analyse des données

La démarche suivie tout au long de l'analyse des données a été la suivante. Les différentes sous-dimensions qui définissent chacune des fonctions ont été mises ensemble pour construire des configurations de chacune d'elles. L'approche configurationnelle de taxonomie (Meyer, Tsui et al. 1993), opérationnalisée par les analyses de correspondances multiples (ACM) et la classification hiérarchique ascendante (CHA) (Escofier and Pagès 1998; Lebart, Morineau et al. 2000), a été utilisée pour construire le portrait de chacune des fonctions. Les 27 pays étudiés ont ensuite été affectés à chacune de ces configurations selon leur degré de similarité (ou de ressemblance).

Une fois les portraits des fonctions construits, ils ont été mis tous ensemble pour faire ressortir les différents modèles de financement existant dans les pays de l'OCDE étudiés. Ces modèles regroupent les pays dont le financement des soins est assez similaire lorsque les quatre fonctions sont considérées simultanément. L'ACM et la CHA ont également été utilisés.

La démarche générale de l'ACM et la CHA se décrit comme suit. L'analyse des correspondances multiples met en exergue les liaisons non linéaires entre les variables et les modalités des variables et réduit également l'information sous des espaces factoriels (Escofier and Pagès 1998; Lebart, Morineau et al. 2000; Tabachnick and Fidell 2007). Le nombre d'axes factoriels qui discrimine les pays est déterminé à l'aide de la courbe *scree plot* des valeurs propres (voir annexe 2 pour plus de détails sur les axes factoriels). Ces derniers mesurent le pourcentage de la variation totale expliquée par un axe factoriel. Après cette première étape, un regroupement des pays est réalisé pour former des configurations possiblement existantes. En effet, pour chaque axe factoriel retenu, un score factoriel est calculé par pays. Ce score exprime l'écart entre le positionnement d'un pays sur l'ensemble des caractéristiques formant l'axe factoriel et celui de l'ensemble des pays sur ces mêmes

caractéristiques. Ainsi, sur la base de ces scores, un regroupement de façon hiérarchique ascendante des pays est effectué en rassemblant initialement les cas les plus similaires (Lamarche and al. 2003). La méthode de CHA a permis donc de construire des partitions de pays pour lesquels la variance interne est minimale. Le critère de *Ward*, basé sur la minimisation de l'inertie intragroupe et la maximisation de l'inertie intergroupe, a été utilisé comme mesure de la distance, contrairement aux distances euclidienne, maximale ou minimale. Par ailleurs, le nombre de partitions, qui différencie le mieux la variabilité des caractéristiques des pays doit être suffisamment grand pour maintenir l'homogénéité des cas qui y sont inclus, et suffisamment petit pour que leurs caractéristiques distinctives soient théoriquement et empiriquement significatives (Escofier and Pagès 1998; Lebart, Morineau et al. 2000). Lebart et collègues suggèrent qu'il faudrait tenir compte des indicateurs tels : *l'inertie intraclasse* qui renseigne sur le degré d'homogénéité de la partition ; *l'inertie interclasse* qui informe sur son degré d'hétérogénéité ; la *distance* (plus elle est grande, plus la classe est atypique et contient des individus différents de l'individu moyen de l'échantillon) ; et du *quotient d'inertie interclasse* qui est le rapport entre l'inertie interclasse et l'inertie totale ($inertie\ totale = inertie\ inter + inertie\ intra$). Le nombre retenu est celui à partir duquel la courbe d'évolution du quotient d'inertie interclasse devient quasi linéaire (Lebart, Morineau et al. 2000). Une fois terminée, les caractéristiques distinctives des partitions émergentes ont été déterminées afin de les décrire. Une valeur statistique test de chacune des partitions a donc été calculée pour chaque axe factoriel retenu. Lorsque cette valeur test était plus grande que 1,64 (loi normale avec un seuil de 10 %), la caractéristique était partagée par les pays de la même partition (Lebart, Morineau et al. 2000; Lamarche and al. 2003). L'appellation donnée à chaque configuration ou modèle a découlé des caractéristiques qui la définissent. Chaque modèle ainsi construit contenait des pays n'ayant pas forcément les mêmes caractéristiques sur l'ensemble des modalités qui le

définissent. Toutefois, il s'agit du modèle vers lequel le pays est le plus proche. C'est donc le modèle qui ressemble le mieux à ce pays et le décrit le mieux. On parle ainsi de classes polythétiques [les idéaux types chez Marx Wéber (Weber 1971)] contrairement aux classes monothétiques (Benzécri 1970).

Les logiciels SPAD (*Système Pour l'Analyse des Données*) et SPSS (*Statistical Package of Social Science*) ont été utilisés pour analyser l'ensemble des données.

Tableau 5.2 : Descriptions des sous-dimensions de chacune des fonctions du financement

Pays	Prélèvement		Stockage		Allocation			Paiement			
	Mécanisme	Centralité	Universalité	Globalité	Niveau de prise de décision	Base	Médecins en cabinets (self-employed)	Médecins en établissement	Établissement public	Établissement public 1	Établissement privé
Allemagne	sécurité sociale-individuel	Méso	universel	partiel	Régional	Horizontale	acte	salaire	Budget	Budget	Journée
Australie	administration-individuel	Méso	universel	partiel	Régional	Verticale	acte	salaire	Budget-DRG	mixte	Journée
Autriche	sécurité sociale-individuel	Macro	universel	global	Régional	Horizontale	acte	salaire	DRG	DRG	Journée
Belgique	sécurité sociale-individuel	Macro	universel	partiel	Régional	Horizontale	acte	mixte	Budget-DRG	mixte	Journée
Canada	administration-individuel	Méso	universel	partiel	Régional	Horizontale	acte	acte	Budget	Budget	
Danemark	administration	Méso	universel	partiel	Local	Horizontale	mixte	salaire	Budget	Budget	Journée
Espagne	administration-individuel	Macro	universel	partiel	Central	Verticale	acte	salaire	Budget	Budget	
États-Unis	administration-individuel	Micro	Non universel	partiel	Local	Horizontale	acte	mixte	Budget-DRG	mixte	Journée
Finlande	administration-individuel	Méso	universel	global	Local	Verticale	acte	salaire	Budget-DRG	mixte	
France	sécurité sociale-individuel	Macro	universel	partiel	Central	Horizontale	acte	salaire	Budget-DRG	mixte	Journée
Grèce	sécurité sociale-individuel	Micro	universel	partiel	Central	Verticale	acte	salaire	Budget	Budget	Journée

Pays	Prélèvement		Stockage		Allocation			Paiement			
	Mécanisme	centralité	Universalité	Globalité	Niveau de prise de décision	Base	Médecins en cabinets (self-employed)	Médecins en établissement	Établissement public	Établissement public 1	Établissement privé
Hongrie	sécurité sociale-individuel	Macro	universel	global	Local	Verticale	acte	mixte	Budget-DRG	mixte	Journée
Irlande	administration-individuel	Macro	universel	partiel	Central	Verticale	capitation	salaire	Budget	Budget	Journée
Islande	administration	Macro	universel	global	Central	Verticale	acte	salaire	Budget	Budget	Journée
Italie	administration-individuel	Macro	universel	global	Local	Verticale	mixte	salaire	DRG	DRG	Journée
Japon	sécurité sociale	Macro	universel	global	Central	Verticale	acte	acte	Budget	Budget	Journée
Luxembourg	sécurité sociale	Macro	universel	global	Central	Horizontale	acte	acte	Budget	Budget	Journée
Norvège	administration	Méso	universel	global	Local	Verticale	mixte	salaire	DRG	DRG	Journée
Nouvelle-Zélande	administration-individuel	Méso	universel	global	Local	Horizontale	mixte	salaire	Budget-DRG	mixte	Journée
Pays-Bas	sécurité sociale-individuel	Micro	universel	partiel	Régional	Horizontale	acte	mixte	Budget	mixte	Journée
Portugal	administration-individuel	Macro	universel	global	Central	Verticale	acte	salaire	Budget-DRG	mixte	Journée
République tchèque	sécurité sociale	Macro	universel	global	Central	Verticale	acte	salaire	Budget	Budget	Journée
Royaume-Uni	administration	Macro	universel	global	Central	Horizontale	capitation	salaire	Budget	Budget	Journée
Slovaquie	sécurité sociale-individuel	Méso	universel	global	Central	Verticale	capitation	acte	Budget-DRG	mixte	Journée
Corée du Sud	sécurité sociale-individuel	Micro	universel	partiel	Local	Verticale	acte	salaire	Budget	Budget	Journée
Suède	administration	Méso	universel	global	Local	Verticale	mixte	salaire	Budget-DRG	mixte	Journée
Suisse	sécurité sociale-individuel	Méso	universel	partiel	Local	Verticale	acte	mixte	mixte	mixte	Journée

5.4 Résultats

Les analyses montrent une grande variabilité entre les 27 pays étudiés en ce qui concerne le processus de prélèvement des fonds auprès des usagers et le procédé de leur mise en commun afin de couvrir les biens et services médicaux. Cette variabilité est également observée au niveau de la façon de répartir ces fonds entre les programmes médicaux de soins et les interventions d'ordre populationnel plus globales, ainsi qu'au niveau des modes de paiement des médecins (en cabinets ou en établissements) et des établissements publics de santé. Le tableau 5.2 présente une description détaillée des quatre fonctions ainsi que leurs sous-dimensions respectives.

Seuls les profils globaux de chacune des fonctions ainsi que les différents modèles de financement émergents sont présentés dans la suite.

5.4.1 Résultat 1: Profils émergents des fonctions du financement

Le tableau 5.3 présente les profils de chacune des quatre fonctions issus des analyses de correspondances multiples et de classification hiérarchique effectuées. Ces profils prennent en compte uniquement les sous-dimensions de chaque fonction qui discriminent le mieux les pays afin de les regrouper selon leur degré de similarité.

Tableau 5.3: Description des profils émergents des quatre fonctions de financement

Prélèvement	Pays	Effectifs	%
Beveridgien pur	Danemark, Islande, Norvège, Royaume-Uni, Suède	5	18,5
Bismarckien pur	Japon, Luxembourg, République tchèque	3	11,1
mixte-beveridgien	Australie, Canada, Espagne, États-Unis, Finlande, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Portugal	9	33,3
mixte-bismarckien	Allemagne, Autriche, Belgique, Corée du Sud, France, Grèce, Hongrie, Pays-Bas, Slovaquie, Suisse	10	37,0
Stockage	Pays	Effectifs	%
local-partiel	Corée du Sud, États-Unis, Grèce, Pays-Bas	4	14,8
national-global	Autriche, Hongrie, Islande, Italie, Japon, Luxembourg, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni	9	33,3
national-partiel	Belgique, Espagne, France, Irlande	4	14,8
Subnational	Allemagne, Australie, Canada, Danemark, Finlande, Norvège, Nouvelle-Zélande, Slovaquie, Suède, Suisse	10	37,0
Allocation	Pays	Effectifs	%
populationnel-non régionalisé	Danemark, États-Unis, France, Luxembourg, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni	6	22,2
populationnel-régionalisé	Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Pays-Bas	6	22,2
soins-centralisé	Espagne, Grèce, Irlande, Islande, Japon, Portugal, République tchèque, Slovaquie	8	29,6
soins-localisé	Corée du Sud, Finlande, Hongrie, Italie, Norvège, Suède, Suisse	7	25,9
Paiement	Pays	Effectifs	%
acte-mixte	Belgique, États-Unis, Hongrie, Pays-Bas, Suisse	5	18,5
mixte-budget	Canada, Irlande, Japon, Luxembourg, Royaume-Uni, Slovaquie	6	22,2
salariat-DRG	Autriche, Italie, Norvège	3	11,1
salariat-mixte	Allemagne, Australie, Corée du Sud, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Nouvelle-Zélande, Portugal, République tchèque, Suède	13	48,1

Prélèvement

Les quatre profils qui décrivent la fonction prélèvement sont les suivants : prélèvement de type *beveridgien pur*, prélèvement de type *bismarckien pur*, prélèvement *mixte à vision beveridgienne* et prélèvement *mixte à vision bismarckienne*. Les deux premiers se caractérisent exclusivement par des sources publiques de collecte des fonds. Toutefois, ils diffèrent selon les mécanismes de collecte : impôts pour le premier et primes d'assurance pour le second. Les deux derniers se définissent par la présence simultanée des sources publiques et privées de collecte de fonds. Dans le *mixte à vision beveridgienne*, en plus d'une grande proportion de cotisations privées (directes et assurantielles) dans le système, le prélèvement par les impôts occupe une place assez importante dans tout le processus de collecte. Enfin, le *mixte à vision bismarckienne* regroupe les pays dont la collecte des fonds est effectuée à la fois par les cotisations privées, mais aussi par les primes versées par les travailleurs pour la sécurité sociale. La différence entre ces deux profils se situe donc au niveau du poids représentatif de chacune des sources publiques. Les pays dont le processus de collecte se rapproche le plus de chacun de ces profils sont énumérés dans le tableau 5.3.

Stockage

À l'instar de la fonction précédente, les 27 pays se regroupent en quatre profils pour la fonction stockage (tableau 5.3). Ces profils mettent ensemble les pays avec un degré de similarité compte tenu de cette fonction. Ces profils ont été appelés comme suit : *national-global*, *national-partiel*, *local-partiel* et *subnational*. Pour les deux premiers, les fonds sont mis en commun au niveau national. Toutefois, ils diffèrent par le caractère global et partiel de la couverture des biens et services médicaux. Dans le troisième profil, les fonds sont mis ensemble au niveau des assurances privées et des ménages (micro). Bien évidemment, seule une partie des biens et services médicaux est couverte entièrement par les assurances dans ce cas (partiel). Enfin, le dernier profil émergent se caractérise principalement par le

caractère méso du stockage. Autrement dit, les fonds collectés sont stockés au niveau des autorités subnationales du pays. La couverture des biens et services médicaux est dans ce cas de figure globale ou partielle.

Allocation

Deux formes d'allocation émergent de l'analyse : l'allocation basée sur soins et biens médicaux et l'allocation orientée vers une vision populationnelle. Deux variantes ou profils existent pour chacune de ces formes. On distingue ainsi une allocation orientée vers les soins et centralisée (*soins-centralisée*), et une autre ayant la même vision, mais localisée (*soins-localisée*). Par ailleurs, le niveau de régionalisation de la prise de décision d'allocation a permis d'établir les deux variantes de la deuxième forme d'allocation : l'allocation *populationnelle-régionalisée* et *populationnelle-non régionalisée (centralisée ou localisée)*. Le tableau 5.3 présente les pays dont le profil d'allocation se rapproche le plus de chacun des quatre émergents.

Paiement

Le tableau 5.3 présente également les quatre profils du processus de paiement autour desquels les pays se regroupent et se différencient également. Dans l'appellation des profils, le premier terme se réfère au type de rémunération des professionnels et le second au moyen de rétribution des établissements de santé. Ces profils de paiement ont été nommés de la façon suivante : *salariat-mixte*, *mixte-budget*, *salariat-DRG* et *acte-mixte*. Le *salariat-mixte* regroupe les pays dont les médecins en établissements sont principalement rémunérés au salaire. Le *mixte-budget* rassemble les pays dans lesquels les établissements publics sont rétribués principalement au budget global. Le troisième portrait (*salariat-DRG*) contient les systèmes dans lesquels les médecins d'établissement sont salariés et les établissements publics sont principalement rétribués au DRG. Enfin, le dernier, *acte-mixte*,

regroupe les pays dans lesquels les médecins en cabinet sont principalement rémunérés à l'acte et les établissements publics sont rétribués par une mixité de paiement.

5.4.2 Résultat 2: Les modèles de financement de soins émergents

Partant des différents profils de fonctions précédemment décrites, une seconde analyse de correspondance multiple et classification hiérarchique ascendante sur les trois premiers axes factoriels (expliquant 45,09 % de la variation totale, c'est-à-dire 45,09 % de l'ensemble des données) a permis de faire émerger cinq modèles de financement (représentant 56,85 % de la variation totale) existant dans les 27 pays à l'étude.

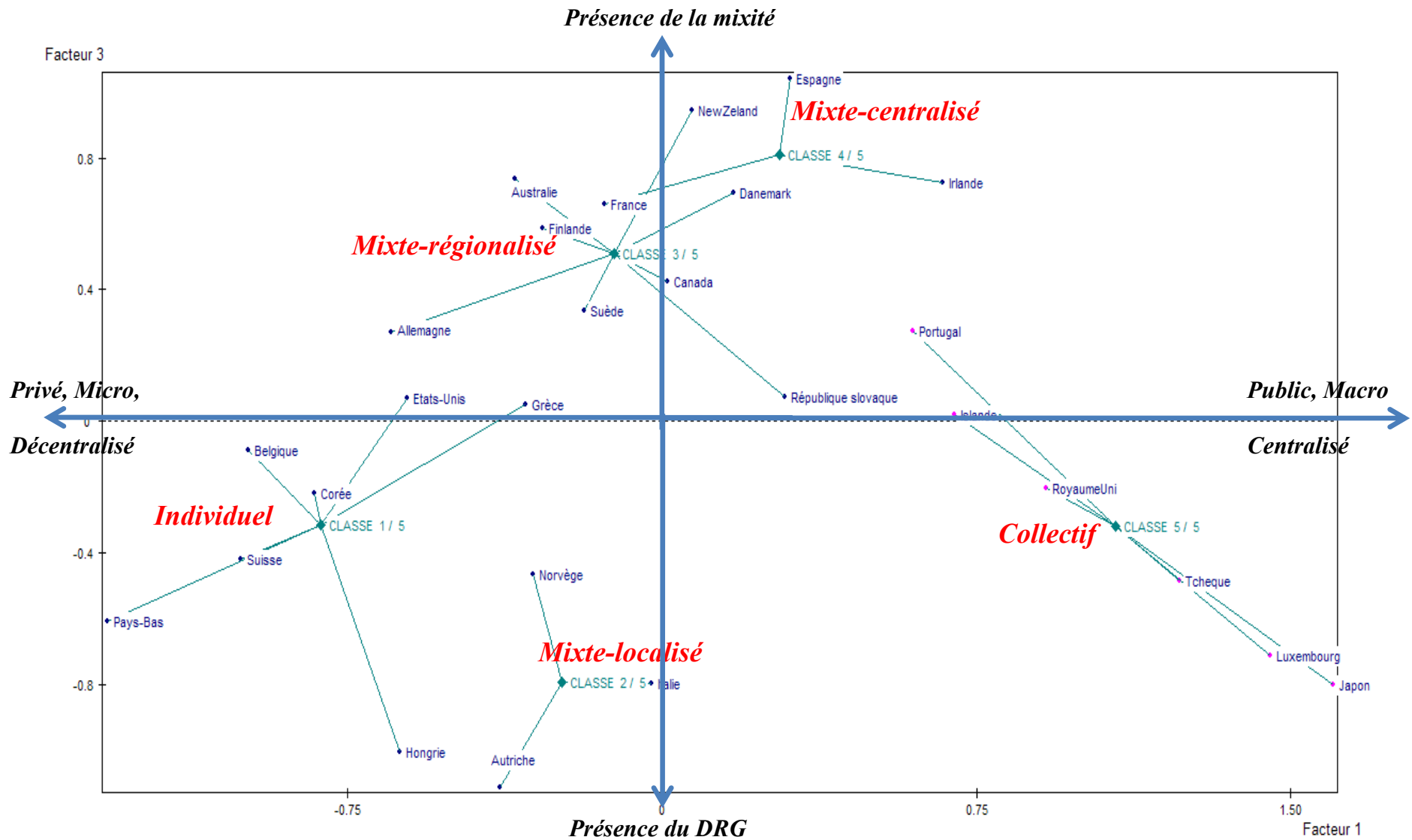
Le tableau 5.4 présente les caractéristiques des différents modèles ainsi que les pays dont le mode de financement se rapproche le plus de chacun de ces modèles. La figure 5.2 présente une représentation spatiale des pays et des différents modèles respectivement sur deux axes factoriels. Pour de plus amples informations sur les axes factoriels et les analyses effectuées, voir le document en annexe 2.

Les cinq modèles de financement émergents peuvent être regroupés en trois : un modèle *collectif*, trois modèles *mixtes* et un modèle *individuel*.

Tableau 5.4: Les différents modèles de financement de la santé et leurs caractéristiques

Modèles de financement	Prélèvement	Stockage	Allocation	Paiement	Caractéristiques principales	Pays se rapprochant le plus du modèle
Collectif	Beveridgien pur et bismarckien pur	national-global	soins-centralisé	salariat et budget	collectif-soins, centralisé	Islande, Japon, Luxembourg, Portugal, Royaume-Uni, République tchèque
Mixte-centralisé	Mixte-bismarckien	national-partiel	soins-centralisé	salariat et budget	collectif-individuel-partiel, centralisé	Espagne, France, Irlande
Mixte-régionalisé	Mixte-bismarckien et beveridgien	subnational	populationnel-régionalisé	salariat et budget	collectif-individuel-populationnel, régionalisé	Allemagne, Australie, Canada, Danemark, Finlande, Nouvelle Zélande, Slovaquie, Suède
Mixte-localisé	Mixte beveridgien et bismarckien	national-global	soins-localisé	salariat-DRG	Collectif-individuel-épisode, localisé	Autriche, Italie, Norvège
individuel	Mixte et mixte bismarckien	partiel	décentralisé	acte-mixte et salariat	Risque-individuel-partiel	Belgique, Corée du Sud, États-Unis, Grèce, Hongrie, Pays-Bas, Suisse

Figure 5.2: Représentation spatiale des modèles de financement sur deux axes factoriels (Issue du logiciel SPAD)



Le modèle collectif

Le modèle *collectif* se caractérise par : un prélèvement de source publique (administration ou sécurité sociale), un stockage *national-global*, une allocation de type *soins-centralisé* et un paiement sous forme de salariat pour les médecins en établissement et de budget global pour les établissements publics. Dans ce modèle, le processus de financement des soins de santé est régi et administré par les autorités nationales. Ce modèle se fonde sur les priorités de type soins, services et biens médicaux et le caractère public est au cœur du processus de paiement des médecins et des établissements de santé.

Les modèles mixtes

Trois modèles de financement de ce type ressortent de l'analyse. Il s'agit des modèles *mixte-centralisé*, *mixte régionalisé* et *mixte-localisé*. Les points communs de ces modèles reposent sur les deux composantes de la mixité: *collectif* et *individuel*. Le caractère *collectif* symbolise la prise en charge de l'ensemble de la population par une assurance publique de type sécurité sociale ou bien par une couverture universelle via les impôts prélevés par l'État. Le caractère *individuel* met en évidence la présence non négligeable des contributions volontaires privées des usagers par le moyen des cotisations directes ou des cotisations pour une assurance privée. Les modèles *mixtes* se caractérisent donc par une coexistence simultanée du public et du privé tout au long du processus de financement.

Le modèle *mixte-centralisé* se distingue des autres par le caractère partiel de la couverture assurantielle des biens et services médicaux et aussi par la centralisation au niveau des autorités nationales des prises de décision de répartition des fonds dans le domaine de la santé. Plus encore, le processus de paiement des médecins et des établissements met l'accent sur le salariat comme mode par excellence pour les médecins en établissement et sur le budget global comme celui des établissements publics. Il se caractérise donc par le *collectif-individuel-partiel* avec une centralisation des décisions d'allocation.

Le modèle *mixte régionalisé* quant à lui se caractérise en plus des composantes communes *collectif* et *individuel* par : une décentralisation régionale (régionalisation) des pouvoirs de prise de décision d'allocation des fonds avec bien évidemment une mise en commun des fonds prélevés au niveau subnational ; une vision globale et populationnelle comme base de répartition des fonds stockés en santé ; et enfin un processus de paiement à prédominance de salariat pour les médecins en établissement et de budget global pour les établissements publics. Ce modèle est donc de type *collectif-individuel-populationnel et régionalisé*.

Le modèle *mixte localisé* diffère des autres principalement par le mode paiement des établissements qui est par excellence le DRG ou la rétribution selon la responsabilité des établissements et les épisodes de soins. Plus encore, ce modèle se caractérise par : un niveau décentralisé local de la prise des décisions d'allocation des fonds collectés puis stockés au niveau national. Une autre composante majeure est la couverture globale des biens et services médicaux par les assurances publiques malgré une présence non négligeable des contributions privées à titre individuel. Ce modèle représente donc une configuration de type *collectif-individuel-épisode* avec une décentralisation locale de la prise de décision d'allocation.

Le modèle individuel

Parmi les cinq modèles financement des soins émergents, ce modèle est le seul ayant un caractère privé très représentatif dans le processus de financement. Bien qu'il soit défini également par des assurances publiques et privées qui symbolisent la prévention ou la mutualisation du risque par des primes versées par les travailleurs, le modèle *individuel* a la particularité de mettre en exergue : une forte contribution du privé dans le processus de collecte des fonds ; un caractère partiel ou d'absence de couverture assurantielle pour une grande partie des biens et services de médicaux ; une forte présence des médecins en cabinets, tous rémunérés à l'acte ; et une mixité comme moyen de rétribution par

excellence des établissements publics de santé. Il s'articule autour de la mutualisation du risque en laissant l'entière responsabilité aux individus (individuel et bien évidemment de couverture partielle).

5.5 Discussion

La présente étude avait pour objectif principal d'effectuer une opérationnalisation comparative du processus de circulation de l'argent dans le système de soins de santé. Plus précisément, elle visait à faire émerger les différents modèles de financement des soins de santé existant dans les pays à revenu élevé en tenant compte simultanément des fonctions prélèvement, stockage, allocation et paiement qui décrivent le procédé de financement des soins dans les pays.

Le premier constat mis en évidence par les résultats serait qu'on ne saurait considérer le financement uniquement à travers une de ces quatre fonctions. Le financement des soins représenterait donc un processus complexe qui prend tout son sens lorsque l'on considère simultanément l'ensemble des quatre fonctions.

Deux implications découleraient de ce constat. La première implication serait une extension théorique des modèles de financement existant dans la littérature. En effet, les modèles de financement beveridgien (public d'administration avec couverture universelle) et bismarckien (public d'assurance sociale avec mutualisation ou répartition du risque), les plus cités communément dans la littérature (Rosen 1993), se construisent uniquement autour des processus de collecte de fonds (fonction prélèvement) et de leur mise en commun (fonction stockage). Elles ne prennent pas en compte les procédés d'allocation et de paiement qui sont partie intégrante du financement des soins de santé. Les modèles construits se caractérisent soit par des composantes du modèle beveridgien, soit par de

celles du modèle bismarckien. En guise d'exemple, le modèle *collectif* contiendrait en plus des composantes des fonctions allocation et paiement, celles des modèles beveridgien et bismarckien ; le modèle *individuel*, quant à lui, engloberait les composantes du modèle bismarckien bien qu'il soit à connotation privée. Aussi, les trois modèles *mixtes* aideraient à mieux décrire finement le processus de financement des soins dans les différents pays étudiés. Ils renseignent sur le caractère public-privé du financement ou plus précisément sur les différentes combinaisons des modèles beveridgien et bismarckien potentiellement existantes et généralement ignorées.

La seconde implication, beaucoup plus pratique, serait une répercussion sur le procédé de transformation et de mise en place des réformes du financement. Ainsi, modifier le processus de financement des soins dans un pays supposerait une action non pas pour modifier une seule fonction, mais plutôt pour transformer la cohérence interne existante en prenant simultanément en compte les quatre fonctions. Cette cohésion définirait la logique des différents modèles de financement construits.

Il serait également important de noter qu'aucun système de soins de santé concret ne peut être décrit par une seule configuration type. Dans les pays, on retrouve souvent une configuration dominante (modèle) et des configurations complémentaires ou du moins des modalités empruntées à d'autres modèles de financement. Modifier la cohérence interne du système dépendrait donc de la capacité à coordonner les différentes composantes des modèles (dominants et complémentaires) existant dans les pays.

Le deuxième constat mis en exergue par les résultats serait l'existence d'une grande variabilité entre les pays en ce qui concerne les processus de collecte, de mise en commun, d'allocation et de paiement. Cette différenciation s'observerait également au niveau plus général des modèles de financement. Bien que trois des cinq modèles soient à connotation mixte (public-privé), ils se différencient en premier lieu par le niveau de prise de décision

d'allocation (centralisé, régionalisé et localisé), et en second lieu par le processus de mise en commun (*national-global, national-partiel et subnational*). Les deux autres modèles sont soit à caractère public (*collectif*), soit à caractère privé (*individuel*). La principale raison qui expliquerait cette différence semble sans nul doute être les diverses valeurs de société (équité, liberté individuelle et efficience), l'idéologie politique dominante et la culture organisationnelle existant dans les systèmes de soins des pays (Sen 1993; Waters 2000; Goddard and Smith 2001; Contandriopoulos 2003; Contandriopoulos 2003; Navarro, Muntaner et al. 2006). Chacun de ces éléments apparaissant comme propre à chaque pays (Aucoin 2007).

Deux limites potentielles pourraient être mises en évidence dans cette étude : le choix des unités d'analyse et le type de données utilisées. Pour la première, la question qu'il semble important de se poser serait la suivante : le niveau *pays* est-il le meilleur niveau d'analyse pour une telle étude ? La réponse à notre avis ne serait pas nécessairement « Oui » car elle dépendrait de la structure de responsabilité dans les pays. Il serait judicieux, si possible, de faire une analyse au niveau région (États ou provinces, ou niveau cantons), car non seulement les pays semblent varier énormément à ce niveau, mais aussi les différentes régions semblent posséder chacune leur système complexe de financement de soins de santé. Il serait donc important d'envisager en perspective une étude dont l'unité d'analyse se situerait à ce niveau.

Pour la seconde limite, afin d'assurer une très bonne qualité de données, l'idéal aurait été de collecter les données primaires dans chacun des pays auprès des autorités et non de procéder à une analyse documentaire sur les données secondaires et sur les rapports des pays. Cette solution semble difficilement envisageable à cause des difficultés et des coûts qu'elle engendrerait.

Au-delà de ces limites, la force de cette étude repose sur la description plus fine et plus réaliste des principaux modèles du processus complexe de financement des soins émergents des pays de l'OCDE étudiés. Source d'inspiration pour une compréhension en profondeur du processus de financement des soins de santé, cette recherche présente les différentes variations entre les pays en ce qui concerne le financement de leurs soins. Il serait donc opportun d'examiner les diverses répercussions auxquelles pourraient conduire ces variations en termes de performance des systèmes de soins dans des contextes particuliers.

Appendix 5.1 : Liste des auteurs des rapports Health Care in Transition utilisés dans cet article

Auteurs	Années de publication	Pays
Barros, P.P., and J. de Almeida Simões	2007	Portugal
Busse, R., and A. Riesberg	2004	Germany
Corens, D	2007	Belgium
Donatini, A., A. Rico, M.G. D'Ambrosio, A. Lo Scalzo, L. Orzella, A. Cicchetti, and S. Profili.	2001	Italy
Durán, A., J.L. Lara, and M. van Waveren	2006	Spain
European Observatory on Health Care Systems	1999 and 2000	Luxembourg, United Kingdom, Czech Republic and Switzerland
Exter, A., H. Hermans, M. Dosljak, and R. Busse	2004	Netherlands
French, S., A. Old, and J. Healy.	2001	New Zealand
Gaál, P	2004	Hungary
Glenngård, A.H., F. Hjalte, M. Svensson, A. Anell, and V. Bankauskaite	2005	Sweden
Halldorsson, M.	2003	Iceland
Healy, J., E. Sharman, and B. Lokuge	2006	Australia
Hlavačka, S.R. Wágner, and A. Riesberg.	2004	Slovakia
Hofmarcher, M.M., and H.M. Rack.	2006	Austria
Järvelin, J.	2002	Finland
Johnsen, J.R.	2006	Norway
Marchildon, G.P.	2005	Canada
*McDaid D, Wiley M, Maresso A., Mossialos, E.	2009	Ireland
Sandier, S.V. Paris, and D. Polton.	2004	France
Strandberg-Larsen, M., M.B. Nielsen, S. Vallgård, A. Krasnik, and K. Vrangbæk.	2007	Denmark
Yutaka, Imai	2002	Japan

*Exception de l'Irlande avec un rapport publié en 2009

Voir bibliographie pour les références complètes.

Chapitre 6 : La performance des systèmes de soins :

Appréciation et profils de 27 pays de l'OCDE (Article 2)

Tchouaket N. Éric, MS.c¹, Lamarche A. Paul, Ph.D¹, Goulet Lise, M.D. Ph.D²,
Contandriopoulos, A-P, Ph.D¹

¹Université de Montréal, École de santé publique, Département d'administration de la santé

²Université de Montréal, École de santé publique, Département de Médecine Sociale et Préventive

Résumé

Objectifs : Cet article vise deux objectifs : 1) apprécier la performance des systèmes de soins de 27 pays de l'OCDE et 2) dégager les profils de pays selon l'homogénéité du niveau de performance de leurs systèmes de soins. Il s'appuie sur une conception multidimensionnelle de la performance des systèmes de soins.

Méthodes : Les analyses ont été effectuées sur des données collectées auprès des 27 pays de l'OCDE à revenu élevé. La banque de données Eco-Santé OCDE 2007, les statistiques de l'OMS 2008, le panorama de la santé et le panorama des indicateurs sociaux ont été principalement utilisés pour la collecte des données. La performance des systèmes de soins a été appréciée : d'une part selon le volume de ressources disponibles, les services produits et les résultats de santé atteints par la population ; et d'autre part selon l'efficacité, l'efficacités et la productivité définissant ainsi les efforts fournis proportionnellement aux ressources disponibles et aux services produits. Les profils globaux de performance ont été construits en tenant compte simultanément du niveau de ressources disponibles, des services produits, de la santé de la population et des efforts fournis par le système de soins. Les analyses de correspondance multiple (ACM) et de classification hiérarchique ascendante (CHA) ont permis de regrouper les pays en profils selon l'homogénéité de leurs niveaux de performance.

Résultats : Il existe une grande variation entre les pays en ce qui concerne leur niveau de production et de résultats de santé atteints compte tenu des ressources investies. Quatre profils distincts de performance ont permis de regrouper et classer les 27 pays étudiés selon leur niveau de performance. Il s'agit des profils de performance dits : *satisfaisant, prometteur, fragile-polarisé et limité*.

Conclusion : Cet article donne un aperçu global et complet de la performance des systèmes de soins. Il a permis d'opérationnaliser la performance des systèmes de soins de façon multidimensionnelle. Les résultats permettront aux décideurs non seulement de connaître les forces et faiblesses de leur système de soins, mais aussi de se comparer aux autres pays.

Mots clés : performance, composantes, multidimensionnelle, profils, OCDE

6.1 Conceptualisation

L'amélioration du niveau de performance des systèmes de soins est une des problématiques majeures dans tous les pays du monde (OMS 2000). Cet article, qui s'inscrit dans une logique de compréhension des différences de niveaux de performance existant entre les systèmes de soins des pays à revenu élevé, vise à éclairer le caractère multidimensionnel de la performance. Il s'articule autour de deux objectifs: 1) apprécier la performance des systèmes de soins de 27 pays de l'OCDE et 2) dégager les profils de pays selon l'homogénéité du niveau de performance de leurs systèmes de soins.

Inspirés de l'évolution de la théorie des organisations depuis le début du 20^e siècle, plusieurs cadres existent pour appréhender le concept de performance. Premièrement, les cadres unidimensionnels d'analyse de la performance considèrent uniquement cette dernière comme : soit la capacité d'atteinte des buts dans l'approche fonctionnaliste (Price 1972) ; soit la capacité de s'adapter à son environnement dans les approches de la théorie de la contingence ou de la théorie institutionnelle (Yuchtman and Seashore 1967; Rouleau 2007) ; soit la capacité de maintenir les valeurs organisationnelles dans l'approche des relations humaines (Connolly, Conlon et al. 1980) ; soit la capacité de produire de façon adéquate avec les ressources dont on dispose dans la perspective des modèles de processus internes (Sicotte, Champagne et al. 1998). Deuxièmement, les cadres multidimensionnels examinent la performance en tenant compte simultanément d'au moins deux des cadres unidimensionnels définis précédemment. Tels sont les cadres de Sicotte et al. (1998) et ceux inspirés de l'approche structure-processus-résultats de Donabedian (1973, 1980, 1992). Le premier, inspiré de la théorie de l'action de Parsons, est un cadre intégrateur qui définit la performance autour de la recherche d'un équilibre entre la capacité du système de s'adapter, d'atteindre des objectifs, de produire des services de qualité et de maintenir une

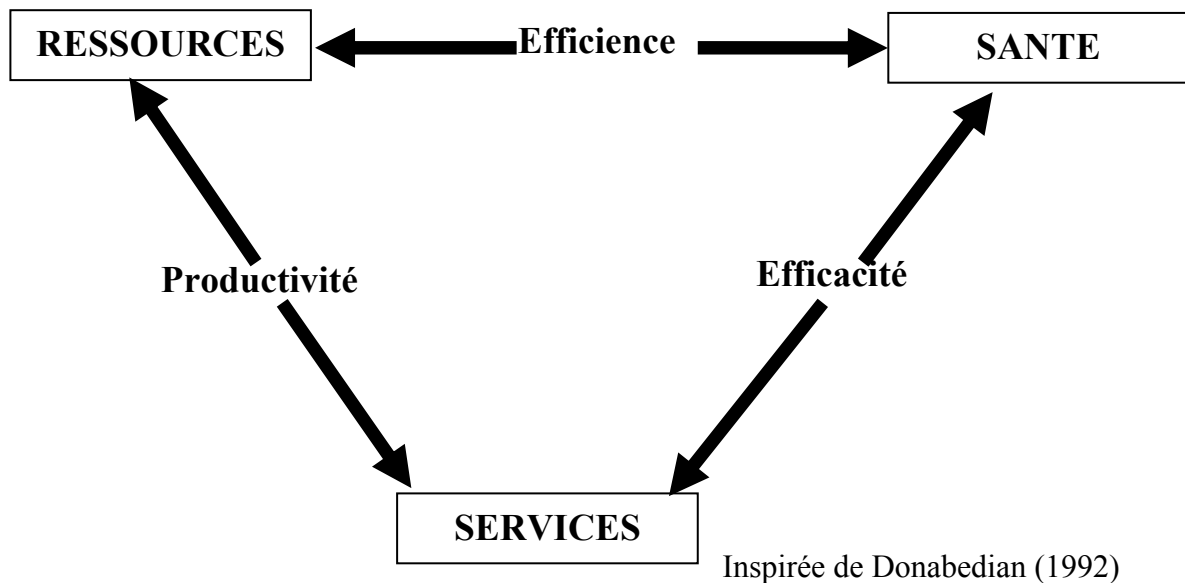
culture et un climat organisationnel agréable (Sicotte, Champagne et al. 1998). Bien que quelques études commencent à opérationnaliser ce cadre pour l'analyse de la performance des organisations des soins de santé, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour définir empiriquement l'ensemble des composantes et des liens théoriques existant entre elles.

La présente étude, qui s'inscrit dans ce mouvement multidimensionnel intégré d'analyse de la performance, s'appuie sur un cadre inspiré de l'approche structure-processus-résultats de Donabedian (1973, 1980, 1992). Il s'articule ainsi autour de la triade : *ressources-services-santé*. Les *ressources* disponibles comprennent : le personnel (ressources humaines) ; le milieu de travail et les installations physiques (ressources matérielles et technologiques) ; les ressources financières ; ainsi que l'ensemble des politiques, lois, règlements, conventions et règles de gestion qui définissent comment les ressources (argent, pouvoir, influence et engagements) sont réparties et échangées (ressources organisationnelles). Les *services produits* représentent l'ensemble des activités réalisées, des biens et services produits pour atteindre de meilleurs résultats chez le patient. Les *résultats de santé atteints* se définissent en termes de niveaux de santé et de longévité atteints dans la population, de réduction des risques de maladies, de l'équité en matière de santé.

Le postulat qui sous-tend un tel cadre est que la disponibilité des ressources offre les moyens de produire des biens et des services appropriés et de garantir conséquemment l'atteinte des meilleurs résultats de santé. Pour aller dans ce sens, Donabedian (1992) a proposé un peu plus tard de retenir également les liens entre les composantes (structure-processus-résultats) à travers *l'efficience, l'efficacité et la productivité*. L'efficience se définit comme les résultats de santé atteints par rapport aux ressources disponibles (Contandriopoulos 2003). L'efficacité représente les résultats de santé obtenus par rapport aux biens et services produits, autrement dit la capacité de produire les résultats de santé

escomptés (Donabedian 1992; Pineault and Daveluy 1996). Enfin, la productivité ou l'efficacité technique correspond à la maximisation de la production des biens et services par rapport aux ressources disponibles. Il désigne le rapport entre les services produits et les ressources utilisées pour la production (Kaci 2006). La figure 6.1 présente le cadre d'analyse qui servira de fil conducteur dans cet article.

Figure 6.1: Cadre d'analyse de la performance Ressources-Services-Santé



L'analyse de la performance des systèmes de soins vise à apprécier la performance des systèmes de soins et à regrouper les pays dans des profils semblables suivant leur niveau de performance globale. L'appréciation de la performance consiste : d'une part à positionner les pays suivant leur niveau d'atteinte simultanée des composantes ressources-services-santé mesurant ainsi le niveau de *performance absolue* ; d'autre part à positionner les pays suivant leur niveau d'atteinte simultanée d'efficience-efficacité-productivité décrivant les liens entre les trois composantes, et mesurant ainsi les résultats atteints proportionnellement aux efforts fournis autant en termes de ressources disponibles que de services produits. Ce

deuxième volet mesure ainsi le niveau de *performance relative* comme mentionné par l’OMS (2000, 2008).

La performance globale se définit donc comme la maximisation simultanée de la performance absolue et de la performance relative. Autrement dit, elle représente la maximisation des composantes ressources-services-santé et des efforts proportionnellement fournis en termes d’efficience, d’efficacité et de productivité. Les profils de performance émergents représentent donc des configurations de regroupement de pays ayant des profils de performance absolue et relative semblables.

6.2 Méthodes

La présente étude utilise un devis transversal de type comparatif de 27 pays de l’OCDE (Organisation de Coopération pour le Développement Économique) à revenu élevé (World Bank 2008) . Le choix de ces pays vient du fait qu’ils sont non seulement comparables sur le plan socioéconomique, mais aussi assez représentatifs de l’ensemble des pays à revenu élevé dans le monde.

6.2.1 Sources de données

Les données utilisées proviennent principalement de la banque de données Eco-Santé OCDE 2007. Produite annuellement par un effort conjoint de l’OCDE et de l’IRDES (Institut de Recherche, de Développement et des Études en Santé), cette banque contient des données valides en provenance des bureaux de statistiques officielles des pays membres, et permettant de réaliser des comparaisons entre pays. Bien que les méthodes de collecte de certaines données puissent différer d’un pays à l’autre, les données figurant dans

cette banque sont suffisamment harmonisées pour faciliter des comparaisons internationales assez solides (OCDE 2009).

En outre, les données de la banque Eco-Santé OCDE ont été complétées, ajustées et corrigées par celles issues du panorama de la santé 2009, du panorama de la société 2009, et par des statistiques de l’OMS 2008. Ces dernières données ont permis d’effectuer une triangulation (Lessard-Hébert, Goyette et al. 1995) des données recueillies et utilisées dans cette recherche.

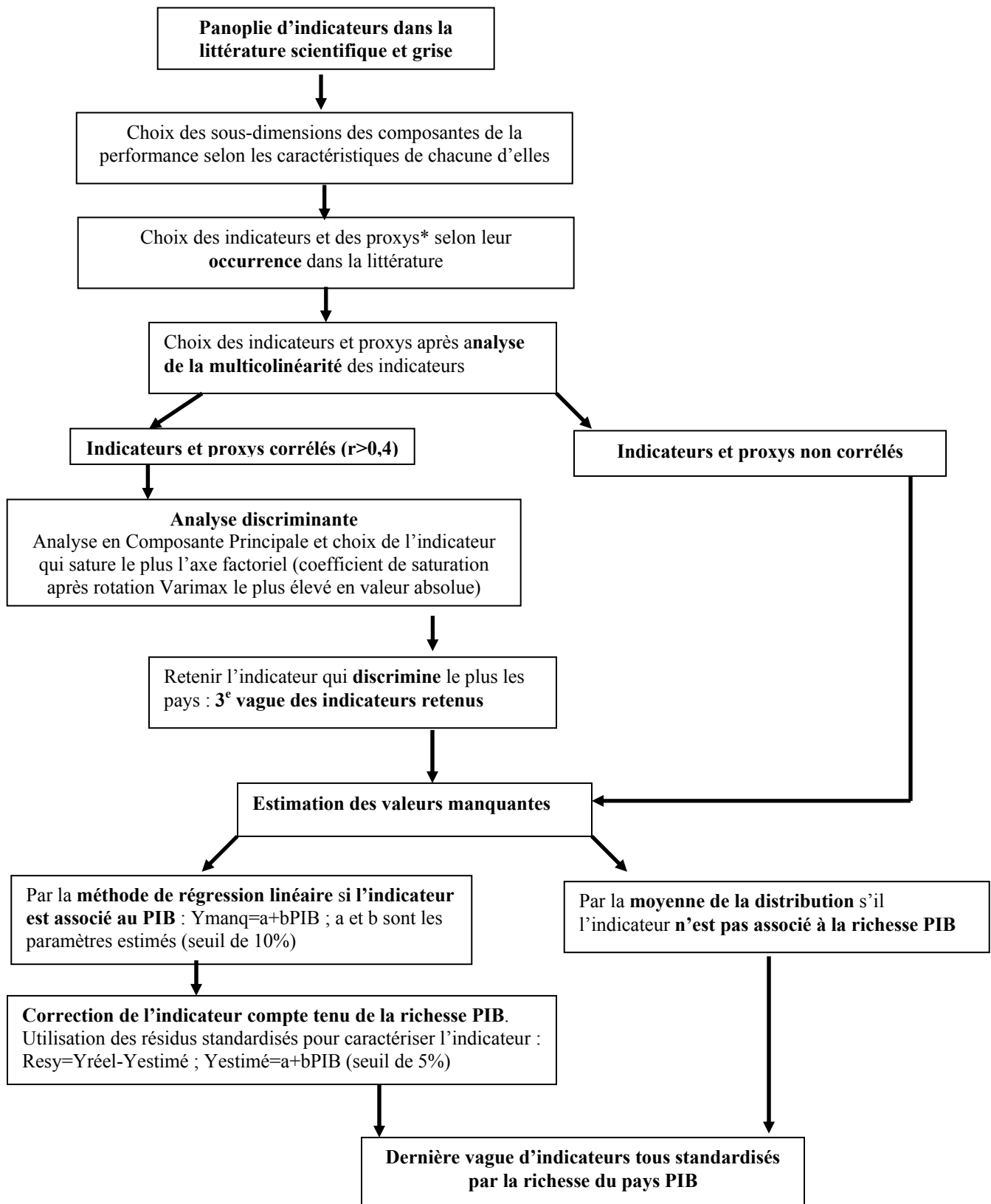
6.2.2 Sélection des indicateurs

La sélection des indicateurs, permettant une opérationnalisation de chacune des composantes (ressources, services et santé) de la performance, a été réalisée à l’aide d’un algorithme en quatre étapes conçu à cet effet. (Voir figure 6.2)

Étape1: Consultation et synthèse de la littérature grise et scientifique

Cette étape a été fondatrice dans le choix des indicateurs à collecter pour documenter chacune des composantes. Les différents rapports de l’OMS, de l’OCDE, du Commonwealth Fund ont été consultés afin de recenser les indicateurs utilisés pour mesurer la performance des systèmes de soins dans les pays. Aussi, des articles scientifiques (empiriques et théoriques) ont été identifiés via les modules électroniques de références bibliographiques tels *MedLine (Ovid)* et *Cinahl (2005-2009)*. Les mots clés *healthcare performance, healthcare system, productivity, efficacy, effectiveness, quality* ont été utilisés pour la recherche.

Figure 6.2: Algorithme de sélection des indicateurs pour la mesure de la performance



*Un proxy est un indicateur qui permet d'estimer l'indicateur réel en fonction du degré de corrélation ou d'association avec l'indicateur réel. En guise d'exemple, l'équité santé dans la société est approximée par des indicateurs d'équité dans la société, car d'après les études Marmot et al., il existe une forte association entre l'équité santé dans la société et l'équité dans la société.

Deux constats majeurs ont émergé de cette revue de la littérature : premièrement, le concept de performance est utilisé pour désigner parfois *l'efficience, l'efficacité, le rendement, la production, la qualité, l'accessibilité, l'utilisation, l'équité*, etc., sans distinction réelle entre ces notions ; deuxièmement, une panoplie d'indicateurs existe dans la littérature pour mesurer les composantes services et résultats de santé atteints.

Partant de ces constats, des sous-dimensions ont été choisies sur la base des caractéristiques intrinsèques de chacune des trois composantes. Une première vague d'indicateurs a été ensuite retenue selon leur occurrence dans la littérature grise et leur présence dans plus de 500 articles scientifiques consultés (validité et fiabilité). Tous ont été enfin classés dans chacune de ces sous-dimensions. En plus de leur occurrence dans les études, les indicateurs ont été choisis sur la base de leur disponibilité dans les différentes sources, et de la capacité d'être approximé par d'autres indicateurs (proxys) présents dans les sources disponibles.

Dans la composante «ressources»

Cette composante se subdivise en cinq sous-dimensions comme le suggère Donabedian (1973, 1980, 1992) : *la mobilisation des ressources humaines, financières, technologiques, matérielles et organisationnelles*.

Les ressources humaines sont en général mesurées par le nombre de professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, autres emplois) par 1000 habitants. Les ressources financières mobilisées sont mesurées à la fois par les dépenses totales de santé par tête en parité de pouvoir d'achat (PPA) et les dépenses totales de santé par rapport à la richesse (PIB). Les ressources technologiques sont généralement opérationnalisées par le nombre de tomodensitomètres (scanners), IRM (Imagerie par Résonance Magnétique), mammographes, etc. pour un million d'habitants. Les ressources matérielles sont déterminées beaucoup plus par le nombre de matériels médicaux (lits) dans les établissements de santé pour 1000 habitants. Enfin, les ressources organisationnelles sont

déterminées par l'ensemble des lois, règlements qui définissent comment les ressources (argent, pouvoir, influence et engagements) sont réparties et échangées. Cette dernière sous-dimension n'a pas été prise en compte dans cette analyse, car les informations qui la composent sont difficilement mesurables de façon quantitative. Elles sont en majeure partie considérées dans des études qualitatives.

Dans la composante «services»

Selon Donabedian (1980), les processus représentent les activités et services produits par le système de soins pour atteindre de meilleurs résultats chez le patient. Quatre grandes sous-dimensions ont été identifiées dans la littérature pour mesurer cette composante : *volume de services produits, le rendement hospitalier, la pertinence des services produits en termes de qualité technique, et l'expérience de soins.*

Le volume des soins et services produits mesure la quantité de biens et services de produits par le système de soins (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005). Il renseigne donc sur le nombre de visites médicales, les hospitalisations (admissions) ainsi que sur le volume de services préventifs effectués. Les visites médicales sont généralement mesurées par le nombre de consultations de médecins par personne ; les hospitalisations sont généralement mesurées par le taux d'admission (ou le taux de sortie) par catégories de diagnostic pour 100 000 personnes et le nombre total de journées d'hospitalisation. Et les services préventifs produits (Pineault, Levesque et al. 2008) sont définis par : le pourcentage d'enfants vaccinés, la proportion de la population de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe, le pourcentage des femmes de 50 à 69 ans dépistées par mammographies, et la proportion de femmes de 20 à 69 ans dépistées du cancer cervical.

Le rendement hospitalier désigne le rapport entre la quantité de services produits dans les hôpitaux et les ressources utilisées dans les hôpitaux (Kaci 2006). Pour l'apprécier, il faut tenir compte des coûts des services, de la quantité, du type, et de la nature même des

ressources utilisées dans les hôpitaux. Selon Donabedian (1973, 1980), le rendement d'un hôpital dans un système de soins est généralement mesuré par : la durée moyenne de séjour (DMS) par maladie, le taux d'occupation des lits, le taux de chirurgie d'un jour, le nombre moyen de professionnels de santé par lits, le pourcentage des coûts d'administration par rapport aux dépenses totales de santé. Tels sont les indicateurs utilisés dans cet article pour le mesurer.

La pertinence se réfère à la qualité technique des services produits, autrement dit à la proportion des services discrétionnaires fournis. Ces derniers représentent les services n'ayant aucun consensus médical sur la nécessité de les fournir pour assurer la santé des populations (Weenberg and al. 1989). Elle est mesurée par des indicateurs tels le nombre de césariennes par naissances vivantes, le taux d'hystérectomie effectuée, le taux de chirurgie de la cataracte effectuée, le nombre d'amygdalectomies réalisées, et le nombre de pontages coronariens effectués.

Une autre sous-dimension de la composante « services produits » est *l'expérience de soins des patients*. Il informe sur le degré d'appréciation que le patient fait de son parcours de soins (Pineault and Daveluy 1996). Elle est mesurée généralement en termes *d'accessibilité, de continuité, et de globalité* comme le précisent Pineault et Daveluy (1996). *L'accessibilité* désigne la facilité d'entrer en contact avec les services de santé (Pineault, Levesque et al. 2008). La *continuité* des services indique dans quelle mesure les services sont offerts comme une succession cohérente d'événements en lien avec les besoins et le contexte de vie des patients (Reid, Haggerty et al. 2002; Pineault, Levesque et al. 2008). La *globalité* indique la gamme de services offerts par des organisations productives. Plus la gamme de services est étendue, plus la globalité est grande (Lamarche and Trigub-Clover 2008; Pineault, Levesque et al. 2008). Cette sous-dimension n'a pas été

prise en compte dans cet article du fait de l'absence de données les mesurant dans les 27 pays étudiés.

Dans la composante « Santé »

Quatre sous-dimensions ont été répertoriées : santé générale, facteurs de risque, équité, et satisfaction de la population à l'égard du système de soins.

La santé générale est généralement opérationnalisée par les indicateurs de longévité telles l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé, la mortalité générale (standardisée par l'âge et le sexe), la mortalité maternelle, infantile, néonatale et périnatale, et la mortalité prématurée en années potentielles de vie en bonne santé avant 70 ans (OECD 2007).

Les facteurs de risque se mesurent en général par : le pourcentage de la population de plus de 15 ans fumant quotidiennement ; le pourcentage de la population obèse, en embonpoint ; et enfin le nombre moyen de litres d'alcool consommés pour la population.

L'équité désigne la responsabilité collective de solidarité pour répartir de façon juste entre les individus (selon leurs besoins), les groupes et régions des choses relatives à un droit fondamental telles que les services médicaux (Beresniack and Duru 2001).

L'opérationnalisation de l'équité est assez complexe et surtout difficile à une échelle nationale (Gakidou, Murray et al. 2000). L'OMS, pour sa part, a mesuré l'équité en santé dans un pays à l'aide d'un indice de l'inégalité construit grâce aux différentiels d'espérance de vie et d'appréciation des soins par la population et d'un indice d'équité des contributions financières (dépenses catastrophiques) versées par les ménages au système de santé (OMS 2000).

Dans cet article, l'équité a été mesurée d'une part par l'équité genre et âge en termes de longévité et facteurs de risques et d'autre part par l'inégalité santé dans la société. Dans le premier cas, l'équité représente l'égalité, moralement correcte, entre hommes et femmes à différents âges par rapport à la santé. Elle a été mesurée par le différentiel genre (femmes-

hommes) standardisé par l'âge pour chacun des indicateurs mesurant la longévité et les facteurs de risques. Dans le second cas, des *proxys* existant dans la littérature ont été choisis pour l'approximer. En effet, conscient de la relation qui existe entre le niveau d'instruction, la distribution du revenu et l'état de santé (Wilkinson 1992; Kennedy, Kawachi et al. 1996; Preston 2007) d'une part, celle existant entre les inégalités de revenu, la mortalité et le stress psychosocial (Marmot, Shipley et al. 1984; Helmer and Shea 1994; Kaplan, Pamuk et al. 1996; Kennedy, Kawachi et al. 1996; Smith 1998) d'autre part, les indicateurs de l'équité sociale dans la société ont été utilisés comme *proxys* de mesure de l'inégalité de la santé dans la société. Ainsi, l'indice de Gini mesurant l'inégalité de distribution des revenus dans la société, le taux et l'intensité de pauvreté dans le pays, et le pourcentage des ménages à revenu minimal a été retenu pour l'analyse (OCDE 2009).

La satisfaction à l'égard du système de soins ou réactivité se réfère au degré auquel les attentes et préférences des personnes sont prises en compte et satisfaites (Pineault and Daveluy 1996). L'OMS (2000) et l'OCDE (2007) ont proposé une mesure de cette sous-dimension, mais elle ne fera pas l'objet de cette étude compte tenu principalement de l'absence des données récentes dans plusieurs pays à l'étude.

Le tableau 6.1 résume l'ensemble des indicateurs de mesure de chacune des trois composantes de la performance utilisés dans cet article.

Tableau 6.1: Définitions opérationnelles des variables collectées pour l'analyse de la performance

Performance	Données à collecter	Indicateurs	Définitions opérationnelles
Ressources mobilisées	Ressources matérielles mobilisées	Lits pour 1000 habitants Lits d'hôpitaux pour 1000 personnes Lits d'hôpitaux psychiatriques Lits de soins de longues durées, maisons pour 1000 personnes de 65 ans et plus Lits d'hôpitaux de soins aigus pour 1000 personnes	Continue
	Ressources humaines mobilisées	médecins généralistes en activité médecins spécialistes en activité pharmaciens infirmières en activité autre emploi total en santé (déduction de l'emploi total en santé) emploi total en santé	
	Ressources technologiques mobilisées	tomodensitomètres par million d'habitants appareils d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) par million d'habitants équipements de radiographie par million d'habitants mammographes par million d'habitants lithotripteurs par million d'habitants	
	Ressources financières mobilisées	dépenses totales en santé par personne PPA dépenses de santé par rapport au PIB	
Résultats de santé atteints	Santé générale	Espérance de vie Espérance de vie en bonne santé	Continue Naissance, 40 ans et 60 ans
		Mortalité générale pour 100 000 habitants Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes Mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes Mortalité périnatale pour 1 000 naissances vivantes Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes Mortalité hospitalière pour 100 000 habitants	Normalisée par l'âge (référence 1980)

Performance	Données à collecter	Indicateurs	Définitions opérationnelles
		Décès évitables en Années de Vie Potentielle Perdues pour 100 000 habitants	Avant 70 ans
	Facteurs de risque	Tabac : % de la population de plus de 15 fumant quotidiennement Embonpoint : % de la population souffrant d'excès de poids (IMC compris entre 25 inclus et 30 exclu) Obésité : % de la population obèse (IMC plus grand que ou égal à 30) Alcool : consommation abusive d'alcool en nombre de litres consommés par personne chez les 15 ans et plus	
	Équité genre et âge	Différentiel d'espérance de vie à la naissance, à 40 ans et à 60 ans Différentiel d'espérance de vie en bonne santé à la naissance et à 60 ans Différentiel de mortalité générale standardisé avec l'âge en années pour 100 000 habitants Différentiel de décès évitables en années pour 100 000 habitants Différentiel par genre pour le tabac Différentiel par genre pour l'embonpoint Différentiel par genre pour l'obésité Différentiel par genre pour la consommation abusive d'alcool	
	Inégalité santé dans la société	État de santé selon le niveau d'éducation et d'instruction État de santé selon la distribution du revenu dans la population État de santé selon la classe sociale	inégalité de revenu par indice de Gini Intensité de pauvreté, seuil de pauvreté fixé à 50 % Taux de pauvreté, seuil de pauvreté fixé à 50 % pauvreté chez les enfants ménages à revenu minimal
Services produits	Volume de services produits	Consultations des médecins par tête Nombre de journées d'hospitalisation journées d'hospitalisation (taux de sortie) pour 100 000 habitants vaccination Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (DTC) en % enfants	Continue

Performance	Données à collecter	Indicateurs	Définitions opérationnelles
		vaccination Rougeole en % enfants vaccination contre la grippe en % de population de 65 et plus vaccinée dépistage par mammographie en % des femmes de 50-69 ans dépistage du cancer cervical en % des femmes de 20-69 ans	
	Quantité de services produits en fonction des ressources dans un hôpital (rendement hospitalier)	Durée Moyenne de Séjour (DMS): tous hôpitaux - Jours DMS: soins aigus - Jours taux de chirurgies d'un jour taux d'occupation des lits taux de rotation des lits ratio effectif moyen de personnel par lits ratio nombre moyen d'infirmières par lits emploi par DMS en nombre moyen de personnel par jour d'hospitalisation	
	Pertinence (Qualité technique)	taux de césariennes en actes pour 1000 naissances vivantes Chirurgies de la cataracte en actes pour 100 000 adultes Amygdalectomies avec ou sans adénoïdectomie pour 100 000 adultes Hystérectomies (vaginales) en actes pour 100 000 femmes hospitalisées pontages coronariens en actes pour 100 000 personnes hospitalisées	Standardisé pour l'âge

Étape 2 : Essai d'imputation des données manquantes

Parmi les 72 indicateurs choisis après l'étape suivante, 18 d'entre eux avaient plus de trois données manquantes (données non disponibles pour plus de 10 % des pays). Un essai d'imputation des données manquantes a été réalisé, mais il a été difficile de l'effectuer sur l'ensemble des données. Ainsi, seuls les indicateurs ayant moins de trois données manquantes ont été retenus à cette étape.

Étape 3: analyse de la multicolinéarité entre les indicateurs mesurant la même sous-dimension

Dans chacune des sous-dimensions, deux indicateurs ont été considérés comme corrélés lorsque le coefficient de corrélation entre les deux a été supérieur ou égal à 0,4. Ce seuil se situe entre les limites 0,3 et 0,7 qui représentent des seuils critiques dans la mesure de la corrélation (Tabachnick and Fidell 2007). Deux cas de figure se sont présentés : indicateurs non corrélés et indicateurs corrélés. Dans le premier cas, tous les indicateurs de la sous-dimension ont été considérés. Dans le second cas (indicateurs corrélés), une analyse discriminante a été effectuée afin de retenir les indicateurs qui sont les mieux représentés sur les axes factoriels orthogonaux (après une rotation de type Varimax) qui discriminent le plus les pays.

Étape 4 : Estimation des données manquantes et standardisation des indicateurs avec la richesse du pays

Tous les indicateurs retenus jusqu'ici ont au plus deux données manquantes (voir étapes dessus). Pour celles ayant des valeurs manquantes, une estimation a été effectuée. Lorsque l'indicateur a été statistiquement corrélé à la richesse du pays (PIB) dans un modèle de régression linéaire simple avec un seuil de 10 %, la ou les valeurs manquantes ont été

estimées par le calcul suivant : ($Y_{manquant} = a + b \text{ PIB}$ où a et b sont des paramètres estimés).

Dans le cas où la corrélation avec le PIB n'était pas établie, la valeur moyenne de l'indicateur a été imputée à la ou aux valeurs manquantes.

Pour terminer le processus de sélection, tous les indicateurs (corrélés ou non au PIB) ont été standardisés par le PIB afin de contrôler l'effet de la richesse du pays sur le niveau de l'indicateur. Seules les valeurs résiduelles standardisées $Y' = Resy = Y_{réel} - Y_{estimé}$ avec $Y_{estimé} = a + b \text{ PIB}$ avec seuil de 10 % ont été utilisées dans la suite de l'analyse.

6.2.3 Analyse des données

Trois étapes majeures ont permis de réaliser l'analyse : appréciation de la performance absolue ; appréciation de la performance relative ; regroupement des pays en profils de performance globale.

Etape 1 : Appréciation de la performance absolue

Cette étape a été subdivisée en deux volets: 1) classer les pays sur chacune des composantes ressources-services-santé ; 2) dégager les profils de performance absolue émergents des 27 pays étudiés.

Volet 1: Classement des pays sur chacune des composantes

Le classement des pays a été réalisé en trois points : l'ordonnement de chacun des indicateurs retenus ; l'agrégation et la détermination du niveau des sous-dimensions ; et enfin la détermination du niveau des composantes.

La méthode de « balisage » (*benchmarking*) a permis d'ordonner chacun des indicateurs selon une balise prédéterminée. La balise est une donnée « repère », représentant un résultat idéal (désirable) avec lequel les autres résultats sont comparés (Levesque, Ouellet et al. 2009). La balise de comparaison a été la valeur la *plus faible observée* lorsque l'indicateur a

été corrélé négativement (-) avec la dimension à laquelle il appartient (ex. : moins la mortalité est élevée, plus le pays atteint ses objectifs de longévité). Elle a été la valeur la *plus élevée observée* lorsque l'indicateur a été corrélé positivement (+) à sa dimension (ex. : espérance de vie élevée induit une atteinte d'objectif fixé élevée). Enfin, la balise a été déterminée théoriquement (norme) ou empiriquement selon la courbe de distribution de l'indicateur lorsque l'indicateur a été paraboliquement corrélé (P) à sa dimension (ex. : il existe un seuil à partir duquel le taux de césariennes est considéré comme néfaste pour la qualité des soins).

Une fois les balises choisies, les indicateurs ont été transformés en fonction de l'écart existant entre la balise fixée et les valeurs observées. Plus ces dernières sont proches de la balise, plus leurs nouvelles valeurs après transformation se rapprochent de 1, aussi plus elles s'éloignent de la balise, plus leurs nouvelles valeurs s'approchent de 0. Cette transformation a permis d'ordonner tous les indicateurs sur une échelle de 0 à 1 ou de 0 % à 100 %. La formule de transformation suivante, inspirée de la géométrie, a été utilisée à cette fin :

$$\mathbf{Indicateur}_{transformé} = \mathbf{1} - \frac{\mathbf{Ibalise-valeurI}}{\mathbf{Max (Ibalise-valeurI)}}$$

L'agrégation au niveau des sous-dimensions a été faite en calculant un score moyen des indicateurs transformés. Il a été supposé que tous ces indicateurs ont le même poids dans la sous-dimension.

Une analyse de la courbe de distribution de chacune des sous-dimensions a été réalisée pour déterminer deux seuils de séparation en fonction des terciles, permettant ainsi de subdiviser la sous-dimension en trois niveaux: *bas, moyen et élevé*.

Pour terminer, une cote à trois niveaux, *plus élevé, moyen et moins élevé*, a ainsi permis de catégoriser chacune des composantes de la performance. La détermination de la cote a été faite en se basant sur le nombre de sous-dimensions de niveau *élevé, moyen et bas*.

Volet 2 : Positionnement des pays selon leurs profils de performance absolue

La prise en compte simultanée des composantes ainsi catégorisées a permis de construire des profils de *performance absolue* pour chacun des pays. Les analyses *de correspondances multiples (ACM)* et de *classification hiérarchique ascendante (CHA)* ont été utilisées. L'ACM vise à mettre en évidence : les relations entre les modalités des différentes variables (dimensions ou alignements) ; éventuellement, les relations entre pays ; et les relations entre les variables, telles qu'elles apparaissent à partir des relations entre modalités. La CHA vise à regrouper entre eux des pays similaires selon leurs niveaux dans chacune des dimensions. Ainsi, pour un niveau de précision donné, deux pays peuvent être confondus dans un même groupe, alors qu'à un niveau de précision plus élevé, ils seront distingués et appartiendront à deux sous-groupes différents. Cette analyse encore appelée analyse typologique, taxonomie, taxinomie ou encore analyse en *clusters* permet de répartir les pays, caractérisés par composantes, en un nombre fini de sous-groupes aussi homogènes que possible (Jambu 1978; Escofier and Pagès 1998; Lebart, Morineau et al. 2000).

Étape 2 : Appréciation de la performance relative

Cette étape a été subdivisée en deux volets : 1) classer les pays selon les efforts fournis en termes d'efficacité, d'efficacités et de productivité; 2) dégager les profils de performance relative émergents des 27 pays étudiés.

Volet 1 : Classement des pays sur chacune des composantes des efforts fournis

Premièrement, le lien entre les ressources et les résultats a été opérationnalisé par *l'efficience*. Cette dernière informe sur la capacité d'atteindre les objectifs fixés par rapport

à la quantité de ressources disponibles dans le système. L'*efficience* a été considérée comme *moins élevée* lorsque le niveau de résultats de santé atteints était inférieur au niveau de ressources investies. Elle a été de niveau *plus élevé* lorsque le niveau de résultats de santé atteints était supérieur au niveau de ressources investies. Enfin, elle a été considérée comme *moyenne* pour un même niveau de résultats de santé atteints et de ressources investies.

Deuxièmement, le lien entre les résultats atteints et les services produits a été mesuré par l'*efficacité*. Elle traduit la capacité d'atteindre les résultats de santé visés par rapport à la quantité de services produits par le système de soins. L'*efficacité* a été considérée comme *moins élevée* lorsque le niveau de résultats de santé atteints était inférieur aux services produits. Elle a été de niveau *plus élevé* lorsque le niveau de résultats de santé atteints était supérieur au niveau de services produits. Enfin, elle a été considérée comme *moyenne* pour un même niveau résultats de santé atteints et de services produits.

Troisièmement, le lien entre les services produits et les ressources mobilisées a été opérationnalisé par la notion de *productivité*. La *productivité* a été considérée comme *moins élevée* lorsque le niveau de services produits était inférieur au niveau de ressources investies. Elle a été de niveau *plus élevé* lorsque le niveau de services produits était supérieur au niveau de ressources investies. Enfin, elle a été considérée comme *moyenne* pour un même niveau de services produits et de ressources mobilisées.

Volet 2 : Positionnement des pays selon leurs profils de performance relative

La prise en compte simultanée de l'ensemble de ces liens a également permis de construire les profils de *performance relative* de chacun des systèmes. Les méthodes l'ACM et de la CHA ont également été utilisées.

Étape 3 : Regroupement des pays ayant des profils globaux semblables de performance de leur système de soins

La performance globale vise la maximisation simultanée de la performance absolue et relative. Cette maximisation reposerait sur l'hypothèse selon laquelle le niveau de résultats devrait être supérieur au niveau de services produits et le niveau de ces derniers supérieur ou égal au niveau de ressources utilisées mobilisées dans le système.

Pour l'opérationnaliser, les profils de *performance absolue* et de *performance relative* ont été ordonnés et des rangs leur ont été attribués. Le rang numéro 1 a été attribué au moins performant, le rang numéro 2 a été attribué au profil moyen tandis que le rang numéro 3 a été attribué au plus performant. Ensuite, une *analyse des correspondances simples (AFC)* et une *classification hiérarchique ascendante (CHA)* ont été tour à tour effectuées.

L'*analyse des correspondances simples (AFC)* est une méthode qui vise à trouver le meilleur résumé possible des informations disponibles dans un espace de dimension réduite ou sur un petit nombre d'axes qui maximise l'inertie projetée. Elle est basée sur une métrique du χ^2 et permet ainsi de regrouper des modalités (performance absolue et performance relative) assez corrélées. Couplée à l'CHA, elle a permis de regrouper les pays dont les modalités sont statistiquement corrélées.

Ce nouveau regroupement de pays a ainsi aidé à faire émerger les différents profils de performance globale intégrée existant dans les 27 pays étudiés. L'appellation donnée à chacun des profils intégrés globaux de performance découle d'un jugement apporté en fonction de leurs caractéristiques intrinsèques.

Les logiciels SPSS (*Statistical Package of Social Science*) et SPAD (Système Pour les Analyses de Données) ont été utilisés pour l'analyse des données.

6.3 Résultats

6.3.1 Résultat 1 : Positionnement des différents pays selon la performance absolue

Le positionnement des différents pays sur chacune des composantes ressources, services et santé est présenté dans le tableau 6.2. Par ailleurs, trois profils de performance absolue ont été mis en évidence après analyse en considérant simultanément les composantes ressources, services et santé. Il s'agit de: *performance absolue au-dessus de la moyenne*, *performance absolue moyenne* et *performance absolue en dessous de la moyenne*. Le tableau 6.3 présente le classement des pays selon les profils de performance absolue.

Tableau 6.2: Positionnement des pays sur chacune des dimensions de la performance

Ressources	Acquisition des ressources humaines	Acquisition des ressources financières	Acquisition des ressources technologiques	Acquisition des ressources matérielles	Pays	Effectifs	%
moins élevé	bas/moyen	bas/moyen	bas/moyen	bas/moyen	Royaume-Uni, Irlande, Corée du Sud, Finlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Grèce, Canada, Espagne, Hongrie, Pays-Bas, Danemark, Suède	13	48,1
Moyen	Moyen	moyen	élevé/moyen	moyen	Slovaquie, États-Unis, Japon, Australie, Portugal, Luxembourg, Norvège, France	8	29,6
plus élevé	Élevé	élevé	élevé/bas	élevé/moyen	République tchèque, Islande, Allemagne, Autriche, Suisse, Belgique	6	22,2
Résultats de santé	Facteurs de risques	Longévité (efficacité populationnelle santé)	Équité		Pays	Effectifs	%
moins élevé	bas/moyen	bas/moyen	bas/moyen		Hongrie, République tchèque, Irlande, Luxembourg, Grèce, États-Unis, Nouvelle-Zélande	7	25,9
Moyen	Moyen	bas/moyen	moyen		Autriche, Royaume-Uni, Espagne, Danemark, Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Canada, Slovaquie, Corée du Sud, Italie, Portugal	12	44,4
plus élevé	élevé/moyen	élevé	élevé/moyen		Australie, France, Finlande, Islande, Japon, Belgique, Norvège, Suède	8	29,6

Services	Rendement hospitalier	Volume produit	Qualité (non discrétionnaire)	Pays	Effectifs	%
moins élevé	bas/moyen	bas/moyen	bas/moyen	États-Unis, Allemagne, Luxembourg, Corée du Sud, Suisse, Autriche, Nouvelle-Zélande, Belgique	8	29,6
Moyen	moyen	bas/moyen	élevé/moyen	Japon, République tchèque, Slovaquie, France, Grèce, Australie, Portugal, Espagne, Hongrie, Royaume-Uni, Irlande, Italie	12	44,4
plus élevé	élevé	moyen	Élevé	Pays-Bas, Norvège, Finlande, Suède, Islande, Canada, Danemark	7	25,9

Tableau 6.3: Profils de performance absolue

Performance absolue	Ressources	Services	Santé	Pays	Effectifs	%
En dessous de la moyenne	moins élevé	moyen/moins élevé	moyen/moins élevé	Corée du Sud, Espagne, États-Unis, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Luxembourg, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni	10	37,0
Moyen	moyen/plus élevé	moyen	moyen	Allemagne, Autriche, Canada, Danemark, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Slovaquie, Suisse	9	33,3
Au dessus de la moyenne	moyen	moyen/plus élevé	plus élevé	Australie, Belgique, Finlande, France, Islande, Japon, Norvège, Suède	8	29,6

Le profil *performance absolue au dessus de la moyenne* comprend 8 des 27 pays (soit 29,6 %). Ces pays se définissent en général par une capacité de mobilisation des ressources moyenne, des résultats de santé plus élevés, et une capacité de production (services produits) de niveau moyen ou plus élevé.

Le profil *performance absolue moyenne* rassemble 9 des 27 pays (soit 33,3 %) qui possèdent en général une capacité de mobilisation des ressources moyenne ou plus élevée, des résultats de santé *moyens* et une production moyenne.

Enfin, le profil *performance absolue en dessous de la moyenne* qui regroupe 10 des 27 pays (soit 37,4 %). Il se caractérise principalement par un niveau moins élevé pour la capacité de mobilisation des ressources, un niveau moins élevé ou moyen autant pour les résultats de santé que pour la production.

6.3.2 Résultat 2 : Positionnement des différents pays selon la performance relative

Le positionnement des différents pays suivant leur niveau d'efforts fournis en termes d'efficience, d'efficacité et de productivité est présenté dans le tableau 6.4. Par ailleurs, trois profils de performance relative ont émergé en tenant compte simultanément de l'efficience, de l'efficacité et de la productivité. Il s'agit de : *performance relative au-dessus de la moyenne*, *performance relative moyenne* et *performance relative en dessous de la moyenne*. Le tableau 6.5 classe les pays suivant les profils de performance relative.

Tableau 6.4: Positionnement des pays suivant les liens entre les composantes (efficience, efficacité, productivité)

Efficience	Pays	Effectifs	%
moins élevé	Allemagne, Autriche, États-Unis, Luxembourg, République tchèque, Suisse	6	22,2
moyen	Belgique, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Nouvelle-Zélande, Portugal, Slovaquie	8	29,6
plus élevé	Australie, Canada, Corée du Sud, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Japon, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède	13	48,1
Efficacité	Pays	Effectifs	%
moins élevé	Canada, Danemark, Grèce, Hongrie, Irlande, Pays-Bas, République tchèque	7	25,9
moyen	Espagne, États-Unis, Finlande, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Portugal, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède	12	44,4
plus élevé	Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Corée du Sud, France, Japon, Suisse	8	29,6
Productivité	Pays	Effectifs	%
moins élevé	Allemagne, Autriche, Belgique, États-Unis, Luxembourg, République tchèque, Suisse	7	25,9
moyen	Australie, Corée du Sud, France, Islande, Japon, Nouvelle-Zélande, Portugal, Slovaquie	8	29,6
plus élevé	Canada, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède	12	44,4

Tableau 6.5: Profils de performance relative

Performance relative	Efficience	Efficacité	Productivité	Pays	Effectifs	%
En dessous de la moyenne	moins élevé	moyen/plus élevé	moins élevé	Allemagne, Autriche, États-Unis, Luxembourg, République tchèque, Suisse	6	22,2
moyen	moyen	moins élevé/moyen	moyen/plus élevé	Belgique, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Nouvelle-Zélande, Portugal, Slovaquie	8	29,6
Au-dessus de la moyenne	plus élevé	moyen/plus élevé	moyen/plus élevé	Australie, Canada, Corée du Sud, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Japon, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède	13	48,2

Le profil *performance relative au-dessus de la moyenne* regroupe 13 des 27 pays (soit 48,2 %). Il se distingue des autres par une efficacité de niveau plus élevé, une efficacité et une productivité moyennes ou plus élevées. Autrement dit, les pays mobilisent moins de ressources, fournissent proportionnellement moins ou au autant d'efforts de production pour atteindre leur niveau de résultats de santé.

Le profil *performance relative moyenne* rassemble 8 des 27 pays (soit 29,6 %) ayant un niveau moyen en termes d'efficacité, moyen ou moins élevé en termes d'efficacité et moyen ou plus élevé en termes de productivité. Autrement dit, les pays mobilisent autant de ressources et fournissent proportionnellement autant d'efforts de production que de résultats de santé atteints.

Le profil *performance relative en dessous de la moyenne* regroupe 6 des 27 pays (soit 22,2 %). Il se caractérise principalement par une efficacité de niveau moins élevé, une efficacité moyenne ou plus élevée et une productivité moins élevée. Autrement dit, les pays mobilisent plus de ressources et fournissent proportionnellement autant d'efforts de production pour atteindre leur niveau de résultats de santé.

6.3.3 Résultat 3 : Positionnement des pays suivant les différents profils de performance globale intégrée

L'analyse des données a permis de dégager quatre configurations (ou profils) de performance globale intégrée émergeant des 27 pays étudiés. Deux sont de niveau de performance globale relativement plus élevé : *performance satisfaisante et performance prometteuse*. Les deux autres sont de niveau relativement moins élevé : *performance fragile-polarisée et performance limitée*.

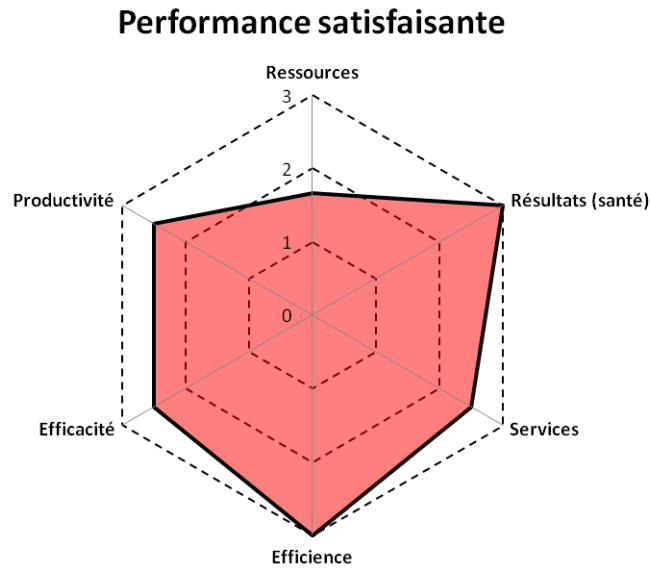
Le tableau 6.6 regroupe les 27 pays selon leur degré de similarité en termes de profil de performance globale et intégrée.

Tableau 6.6 : Positionnement des pays suivant les différents profils de performance globale

Performance globale intégrée	Performance absolue	performance relative	Pays	Effectifs	%
Limitée	moyen/en dessous de la moyenne	moyen/en dessous de la moyenne	Allemagne, Autriche, États-Unis, Grèce, Hongrie, Irlande, Luxembourg, Nouvelle-Zélande, République tchèque, Suisse	10	37,0
Fragile-polarisée	en dessous de la moyenne	Au-dessus de la moyenne	Corée du Sud, Espagne, Italie, Royaume-Uni	4	14,8
Prometteuse	moyen/au-dessus de la moyenne	moyen/au-dessus de la moyenne	Belgique, Canada, Danemark, Islande, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie	7	26,0
Satisfaisante	Au-dessus de la moyenne	Au-dessus de la moyenne	Australie, Finlande, France, Japon, Norvège, Suède	6	22,2

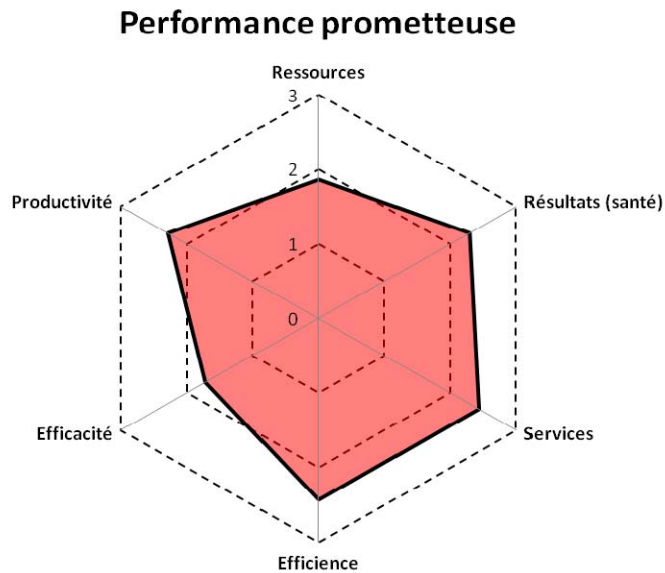
Le profil dit *performance satisfaisante* illustré par la figure 6.3 regroupe 6 des 27 pays (soit 22,2 %). Il se caractérise par un niveau largement au-dessus de la moyenne autant pour la performance absolue (sauf la capacité de mobilisation des ressources qui est au niveau moyen) que pour la performance relative. Ces pays ont ainsi un système de soins de performance satisfaisante.

Figure 6.3: Profil de performance satisfaisante



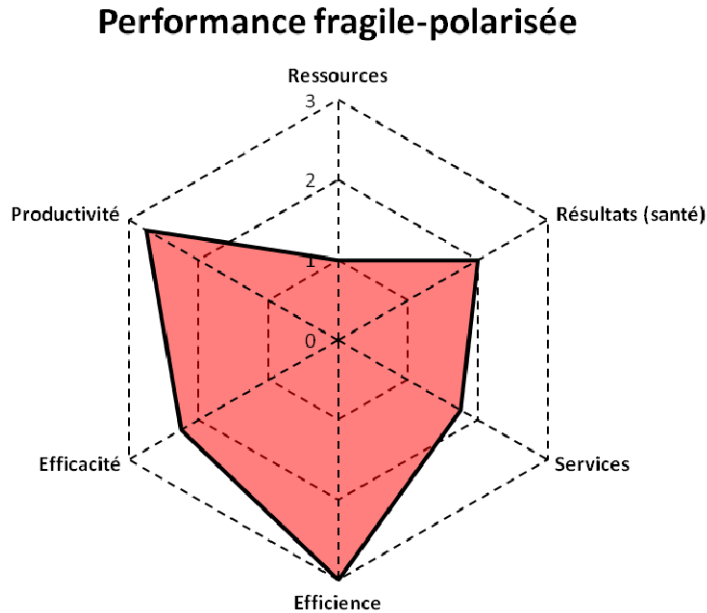
Le profil dit *performance prometteuse* illustré par la figure 6.4 regroupe 7 des 27 pays (soit 25,9 %). Il se caractérise globalement par un niveau moyen ou au-dessus de la moyenne autant pour la performance absolue que pour la performance relative. Les pays nantis de ce profil de performance ont un système de soins correct, acceptable et encourageant.

Figure 6.4: Profil de performance prometteuse



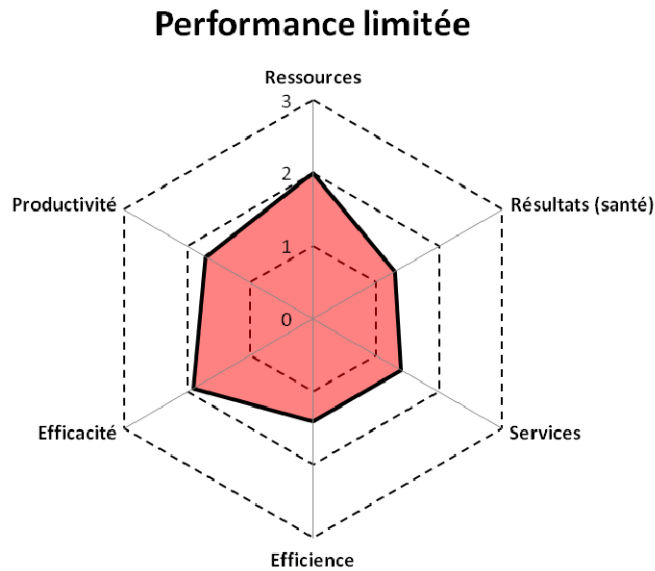
Le profil dit *performance fragile-polarisé* illustré par la figure 6.5 regroupe 4 des 27 pays (soit 14,8 %). Il se caractérise globalement par une performance absolue en dessous de la moyenne, et une performance relative au-dessus du niveau moyen. Les pays possédant ces caractéristiques ont un niveau global de performance polarisé.

Figure 6.5: Profil de performance fragile-polarisée



Enfin, le profil dit *performance limitée* illustré par la figure 6.6 regroupe 10 des 27 pays (soit 37,0 %). Il se caractérise par un niveau *en dessous de la moyenne* autant pour la performance absolue que pour la performance relative. Les pays détenant ce type de profil ont des systèmes de soins limités et moins performants dans l'ensemble.

Figure 6.6: Profil de performance limitée



6.4 Discussion

Deux objectifs étaient poursuivis dans cet article : 1) apprécier la performance des systèmes de soins de 27 pays de l'OCDE et 2) dégager les profils des pays selon l'homogénéité du niveau de performance de leurs systèmes de soins. Des apports d'ordre empirique et théorique ressortent des analyses.

Sur le plan empirique, il existe une grande variation entre les pays en ce qui concerne leur capacité de mobilisation des ressources dans le système de soins, leur capacité d'atteindre les résultats de santé fixés et leur capacité à produire des services de qualité. Ces variations sont également perçues en efforts fournis au niveau de l'efficience, de l'efficience et de la productivité.

Bien que ces résultats confirment, comme dans la littérature, la variation entre les pays en ce qui concerne leur niveau de performance, ils vont plus loin en classant les pays sur l'ensemble des composantes ressources-services-santé (*performance absolue*) et sur l'ensemble des liens existant entre ces composantes en termes d'efficience, d'efficacité et

de productivité (*performance relative*). Autrement dit, ils permettent de classer les pays selon leur niveau en termes de services fournis et résultats de santé atteints compte tenu des ressources disponibles et des efforts fournis.

Le profil *performance satisfaisante* est le seul des quatre profils qui soutient l'hypothèse selon laquelle le niveau de résultats de santé atteints devrait être supérieur au niveau de services produits, et celui de ce dernier devrait être supérieur au niveau de ressources afin d'atteindre un niveau élevé de performance globale des systèmes. Il apparaît comme le plus attrayant bien que des efforts restent encore à faire en termes de mobilisation des ressources. Ce profil regroupe les pays dans lesquels les résultats de performance sont élevés avec proportionnellement moins d'efforts fournis et une faible quantité de ressources mobilisées.

Dans le profil *performance prometteuse*, pour un effort donné, les pays semblent atteindre un niveau de performance souhaité en termes de services produits et de résultats de santé atteints assez élevé. Les résultats obtenus semblent proportionnellement au même niveau que les efforts fournis. Toutefois, les pays inscrits dans ce profil gagneraient à améliorer leur capacité de mobilisation des ressources et leur effort en termes d'efficacité.

Dans le profil *performance fragile-polarisé*, il serait important de poser la question suivante : dans quelle condition une faible quantité de ressources mobilisées ne permettrait-elle pas d'atteindre un niveau intéressant de performance en termes de résultats de santé atteints et de services produits ? Les pays contenus décrits par ce profil de performance réaliseraient une moins bonne performance sur l'ensemble des trois composantes avec proportionnellement moins d'efforts fournis et moins de ressources mobilisées.

Le profil *performance limitée*, quant à lui, est le seul des quatre rassemblant des pays qui réaliseraient une moins bonne performance avec proportionnellement plus de ressources mobilisées et plus d'efforts fournis. Il semble le moins attrayant des quatre profils.

Bien qu'aucun des 27 pays ne performe de façon maximale sur l'ensemble des composantes, certains pays semblent réaliser une meilleure performance que d'autres. En effet, les pays scandinaves telles la Suède, la Finlande et la Norvège se démarquent littéralement des autres pays. Ils performent très bien sur chacune des composantes services produits et résultats de santé, mais aussi au niveau des liens entre les composantes. Au contraire, les pays ayant un niveau de richesse élevé tels les États-Unis, le Luxembourg, et la Suisse sont ceux qui paradoxalement réalisent la moins bonne performance. Qu'est-ce qui pourrait expliquer ces constats ? Est-ce la façon de financer ou d'organiser les systèmes de soins dans les pays ?

Sur le plan théorique, les analyses soutiennent la théorie de l'approche configurationnelle selon laquelle une bonne compréhension d'une organisation passe par la prise en compte simultanée et interreliée de toutes les entités qui la composent (McKelvey 1982; Meyer, Tsui et al. 1993). Cet article donne un portrait global et plus complet de la performance des systèmes de soins. Il tient compte du caractère multidimensionnel de la performance contrairement à plusieurs études empiriques sur la performance qui se focalisent soit sur un seul indicateur (Tandon, Murray et al. 2000), soit sur plusieurs indicateurs pris de façon disparate (Health Consumer Powerhouse and Frontier Centre for Public Policy 2008), soit uniquement sur une seule des trois composantes de la performance (par exemple les études analysant uniquement la composante des résultats de santé atteints sans prendre en compte les autres).

Cet article soutient clairement l'idée selon laquelle il est important de décrire la performance des systèmes de soins par le moyen d'un cadre multidimensionnel qui met en relation les composantes de ressources mobilisées, services produits et résultats de santé comme le suggère Donabedian (1973, 1980, 1992). La performance d'un système se

décrivant dès lors comme la maximisation simultanée des composantes et des liens existant entre elles (en termes d'efficience, d'efficacité et de productivité). Autrement dit, la maximisation des services pertinents produits et des résultats de santé compte tenu d'un niveau pertinent de ressources mobilisées et d'efforts fournis.

Les analyses effectuées présentent quelques limites. Premièrement, elles ne couvrent pas certains champs essentiels dans l'analyse de la performance des systèmes de soins qui pourraient modifier les profils obtenus. Comme le suggère le cadre de Sicotte et al. (1998), l'analyse de la performance doit tenir compte de la notion de *maintien des valeurs et du climat organisationnel*. Cette dernière définit le sens et la cohésion existant au sein d'un système de soins (Sicotte, Champagne et al. 1998). Toutefois, peu d'indicateurs quantitatifs existent dans la littérature pour la mesurer. La proportion des heures supplémentaires travaillées, le taux d'absentéisme du personnel, la proportion d'heures travaillées consacrée à la formation et le taux de roulement du personnel pourraient être utilisées pour l'opérationnaliser, mais ils sont encore jusqu'ici très peu répertoriés dans les pays (Levesque, Ouellet et al. 2009).

Les champs de l'expérience de soins tels l'accessibilité, la globalité et la continuité (Pineault, Levesque et al. 2008) gagneraient à être intégrés dans l'appréciation de la performance et la construction des profils. Cependant, ces champs ne pouvaient être documentés en raison d'un manque important de leurs données dans la majorité des pays étudiés.

Deuxièmement, sur un plan purement méthodologique, l'utilisation de la même pondération pour les indicateurs d'une même sous-dimension semble être entachée d'un biais, car certains indicateurs semblent théoriquement plus importants que d'autres. Toutefois, aucune pondération n'existe dans la littérature afin de définir le poids que représente un

indicateur par rapport à un autre dans la même sous-dimension. Aussi, l'unité d'analyse *pays* utilisée dans cet article ne pourrait conduire qu'à une description partielle de la réalité existante, car à l'intérieur d'un même pays les systèmes de soins semblent varier d'une région à une autre région (à l'instar de la Suisse), d'une province à une autre (Canada) ou d'un État fédéré à un autre (États-Unis). Une unité d'analyse *région, province ou état* permettrait ainsi de mieux apprécier la performance des systèmes de soins des pays et de faire émerger d'autres profils de pays plus proches de la réalité. Mais, il reste qu'il est difficile d'obtenir des données fiables et valides couvrant tous les champs de la performance à ce niveau d'analyse.

Pour terminer, cet article a eu le mérite d'avoir opérationnalisé le concept multidimensionnel de la performance des systèmes de soins. Il fournit un portrait plus complet de la performance d'un système de soins et facilite ainsi la prise de décision dans chacun des pays en identifiant les principaux leviers de changement en matière de performance de systèmes. Puisqu'il semble surprenant que des pays assez distincts en termes de niveau de richesse réalisent des performances pareilles (profil semblable), il serait donc opportun d'examiner l'influence des modes de financement de la santé et du type d'organisation sur l'émergence de chacun de ces profils de performance.

Chapitre 7 : Quel financement pour quelle performance ? (Article 3)

Tchouaket N. Éric, MS.c¹, Lamarche A. Paul, Ph.D¹, Goulet Lise, M.D. Ph.D²,

Contandriopoulos, A-P, Ph.D¹

¹Université de Montréal, École de santé publique, Département d'administration de la santé

²Université de Montréal, École de santé publique, Département de Médecine Sociale et Préventive

Résumé

Objectif : L'objectif principal de cet article est d'examiner l'influence du financement de la santé sur la performance des systèmes, compte tenu des caractéristiques du contexte organisationnel. Il s'articule autour de deux objectifs déterminés : 1) analyser les relations directes entre le mode de financement et la performance des systèmes de soins; 2) explorer si le mode de financement et le contexte organisationnel sanitaire interagissent pour influencer la performance des systèmes de soins.

Méthodes : Les données ont été recueillies de façon transversale auprès de 27 pays de l'OCDE à revenu élevé via la banque Eco-Santé 2007, les statistiques de l'OMS, les panoramas santé et sociaux de l'OCDE, et les rapports *Health Care in Transition* du bureau de l'OMS Europe. Les relations apparentes et révélatrices entre le financement, la performance et le contexte organisationnel sanitaire ont été identifiées suivant une approche descriptive.

Résultats : Les analyses montrent qu'il existe peu de relations directes entre le financement et la performance. Toutefois, plusieurs relations émergent lorsque le lien entre le financement et la performance est observé dans divers types d'organisation sanitaire.

Conclusion : L'un des principaux messages que véhicule cet article est que certains modes de financement semblent plus attrayants que d'autres en termes de performance dans des contextes organisationnels sanitaires différents. Les résultats permettront ainsi à tous les acteurs du système de comprendre qu'il n'existe qu'une influence indirecte du financement de la santé sur la performance des systèmes de soins due à l'interaction du financement avec le contexte organisationnel sanitaire.

Mots clés : financement, performance, contexte organisationnel, interaction.

7.1 Introduction

Des écarts significatifs existent entre les systèmes de soins des pays l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) en matière de performance. Que cette dernière soit considérée comme la capacité d'atteinte des objectifs de santé, la capacité d'adaptation aux changements environnementaux, la capacité de produire les services de soins de qualité, ou la capacité de maintenir les valeurs organisationnelles dans le système, ces différences persistent toujours (OCDE 2004; OCDE 2009).

Deux avenues théoriques sont mises en exergue dans la littérature pour expliquer ces écarts : la disponibilité des ressources dans le système de soins; et l'organisation des soins (Mossialos, Dixon et al. 2002; Davis 2008; OMS 2008). Elles sont perçues généralement comme indépendantes, autrement dit, toute modification de la quantité de ressources disponibles dans le système a le même effet sur la performance indépendamment de l'organisation de soins. Aussi, toute modification de l'organisation de soins conduit à un même effet sur la performance indépendamment de la quantité de ressources dans le système. Par ailleurs, l'indépendance entre les deux avenues induit des stratégies de transformation différentes pour l'amélioration du niveau de performance des systèmes; L'une est axée sur le financement de la santé et l'autre est focalisée sur l'organisation des soins. Toutefois, il semble probable de mettre en place une stratégie qui se bâtit à l'aide simultanément des deux avenues car une quantité de ressources pourrait induire une forme d'organisation de soins et une forme d'organisation pourrait également requérir une quantité précise de ressources (OMS 2008).

Cette étude se démarque des autres qui analysent l'influence individuelle de l'une ou l'autre des avenues sur la performance des systèmes de soins. Elle a pour objectif principal d'investiguer l'influence du mode de financement sur la performance des systèmes de soins

compte tenu du contexte organisationnel sanitaire. Deux objectifs spécifiques y sont visés : 1) analyser les relations directes entre le mode de financement et la performance des systèmes de soins; 2) explorer si le mode de financement et le contexte organisationnel sanitaire interagissent pour influencer la performance des systèmes de soins.

Les connaissances issues de cette étude informeront sur les divers modes de financement de la santé susceptibles d'être associés à des niveaux de performance élevés ou peu élevés, dans des contextes organisationnels sanitaires particuliers.

7.2 Cadre d'analyse

De nombreux cadres d'analyse de l'influence du financement de la santé sur la performance des systèmes de soins existent dans la littérature. Beveridge (fin de la Deuxième Guerre) et Bismarck (fin du 19^e siècle), à travers leurs modèles respectifs de financement de la santé dits beveridgien et bismarckien (Rosen 1993), avaient déjà amorcé la réflexion pour la compréhension des disparités existant entre le niveau de performance des systèmes de soins en fonction de leur forme de financement. Plus récemment encore, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi un cadre de référence mettant en évidence le financement des soins comme l'un des principaux déterminants de la performance des systèmes de soins (OMS 2000). Dès lors, ce cadre a été repris par plusieurs études mettant en relation le financement de la santé et la performance des systèmes (OMS 2000; Mossialos, Dixon et al. 2002; Aucoin 2007; Castonguay, Castonguay et al. 2007; Castonguay, Marcotte et al. 2008; OMS 2008).

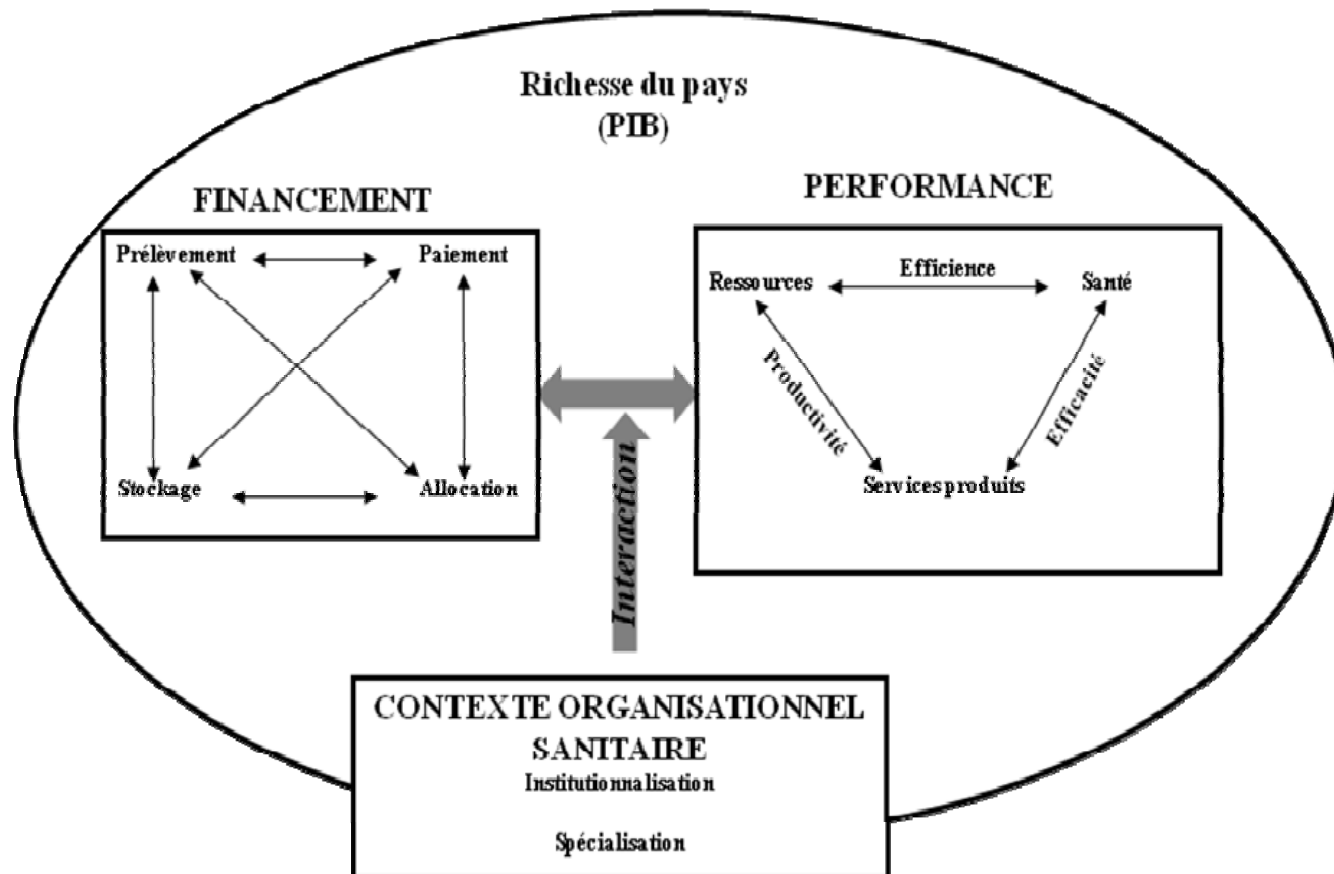
La présente étude, qui s'inscrit dans le champ de recherche sur la transformation des systèmes de soins, s'appuie sur un cadre d'analyse assez large inspiré de celui de

Donabedian (1966, 1968, 1992) articulé autour de la triade structures (*financement*) – processus (*contexte organisationnel sanitaire*) – résultats (*performance*).

Le financement de la santé se caractérise en plus de ses quatre fonctions (prélèvement, stockage, allocation et paiement) par les différents modèles émergeant des diverses combinaisons cohérentes de la prise en compte simultanée des quatre fonctions (Lamarche, 2008; Tchouaket et al., 2010 au chapitre 5). La performance des systèmes de soins se décrit ici à travers le cadre *ressources mobilisées, services produits et résultats de santé* inspiré de Donabedian (1992). Elle se définit comme la maximisation simultanée de ces trois composantes et des liens (efficience, efficacité et productivité) existant entre elles. Elle se caractérise donc par l'ensemble des profils émergeant de cette prise en compte simultanée. Le contexte organisationnel sanitaire se traduit par deux composantes essentielles du système de soins : le degré de spécialisation (versus le degré de médecine générale) et le degré d'institutionnalisation (place de l'hôpital versus les soins ambulatoires) du système de soins (OMS 2008).

Le cadre d'analyse proposé a le mérite de bien cerner les facteurs coexistant avec le financement pouvant contribuer à mieux comprendre les différences de niveau entre la performance des systèmes de soins des pays. Les deux postulats qui sous-tendent un tel cadre d'analyse sont : 1) le financement de la santé influence la performance du système de soins compte tenu du niveau de richesse du pays ; 2) une telle influence dépend du contexte organisationnel sanitaire. Ce fil conducteur met donc en exergue la possible interaction entre le mode de financement et le type d'organisation sanitaire d'intervention, comme le précisent l'OMS (2000) et Aucoin (2007), pour modifier le niveau de performance des systèmes. La figure 7.1 donne une représentation schématique du cadre d'analyse.

Figure 7.1: Cadre d'analyse de l'influence du financement sur la performance des systèmes de soins



7.3 Méthodes

7.3.1 Stratégie de recherche et population d'étude

Cette recherche s'appuie sur un devis synthétique comparatif (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005) des pays. Dans un souci de comparabilité, les données de 27 pays à revenu élevé de l'OCDE ont été utilisées pour cette étude : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Corée (du Sud), Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie, République tchèque, Royaume-Uni, Suède et Suisse. Selon la Banque Mondiale (2008), trois groupes de pays existent dans le monde selon leur niveau de revenu national brut par habitant (RNB par habitant) : faible revenu, 975 dollars US ou moins ; revenu intermédiaire (revenu moyen inférieur, de 976 à 3 855 dollars US ; revenu moyen supérieur, 3 856 à 11 905 dollars US); et revenu élevé, supérieur à 11 906 dollars US.

7.3.2 Sources de données

La présente étude s'appuie sur les résultats de deux études effectuées par Éric Tchouaket et collaborateurs (2010) (comme présentés dans les chapitres 5 et 6 de cette thèse). La première décrit les différents modes de financement de la santé existant dans les pays de l'OCDE. Elle met en évidence non seulement les divers profils émergents de chacune des fonctions du financement de la santé (prélèvement, stockage, allocation et paiement), mais aussi une taxonomie du financement des soins en différents modèles lorsqu'on prend en compte simultanément l'ensemble des quatre fonctions. Les sources données qui ont été utilisées sont : les rapports *Health in Transition* de chacun des pays produits annuellement

par l'Observatoire Européen de l'OMS; la banque Eco-Santé OCDE 2007 ainsi que les statistiques de l'OMS 2008.

La deuxième étude porte sur la performance des systèmes de soins des pays de l'OCDE. Elle apprécie la performance en positionnant les pays selon : dans un premier temps, le degré d'atteinte des composantes (ressources, services et santé); dans un deuxième temps, des efforts fournis en termes d'efficience, d'efficacité et de productivité; et dans un troisième temps, suivant les profils respectifs émergeant de la prise en compte simultanée des trois composantes et des efforts fournis. La banque Eco-Santé OCDE 2007, les statistiques de l'OMS, le panorama de la santé 2007 et le panorama de la société 2007 sont les principales sources utilisées dans cette recherche.

Enfin, les données mesurant le contexte organisationnel sanitaire ont été extraites exclusivement de la banque de données Eco-Santé OCDE 2007.

7.3.3 Description des variables

Le financement de la santé

Le financement de la santé définit le processus de circulation de l'argent dans le système de santé, allant de la collecte jusqu'au paiement des professionnels et des établissements de santé (Evans 2000; Evans 2002). Cinq variables (Eric Tchouaket et collaborateurs, 2010 : Chapitre 5) ont permis de l'opérationnaliser : prélèvement, stockage, allocation, paiement et modèles.

Le tableau 7.1 présente la répartition des 27 pays suivant chacune de ces variables.

Tableau 7.1: Répartition des 27 pays à l'étude selon leurs moyens de financement des soins

	Pays	Effectif	%
Prélèvement			
beveridgien	Danemark, Islande, Norvège, Royaume-Uni, Suède	5	18,5
bismarckien	Japon, Luxembourg, République tchèque	3	11,1
mixte-beveridgien	Australie, Canada, Espagne, États-Unis, Finlande, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Portugal	9	33,3
mixte-bismarckien	Allemagne, Autriche, Belgique, Corée du Sud, France, Grèce, Hongrie, Pays-Bas, Slovaquie, Suisse	10	37,0
Stockage			
local-partiel	Corée du Sud, États-Unis, Grèce, Pays-Bas	4	14,8
national-global	Autriche, Hongrie, Islande, Italie, Japon, Luxembourg, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni	9	33,3
national-partiel	Belgique, Espagne, France, Irlande	4	14,8
Subnational	Allemagne, Australie, Canada, Danemark, Finlande, Norvège, Nouvelle-Zélande, Slovaquie, Suède, Suisse	10	37,0
Allocation			
populationnel-non régionalisé	Danemark, États-Unis, France, Luxembourg, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni	6	22,2
populationnel-régionalisé	Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Pays-Bas	6	22,2
soins-centralisé	Espagne, Grèce, Irlande, Islande, Japon, Portugal, République tchèque, Slovaquie	8	29,6
soins-localisé	Corée du Sud, Finlande, Hongrie, Italie, Norvège, Suède, Suisse	7	25,9
Paiement			
acte-mixte	Belgique, États-Unis, Hongrie, Pays-Bas, Suisse	5	18,5
mixte-budget	Canada, Irlande, Japon, Luxembourg, Royaume-Uni, Slovaquie	6	22,2
salariat-DRG	Autriche, Italie, Norvège	3	11,1
salariat-mixte	Allemagne, Australie, Corée du Sud, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Nouvelle-Zélande, Portugal, République tchèque, Suède	13	48,1
Modèles de financement			
collectif	Islande, Japon, Luxembourg, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni	6	22,2
individuel	Belgique, Corée du Sud, États-Unis, Grèce, Hongrie, Pays-Bas, Suisse	7	25,9
mixte-centralisé	Espagne, France, Irlande	3	11,1
mixte-localisé	Autriche, Italie, Norvège	3	11,1
mixte-régionalisé	Allemagne, Australie, Canada, Danemark, Finlande, Nouvelle-Zélande, Slovaquie, Suède	8	29,6

– Le *prélèvement* consiste en la collecte de l’argent ou des fonds pour l’injecter dans le système de soins. Tchouaket et collaborateurs (2010), au chapitre 5, ont établi quatre profils de prélèvement dans les 27 pays étudiés : *beveridgien pur* ; *bismarckien pur* ; *beveridgien mixte* et *bismarckien mixte*. Les deux premiers profils regroupent les pays dont plus de 80 % des dépenses totales de santé (DTS) sont payés par les sources publiques. Le *beveridgien pur* rassemble les pays dont plus de 60 % des dépenses publiques sont collectées via les impôts et taxes, tandis que le *bismarckien pur* regroupe ceux dont plus de 60 % des dépenses publiques sont récoltées via les primes salariales destinées aux cotisations sociales. Les deux derniers profils regroupent les pays dont moins de 80 % des DTS sont payés par les sources publiques. Le *beveridgien mixte* rassemble les pays dont plus de 60 % des dépenses publiques sont collectées via les impôts et taxes, tandis que le *bismarckien mixte* regroupe ceux dont plus de 60 % des dépenses publiques sont recueillies via les primes salariales pour les cotisations sociales.

– Le *stockage* consiste en la mise en commun de l’argent collecté. Tchouaket et collaborateurs (2010), au chapitre 5, ont déterminé quatre profils de stockage dans les 27 pays étudiés : *national-global*, *national-partiel*, *subnational* et *local-partiel*. Les deux premiers regroupent les pays dans lesquels la mise en commun des fonds collectés est faite au niveau national et où il existe une universalité de la couverture assurantielle publique et privée (plus de 90% de la population). Contrairement au profil *national-partiel*, le *national-global* regroupe les pays dont plus 90 % des biens et services médicaux (soins ambulatoires et hospitaliers, produits pharmaceutiques) sont couverts par le public. Le profil *subnational* regroupe les pays dans lesquels la mise en commun de l’argent collecté est effectuée au niveau régional (états ou provinces). Enfin, le *local-partiel* regroupe les pays dans lesquels la mise en commun est effectuée au niveau local (ménages, assurances privées), la

couverture populationnelle n'est pas universelle, et dont moins de 90 % de biens et services médicaux sont couverts par le public.

– L'*allocation* consiste en la répartition des fonds collectés et stockés. Tchouaket et collaborateurs (2010), au chapitre 5, ont défini quatre profils d'allocation dans les 27 pays étudiés : *soins-centralisé*, *soins-localisé*, *populationnel-régionalisé* et *populationnel-non régionalisé*. Les deux premiers regroupent les pays dont l'allocation est orientée vers les biens et services médicaux. Ils se différencient au niveau de la prise de décision : centralisé pour le premier et décentralisé au niveau local pour le second. Les deux derniers profils regroupent les pays dans lesquels l'allocation est orientée principalement vers les priorités de la population à desservir (populationnel). Ils se différencient par leur niveau de prise de décision : l'un au niveau régional et l'autre au niveau central ou local.

– Le *paiement* décrit les modes de rémunération des médecins et les moyens de rétribution des établissements de santé. Tchouaket et collaborateurs (2010) ont défini, également au chapitre 5, quatre profils de paiement dans les 27 pays étudiés: *acte-mixte*, *mixte-budget*, *salariat-mixte* et *salariat-DRG*. Le profil *acte-mixte* regroupe les pays dont plus de 70 % des médecins en cabinets sont principalement rémunérés à l'acte et dont la majorité des établissements est rétribuée de façon mixte. Le *mixte-budget* rassemble les pays dans lesquels les médecins sont rémunérés de façon mixte et où aussi plus de 70 % des établissements publics sont rétribués à budget global. Le *salariat-mixte* regroupe les pays dont plus de 70 % de médecins en établissements sont salariés et dont les établissements publics sont rétribués de façon mixte. Enfin, le *salariat-DRG* rassemble les pays dans lesquels les médecins en établissements sont rémunérés au salaire et les établissements de santé sont rétribués selon leur responsabilité à travers les épisodes de soins.

– Les *modèles de financement* représentent les différentes configurations de financement obtenues en tenant compte simultanément des profils des quatre fonctions précédentes et

des interrelations existant entre elles. Cinq modèles ont été mis en évidence par Tchouaket et collaborateurs (2010). Deux opposés (*collectif et individuel*) et trois intermédiaires mixtes (*mixte-centralisé, mixte-localisé et mixte-régionalisé*).

Le modèle *collectif* regroupe les pays dont le prélèvement est principalement public, avec une couverture universelle de la population et globale des biens et services médicaux, une décision d'allocation centralisée au niveau national. Le modèle *individuel* rassemble les pays dans lesquels le financement de la santé est centré davantage vers les individus. Ici, le prélèvement est majoritairement privé avec une couverture partielle des biens et services médicaux, un mode de rémunération des médecins orienté prioritairement vers l'acte et une rétribution mixte des établissements publics. Le modèle *mixte-centralisé* combine les deux modèles précédents, mais avec une forte centralisation des décisions d'allocation. Il regroupe les pays dans lesquels le public et le privé sont très présents tout au long du processus de prélèvement et de stockage. Il s'appuie toutefois sur une répartition nationale (centralisée) de l'enveloppe. Les modèles *mixte-régionalisé* et *mixte-localisé* diffèrent du modèle précédent principalement par la décentralisation (respectivement régionalisation et localisation) de la prise de décision d'allocation.

La performance des systèmes de soins

S'inscrivant dans le mouvement multidimensionnel et s'inspirant de la triade structure-processus-résultats et des liens existant entre ces composantes comme le suggère Donadedian (1992), la performance se définit comme le degré d'atteinte simultanée des composantes (ressources, services et santé), et des efforts fournis en termes d'efficacité, d'efficience et de productivité (Donabedian 1966; Donabedian 1968; Donabedian 1992). Pour appréhender le niveau de performance des systèmes de soins, Tchouaket et collaborateurs (2010), au chapitre 6, ont déterminé les éléments suivants en tenant compte de la richesse (PIB) des pays : le degré d'atteinte de chacune des composantes ressources

mobilisées, services produits et santé atteinte ; le niveau des efforts fournis tant au niveau des services produits que des résultats atteints compte tenu des ressources mobilisées (efficience, efficacité et productivité) ; et enfin les différents profils globaux obtenus lorsqu'on prend en compte simultanément toutes les composantes et efforts fournis.

Pour éviter les problèmes de multicollinéarité, les variables choisies et utilisées dans cet article pour caractériser la performance des systèmes ont été les suivantes : *efficience* ; *efficacité* ; *productivité et profils globaux de performance*.

Le tableau 7.2 présente la répartition des 27 pays étudiés suivant chacune de ces variables.

- L'*efficience* mesurée en trois niveaux (plus élevé, moyen et moins élevé) renseigne sur le niveau de santé atteint compte tenu des ressources mobilisées dans le système ; elle met en relation les composantes résultats de santé et ressources disponibles ;
- L'*efficacité* opérationnalisée en trois niveaux (plus élevé, moyen et moins élevé) renseigne sur le niveau de santé atteint compte tenu des services produits ; elle met en relation les composantes résultats de santé et les services produits ;
- La *productivité* mesurée également en trois niveaux (plus élevé, moyen et moins élevé) renseigne sur le niveau de services produits compte tenu des ressources mobilisées ; elle met en relation les composantes ressources disponibles et les services produits ;

Tableau 7.2: Répartition des 27 pays à l'étude selon le niveau de performance de leurs systèmes de soins

Efficiences	Pays	Effectif	%
moins élevée	Allemagne, Autriche, États-Unis, Luxembourg, République tchèque, Suisse	6	22,2
moyenne	Belgique, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Nouvelle-Zélande, Portugal, Slovaquie	8	29,6
plus élevée	Australie, Canada, Corée du Sud, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Japon, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède	13	48,1
Efficacité	Pays	Effectif	%
moins élevée	Canada, Danemark, Grèce, Hongrie, Irlande, Pays-Bas, République Tchèque	7	25,9
moyenne	Espagne, États-Unis, Finlande, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Portugal, Royaume Uni, Slovaquie, Suède	12	44,4
plus élevée	Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Sud Corée, France, Japon, Suisse	8	29,6
Productivité	Pays	Effectif	%
moins élevée	Allemagne, Autriche, Belgique, États-Unis, Luxembourg, République tchèque, Suisse	7	25,9
moyenne	Australie, Corée du Sud, France, Islande, Japon, Nouvelle-Zélande, Portugal, Slovaquie	8	29,6
plus élevée	Canada, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède	12	44,4
Performance globale intégrée	Pays	Effectif	%
Limitée	Allemagne, Autriche, États-Unis, Grèce, Hongrie, Irlande, Luxembourg, Nouvelle-Zélande, République tchèque, Suisse	10	37,0
Fragile-polarisée	Corée du Sud, Espagne, Italie, Royaume-Uni	4	14,8
Prometteuse	Belgique, Canada, Danemark, Islande, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie	7	26,0
Satisfaisante	Australie, Finlande, France, Japon, Norvège, Suède	6	22,2

– La *performance globale intégrée* renseigne sur le degré de maximisation simultanée des composantes ressources, services et santé ainsi que la maximisation des efforts fournis pour atteindre de meilleurs résultats de santé et de production de services compte tenu des ressources mobilisées (efficience, efficacité et productivité) ; Tchouaket et collaborateurs (2010), au chapitre 6, ont déterminé quatre profils de performance globale intégrée émergeant des 27 pays étudiés : le *profil de performance satisfaisante*, de *performance prometteuse*, de *performance fragile-polarisée* et de *performance limitée*. Les deux premiers sont plus performants que les deux derniers.

Le profil de *performance satisfaisante* regroupe les pays qui obtiennent de meilleurs résultats de santé et services produits en fournissant proportionnellement moins d'efforts et en mobilisant peu de ressources. Le profil de *performance prometteuse* rassemble les pays qui atteignent le niveau acceptable souhaité de résultats de santé et de production de services en rapport avec les efforts fournis et avec les ressources mobilisées à cet effet. Le profil de *performance fragile polarisée* regroupe les pays qui atteignent des niveaux peu élevés de résultats et de services produits en fournissant proportionnellement moins d'efforts et en mobilisant peu de ressources. Enfin, le profil de *performance limitée* regroupe les pays qui atteignent des niveaux peu élevés de résultats de santé et de services produits en fournissant proportionnellement beaucoup d'efforts et en mobilisant une grande quantité de ressources.

Le contexte organisationnel sanitaire

Le contexte organisationnel sanitaire a permis de décrire le fonctionnement du système de soins. Comme le suggère le rapport de l'OMS (2008), deux éléments sont généralement retenus comme leviers d'action de l'organisation des systèmes de soins dans plusieurs pays : le degré d'institutionnalisation et le degré de spécialisation du système de soins. Ces éléments ont servi à décrire le contexte sanitaire. L'*institutionnalisation* renseigne sur la

place de l'hôpital dans le système de soins. Elle décrit le caractère institutionnel de la production des biens et services médicaux. Il s'oppose au caractère ambulatoire (hors hospitalier) du système de soins.

La *spécialisation* décrit le type de ressources (spécialisées ou non) qui prédominent à l'intérieur du système de soins. Un système spécialisé possède un ratio de professionnels spécialisés par rapport aux professionnels de médecine générale de première ligne (y compris les infirmières) supérieur à 1.

Une revue de la littérature scientifique et grise a permis de sélectionner les indicateurs pouvant mesurer ces deux éléments. Les indicateurs choisis sont tous disponibles dans la banque de données Eco-Santé 2007. Le degré d'institutionnalisation du système a été mesuré par deux indicateurs : le montant des dépenses totales en soins hospitaliers par tête (en US\$ PPA) et le pourcentage d'emploi hospitalier total par rapport à l'emploi total en santé. Par ailleurs, le degré de spécialisation a été opérationnalisé par trois indicateurs : le ratio médecins/infirmières en activité; le ratio spécialistes/généralistes; et le pourcentage de spécialistes primaires parmi l'ensemble des spécialistes en activité. Les spécialistes primaires regroupent les pédiatres, les gynécologues et obstétriciens, les chirurgiens généraux (incluant chirurgie pour enfant) et les psychiatres/neuropsychiatres (incluant psychiatres pour enfants). Il s'agit des spécialistes pouvant exercer en première ligne (Starfield, Shi et al. 2005).

Après la collecte des indicateurs de mesure de l'institutionnalisation et de la spécialisation des systèmes, une analyse a été réalisée pour caractériser le contexte organisationnel sanitaire. Trois étapes ont servi à cet effet :

– *Imputation des données manquantes*. La démarche d'imputation a été utilisée pour les indicateurs qui avaient au plus deux données manquantes (au plus deux pays sur les 27 sans données). En effet, lorsque cet indicateur était associé statistiquement à la richesse du Pays

(PIB), le modèle de régression linéaire mettant en relation l'indicateur et le PIB a été utilisé pour effectuer l'imputation ($\text{valeur manquante} = a + b \text{ PIB}$, où a et b sont des coefficients estimés avec un seuil de 5 %). Au cas où cet indicateur n'était pas associé au PIB, mais associé à un des cinq autres indicateurs de l'étude, les valeurs manquantes ont été imputées par la méthode de régression en fonction de la relation linéaire existante entre l'indicateur à données manquantes et celui avec lequel il est associé. Pour terminer, lorsque l'indicateur qui possède au plus deux données manquantes n'était ni associé au PIB ni à aucun autre indicateur parmi ceux utilisés, la valeur moyenne des données existantes a été imputée aux valeurs manquantes.

– *Construction des indices composites.* . La méthode du *balisage* a été utilisée (Levesque, Ouellet et al. 2009). Elle consiste à fixer des balises dans le but de comparer un ensemble de données. Une balise est une donnée repère qui représente un résultat désirable observé à l'aide duquel les autres résultats sont comparés. Elle peut représenter une norme prédéfinie ou simplement une donnée fixée empiriquement selon les observations. Dans cette recherche, les balises choisies ont été les valeurs les plus élevées observées empiriquement représentant le degré de spécialisation ou d'institutionnalisation le plus élevé.

Pour chaque indicateur, le pourcentage d'atteinte de la balise a été calculé en respectant l'hypothèse selon laquelle ce pourcentage est de 0 % pour la valeur la plus éloignée de la balise et de 100 % pour la valeur correspondant à la balise. Ainsi, de nouveaux indicateurs ordonnés ont été construits.

Pour chacune des composantes du contexte organisationnel sanitaire (institutionnalisation et spécialisation), une moyenne des indicateurs ordonnés les représentant a été calculée. Cette valeur moyenne représente la position d'un pays par rapport aux autres dans chacune des composantes.

– *Caractérisation du contexte organisationnel sanitaire.* S'appuyant sur les courbes de distribution, des séparateurs ont été choisis afin de subdiviser les deux éléments du contexte sanitaire (institutionnalisation et spécialisation) en deux catégories : *plus élevée* et *moins élevée*. Le contexte organisationnel sanitaire a donc été défini en quatre catégories combinant les deux catégories des deux composantes: *institutionnelle spécialisée, institutionnelle médecine générale, ambulatoire spécialisée et ambulatoire médecine générale.*

Le contexte *institutionnel spécialisé* se caractérise par une place prépondérante de l'hôpital dans le système de soins contrairement aux cabinets en ambulatoire hors hospitaliers, et par une forte utilisation des ressources humaines spécialisées dans le système. Le contexte *institutionnel médecine générale* diffère du premier par un faible niveau de spécialisation des ressources humaines, autrement dit une prédominance de la médecine générale de première ligne dans le système de soins. Le contexte *ambulatoire spécialisé* se caractérise par un fort recours aux cabinets de ville hors hospitaliers ou ambulatoires, et aussi une grande utilisation des ressources humaines spécialisées. Enfin, le contexte *ambulatoire médecine générale* se différencie du précédent par un faible niveau de spécialisation des ressources humaines en santé, soit une prédominance de la médecine générale dans un contexte ambulatoire.

Le tableau 7.3 présente une répartition des 27 pays étudiés suivant les quatre profils distincts du contexte organisationnel sanitaire.

Tableau 7.3: Caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire dans les 27 pays

Contexte organisationnel sanitaire	Institutionnalisation	Spécialisation	Effectif	Pays
Institutionnelle spécialisée	Institutionnelle	Spécialisée	5	Autriche, Danemark, États-Unis, France et Suisse
Institutionnelle médecine générale	Institutionnelle	Moins spécialisée (plus de médecine générale)	5	Belgique, Irlande, Islande, Luxembourg, Norvège
ambulatoire spécialisée	Ambulatoire	Spécialisée	7	Corée du Sud, Espagne, Grèce, Italie, Portugal, République slovaque, République tchèque
ambulatoire médecine générale	Ambulatoire	Moins spécialisée (plus de médecine générale)	10	Allemagne, Australie, Canada, Finlande, Hongrie, Japon, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède

7.3.4 Analyse des données

L'analyse repose sur la description des relations entre le financement et la performance des systèmes de soins compte tenu du contexte organisationnel sanitaire.

La première phase de l'analyse a consisté à décrire les relations directes entre le financement et la performance des systèmes de soins. A cet effet, des tableaux croisés financement (en ligne) x performance (en colonne) ont été construits. Compte tenu de la faible taille des effectifs (27 pays en tout), la relation apparente entre une modalité de financement et une modalité de performance dans une cellule donnée du tableau a été considérée pertinente et révélatrice lorsque les deux conditions suivantes étaient remplies : 1) la cellule possédait un effectif supérieur à 1 ; 2) l'effectif de la cellule représentait plus de 70% de l'effectif total de la ligne (modalité de financement). Autrement dit, plus de 70%

des pays ayant la même modalité de financement avait le même niveau ou profil de performance.

La seconde phase a permis d'explorer les relations entre le financement et la performance des systèmes en fonction des types d'organisation sanitaire. Des tableaux croisés financement et performance stratifiés selon les caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire ont été construits. Les deux conditions précédentes ont permis d'identifier les relations plausibles entre les modalités du financement et de la performance dans chacune des strates et de les comparer d'une strate à l'autre.

7.4. Résultats

7.4.1 Résultat 1 : Relation entre le financement et la performance des systèmes de soins

Le tableau 7.4 présente les différentes relations apparentes et révélatrices entre le financement et la performance. Il y ressort que cinq des sept pays, soit 71%, caractérisés par un modèle de financement *individuel* possèdent des systèmes de soins à performance globale moins élevée (limitée ou fragile-polarisée). Aussi, six des huit pays, soit 75%, caractérisés par un financement *mixte-régionalisé* disposent des systèmes à performance plus élevée (satisfaisante ou prometteuse). Aucune relation directe apparente et pertinente n'existe entre les autres modèles de financement et la performance des systèmes de soins.

Par ailleurs, quatre des cinq pays, soit 80%, caractérisés par un prélèvement *beveridgien* possèdent des systèmes à efficacité moyenne, à efficience et à productivité plus élevée.

Enfin, cinq des sept pays, soit 71%, caractérisés par une allocation de ressources de type *soins-localisée* ont des systèmes à efficience et productivité plus élevée.

7.4.2 Résultat 2 : Relation entre le financement et la performance des systèmes de soins compte tenu du type d'organisation sanitaire

Une analyse plus fine des relations observées entre le financement et la performance compte tenu des caractéristiques organisationnels sanitaires a permis d'obtenir les résultats inscrits dans les tableaux 7.5 et 7.6.

Dans une organisation de type institutionnel spécialisé

Il y ressort que les deux pays, soit 100%, caractérisés par le financement *individuel* possèdent des systèmes de soins à performance globale, à efficience et à productivité moins élevée. Les trois pays, soit 100%, caractérisés par un prélèvement *mixte-bismarckien* ont, pour leur part, des systèmes à efficacité plus élevée. Enfin, les deux pays, soit 100%, caractérisés par un paiement *acte-mixte* disposent de systèmes de soins à performance globale, à efficience et à productivité moins élevée, contrairement aux deux pays (soit 100%) à paiement de type *salariat-mixte* qui possèdent des systèmes à performance globale et à efficience plus élevée.

Tableau 7.4 : Relation apparente entre le financement et performance des systèmes de soins

	Efficience			Efficacité			Productivité			Performance globale	
	moins élevée	moyenne	plus élevée	moins élevée	moyenne	plus élevée	moins élevée	moyenne	plus élevée	moins performant**	plus performant***
Modèles										Individuel (5/7)	Mixte-Régionalisée (6/8)
Prélèvement			beveridgien (4/5)*		beveridgien (4/5)				beveridgien (4/5)		
Stockage											
Allocation			soins-localisée (5/7)						soins-localisée (5/7)		
Paiement											

*ratio entre l'effectif de la cellule et celle la ligne c'est-à-dire que parmi les 5 pays à prélèvement de type beveridgien, 4 ont une efficience plus élevée.

**moins performant : limitée et fragile-polarisé

***plus performant : satisfaisante et prometteuse

NB : les cellules vides du tableau signifient qu'il n'existe aucune relation apparente, respectant les deux conditions précédentes, entre la modalité du financement et la modalité de performance décrivant cette cellule.

Dans une organisation de type institutionnel médecine générale

Les deux pays, soit 100%, caractérisés par un financement *collectif* ont des systèmes à efficacité moyenne. Aussi, les deux pays, soit 100%, caractérisés par un prélèvement de type *beveridgien* disposent de systèmes à performance globale élevée et à efficacité moyenne. Les deux pays, soit 100%, caractérisés par un stockage *national-global* ont des systèmes à efficacité moyenne. En outre, les deux pays à stockage *national-partiel* ont des systèmes à efficacité moyenne. Les deux pays, soit 100%, des pays caractérisés par une allocation *soins-centralisée* possèdent des systèmes à efficacité moyenne. Enfin, les deux pays, soit 100%, caractérisés par un paiement de type *mixte-budget* disposent des systèmes à performance globale moins élevée.

Dans une organisation de type ambulatoire spécialisée

Les trois pays, soit 100%, caractérisés par un prélèvement *mixte-beveridgien* disposent de systèmes à efficacité moyenne. Les deux pays à stockage *locale-partiel* ainsi que les deux à allocation *soins-localisée* disposent de systèmes à performance globale moins élevée (bien que pour les pays à allocation *soins-localisée* l'efficacité de leurs systèmes est élevée). Enfin, quatre des cinq pays, soit 80%, caractérisés par un paiement *salariat-mixte* ont des systèmes moins performants dans ce type d'organisation sanitaire.

Dans une organisation de type ambulatoire médecine générale

Les deux pays, soit 100%, caractérisés par un financement *individuel* disposent de systèmes à efficacité moins élevée mais à productivité élevée. En outre, les deux pays à prélèvement *beveridgien* possèdent des systèmes à efficacité et à productivité plus élevée. Trois des quatre pays, soit 75%, à prélèvement *mixte-beveridgien* ont des systèmes à performance globale et à efficacité plus élevée. Les deux pays, soit 100%, caractérisés par une allocation *populationnel-non régionalisée* disposent de systèmes à performance globale moins élevée et à efficacité moyenne. Au contraire, trois des quatre pays, soit 75%,

caractérisés par une allocation *populationnel-régionalisée* possèdent des systèmes à performance globale et à efficacité plus élevée. Il en est de même pour les trois pays, soit 100%, caractérisés par une allocation *soins-localisée* qui disposent des systèmes à productivité plus élevée. Pour terminer, contrairement aux autres modes d'organisation sanitaire, les pays caractérisés par un paiement *mixte-budget* (trois pays) ou *acte-mixte* (deux pays) ont des systèmes respectivement à efficacité et à productivité plus élevée dans cette organisation. Toutefois, le faible niveau d'efficacité des systèmes se maintient pour des pays caractérisés par un paiement de type *acte-mixte*.

Tableau 7.5 : Relation apparente entre le financement et performance des systèmes de soins dans chacun des contextes organisationnels institutionnels (*spécialisé et médecine générale*)

	Efficience			Efficacité			Productivité			Performance globale	
	moins élevée	moyenne	plus élevée	moins élevée	moyenne	plus élevée	moins élevée	moyenn e	plus élevée	Moins** performant	Plus*** performant
Institutionnelle spécialisée											
Modèles	Individuel (2/2)*			mixte-bismarckien (3/3)			Individuel (2/2)			Individuel (2/2)	
Prélèvement											
Stockage											
Allocation											
Paiement	acte-mixte (2/2)	salarial-mixte (2/2)					acte-mixte (2/2)			acte-mixte (2/2)	salarial-mixte (2/2)
Institutionnelle médecine générale											
Modèles				Collectif (2/2)							
Prélèvement				beveridgien (2/2)						Beverigien (2/2)	
Stockage	national-partiel (2/2)			national-global (2/2)							
Allocation	Soins-centralisé (2/2)										
Paiement										mixte-budget (2/2)	

*ratio entre l'effectif de la cellule et celle la ligne c'est-à-dire que parmi les 2 pays à modèle de financement de type individuel 2 ont une efficience moins élevée;

**moins performant : limitée et fragile-polarisé;

***plus performant : satisfaisante et prometteuse;

NB : les cellules vides du tableau signifient qu'il n'existe aucune relation apparente, respectant les deux conditions précédentes, entre la modalité du financement et la modalité de performance décrivant cette cellule.

Tableau 7.6 : Relation apparente ente le financement et performance des systèmes de soins dans chacun des contextes organisationnels ambulatoires (*spécialisé et médecine générale*)

	Efficience			Efficacité			Productivité			Performance globale	
	moins élevée	moyenne	plus élevée	moins élevée	moyenne	plus élevée	moins élevée	moyenne	plus élevée	Moins** performant	plus performant***
Ambulatoire spécialisée											
Modèles											
Prélèvement				mixte-beveridgien (3/3)*							
Stockage										local-partiel (2/2)	
Allocation					Soins-localisé (2/2)					Soins-localisée (2/2)	
Paiement										salarial-mixte (4/5)	
Ambulatoire médecine générale											
Modèles				Individuel (2/2)					Individuel (2/2)		
Prélèvement				beveridgien (2/2)					beveridgien (2/2)		Mixte-beveridgien (3/4)
Stockage											
Allocation				populationnel-non régionalisée (2/2)					soins-localisée (3/3)		populationnel-non régionalisé (2/2) populationnel-régionalisée (3/4)
Paiement				acte-mixte (2/2)					acte-mixte (2/2)		

*ratio entre l'effectif de la cellule et celle la ligne c'est-à-dire que parmi les 3 pays à prélèvement de type mixte-beveridgien 3 ont une efficacité moyenne;

**moins performant : limitée et fragile-polarisé;

***plus performant : satisfaisante et prometteuse;

NB : les cellules vides du tableau signifient qu'il n'existe aucune relation apparente, respectant les deux conditions précédentes, entre la modalité du financement et la modalité de performance décrivant cette cellule.

7.5 Discussion

Deux objectifs étaient poursuivis dans cette étude : 1) analyser l'influence du financement de la santé sur la performance des systèmes de soins ; 2) explorer si le mode de financement et le contexte organisationnel sanitaire interagissent pour influencer la performance des systèmes de soins. Des constats pratiques et théoriques pourraient être mis en évidence à la lecture des résultats obtenus.

Constats pratiques

Premièrement, le financement de la santé, à lui seul, n'influence pas entièrement le niveau de performance des systèmes de soins. Cependant, lorsqu'il interagit avec le contexte organisationnel sanitaire (spécialisation et institutionnalisation), il permettrait de mieux appréhender le niveau de performance. Cela dit, un mode de financement (modèles ou fonctions) obtiendrait des résultats différents dans des contextes organisationnels sanitaires différents.

Deuxièmement, s'appuyant sur le constat précédent, les résultats permettraient de faire des choix judicieux lorsqu'un système possède un mode de financement donné dans un contexte organisationnel sanitaire particulier. Quelques avenues pourraient être mises en exergue à travers cette recherche.

La première avenue qui semble se dégager est qu'un modèle de financement centré davantage sur les individus (*individuel*) dans un contexte sanitaire *institutionnel spécialisé* produirait des effets néfastes en termes de performance globale, de productivité et d'efficacité (cas des États-Unis, de la Suisse). Ainsi, dans un système où le financement est privé et orienté vers l'individu, la profession médicale est spécialisée, la deuxième ou la troisième ligne est le moyen de recours privilégié par les populations en matière de soins, il serait difficilement possible d'obtenir des résultats satisfaisants. Ce constat pourrait

s'expliquer par le fait qu'un système décrit comme tel conduirait sans nul doute à un accroissement rapide des dépenses de santé (Contandriopoulos, Denis et al. 2000; Béland, Contandriopoulos et al. 2008). Cela, surtout à cause de la spécialisation des médecins et du fort recours aux hôpitaux pour des soins spécialisés. Un tel système serait également coûteux pour les populations (surtout celles ayant un faible revenu) et engendrerait des problèmes d'accessibilité. Ce résultat semble soutenir l'idée de l'OCDE selon laquelle « les soins de santé coûteux ne sont pas toujours les meilleurs » (OCDE 2009).

Une deuxième avenue serait qu'un modèle de financement principalement public ne semble pas toujours être le meilleur. L'analyse montre qu'un financement géré principalement par le public, dans lequel la quasi-totalité de la population ainsi que les biens et services médicaux essentiels sont couverts (*modèle collectif*) conduirait uniquement à une efficacité moyenne du système dans un contexte organisationnel sanitaire *institutionnel médecine générale*. Un tel constat pourrait s'expliquer non seulement par les problèmes de listes d'attente qu'engendrerait un tel système (Schokkaert and Van de Voorde 2003; CHRSEF 2005; Soroka 2007), mais aussi par une rationalisation plus grande de l'offre de services due à une grande présence de l'État dans un mode de financement. Toutefois, il n'en reste pas moins que le *modèle collectif* semble meilleur que le *modèle individuel* dans la majorité des contextes organisationnels sanitaires.

Une troisième avenue qui se dégage est que cette analyse n'apporterait qu'un support mitigé à la performance du partenariat public-privé dans le modèle de financement global de la santé. Aucun des trois modèles de financement *mixte (mixte centralisé, mixte régionalisé et mixte localisé)* ne semble se dégager comme la façon optimale d'offrir des services efficaces de santé à moindres coûts et aussi conduire à la performance des systèmes de soins comme le prétendaient Sanni Yaya et Gabriel Danis (Danis 2004; Yaya

Sanni 2005), bien que le financement *mixte régionalisé* pourrait induire une meilleure performance globale (satisfaisante et prometteuse). Ces auteurs précisent dans leur théorie que la mobilisation des acteurs publics et privés aux points de vue parfois divergeant, l'utilisation au mieux des compétences de chacun d'eux, la répartition des responsabilités, des risques et des bénéfices, semblent être autant d'arguments qui pourraient conduire à une performance accrue de la politique de financement. Toutefois, d'après les analyses effectuées, aucun des trois modèles de financement *mixte* ne semble associé à la performance des systèmes de soins, quel que soit le contexte organisationnel sanitaire. Il serait donc possible de croire que la mixité semble neutraliser les effets de chacun des acteurs au lieu de les potentialiser.

Enfin, une quatrième avenue serait que parmi les types d'organisation sanitaire, l'*ambulatoire médecine générale* caractérisé par un grand recours aux soins ambulatoires avec prédominance de la médecine générale (peu de médecins spécialisés) conduirait à des résultats de performance plus intéressants. Le modèle de financement *individuel* et le paiement *acte-mixte* qui performant moins bien dans les autres organisations semblent performer assez bien (surtout en termes de productivité) dans cette organisation sanitaire. Aussi, des 15 relations apparentes entre le financement et la performance dans cette forme d'organisation, seules trois (20%) sont liées à une performance moins élevée.

D'après les constats, aucun modèle de financement de la santé ne se démarque effectivement dans l'accroissement de la performance des systèmes. Il semble dès lors opportun de composer avec les composantes de ces modèles dans des contextes organisationnels particuliers. Les processus de collecte de ressources, de paiement des professionnels et de rétribution des établissements et le processus de répartition des

ressources collectées et stockées semblent se dégager comme ceux sur lesquels il serait important de porter une attention particulière. Quelques possibilités pourraient être envisagées :

Dans un premier temps, lorsqu'un système se caractérise par une présence considérable de professionnels spécialisés et un fort recours aux soins hospitaliers (à l'instar des États-Unis), il serait recommandable d'adopter : un mode de collecte *bismarckien mixte*, autrement dit une cotisation publique et privée avec la présence d'une sécurité sociale pour accroître l'efficacité du système; un mode de paiement de type *salariat mixte* au détriment de *l'acte mixte*, c'est-à-dire rétribuer les établissements publics de façon mixte et rémunérer les médecins en établissements au salaire et non à l'acte. Ce dernier constat semble en accord avec les théories selon lesquelles la rémunération à l'acte représenterait le pire mode de rémunération des médecins en établissements (Bardey 2002; Bardey and Lesur 2004; Samson 2009).

Dans un deuxième temps, lorsqu'un système se caractérise par un fort recours aux soins hospitaliers et une présence considérable de la médecine générale (à l'instar de la Belgique), il serait recommandable d'éviter : le mode de paiement *mixte-budget* basé sur la rétribution à *budget global* des établissements publics et la rémunération *mixte* des médecins en établissement; et une allocation centralisée au niveau national et orientée vers les soins médicaux, *soins-centralisée*. Par ailleurs, les prélèvements obligatoires via les impôts combinés à la centralisation de la prise de décision au niveau des instances de l'État, modèle *collectif*, pourraient être envisagés pour respectivement maintenir un niveau acceptable d'efficacité et d'efficience du système.

Dans un troisième temps, les systèmes se caractérisant par un fort recours aux soins ambulatoires (médecine de ville) et orienté vers la médecine générale (*ambulatoire*

médecine générale) semblent générer des résultats encourageants en termes de performance globale, efficience, efficacité et de productivité. Il serait recommandable d'encourager dans cette organisation sanitaire : la mixité coordonnée par les instances étatiques ou de sécurité sociale lors du processus de collecte des fonds pour la mutualisation des risques lors du processus de collecte des ressources dans des contextes organisationnels spécialisés; et la régionalisation des décisions d'allocation focalisée sur les priorités des populations; et un paiement *mixte-budget* autrement dit rémunération mixte des médecins et rétribution budgétaire des établissements de santé. Les seules exceptions dans ce contexte seraient le mode de paiement *acte-mixte* (rémunération à l'acte des médecins en établissement et mixité au niveau des établissements), bien qu'il engendre des résultats intéressants en termes de productivité, et l'allocation non régionalisée orientée vers les priorités des populations (*populationnel-non régionalisée*).

Pour conclure, il serait important de noter qu'il existerait dans tous les pays des possibilités d'améliorer la performance de leur système de soins. Ces améliorations n'exigeraient pas nécessairement des dépenses supplémentaires, mais plutôt : un changement de la cohérence interne existante dans le processus de circulation de l'argent dans le système de soins entre les fonctions prélèvement, stockage, allocation et paiement ; une éventuelle modification du contexte organisationnel sanitaire existant ; et aussi une connaissance des revers potentiels existants en termes de performance.

Implications théoriques

Deux implications théoriques pourraient être mises en évidence dans cette recherche.

Premièrement, les résultats apportent un soutien à la théorie de l'approche configurationnelle de Meyer et collaborateurs selon laquelle une politique en général, et une politique de financement en particulier devraient être analysées non pas de façon contingente, mais plutôt de façon configurationnelle (McKelvey 1982; Meyer, Tsui et al. 1993; Kahla 1999). En effet, l'analyse montre que les fonctions de financement prises individuellement conduisent à des niveaux de performance différents de celles qui sont considérées simultanément en modèles. Plus encore, le financement de la santé doit être compris par la multifinalité de ses fonctions d'une part, et aussi et surtout, par l'influence de l'environnement sanitaire dans sa relation avec la performance d'autre part. Ce constat soutient la notion de « *fit* » évoquée par Meyer et collaborateurs (1993), c'est-à-dire la capacité d'adaptation de la politique de financement avec le contexte sanitaire.

Deuxièmement, les résultats appuient également dans une certaine mesure la théorie de la complexité. En premier lieu, il existe une extrême quantité d'interactions et d'interférences entre tous les constituants inséparablement associés (Morin 1990; Morin and Le Moigne 1999; Morin 2007) de l'analyse de la performance des systèmes de financement. Ces interactions existent entre les fonctions du financement, entre les composantes de la performance et celles du contexte organisationnel sanitaire, et enfin entre tous ces éléments dans le but d'analyser l'interaction du contexte organisationnel sanitaire dans la relation entre le financement et la performance. Cette analyse repose donc sur la complexification de l'organisation et de la politique interne du financement des soins de santé (Champagne 2002). En deuxième lieu, cette étude s'inscrit dans la logique de la complexité en respectant le principe systémique qui lie la connaissance des parties (fonctions de financement,

composantes de la performance) à la connaissance du tout (modèles et profils globaux) (Glouberman and Zimmerman 2002; Morin 2007). Elle révère également le principe d'auto-éco-organisation selon lequel les systèmes ou les politiques dans les systèmes sont inséparables et dépendants de leur environnement (Glouberman and Zimmerman 2002; Morin 2007). Ils (systèmes et politiques internes au système) se régénèrent en permanence et semblent provoquer de ce fait la mise en place perpétuelle de nouvelles réformes (Glouberman and Zimmerman 2002).

Limites et forces de l'étude

Les résultats obtenus fournissent un portrait des relations existantes entre le financement et la performance dans divers contextes organisationnels sanitaires. Ils ne s'appuient pas sur des associations statistiques étant donnée la petite taille (27 pays seulement) de la population d'étude. Toutefois, le portrait effectué est une « *sonnette d'alarme* » dans la compréhension plus fine des relations entre le financement, la performance et le contexte organisationnel sanitaire surtout que les 27 pays étudiés représentent la majorité des pays à revenu élevé dans le monde. Il serait donc difficile d'en prendre plus pour effectuer une telle étude.

Par ailleurs, puisque le financement et la performance des systèmes de soins varient également à l'intérieur des pays aux niveaux des régions, des provinces ou des États, il aurait été judicieux de choisir de tel niveau (et non le niveau pays) comme niveau d'analyse. Cependant, les seules données de comparaison internationale disponibles, valides et fiables sont celles recueillies au niveau pays. D'où le choix incontournable du pays comme unité d'analyse.

Les données relatives à la mesure du financement et de la performance n'ont pas systématiquement été collectées avec un grand intervalle de temps. Elles semblent donc ne

pas permettre une bonne prise en compte de la temporalité dans les analyses. Toutefois, puisque les processus organisationnels (financement et contexte organisationnel) varient très lentement dans le temps, nous nous sommes inspirés, comme le proposent Champagne et collaborateurs (2005) et Pineault et collaborateurs (2008), de comparer les différents types de financement par une approche dans laquelle le critère de comparaison est essentiellement empirique et relatif, c'est-à-dire basé sur la performance actuelle des systèmes de soins (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005; Pineault, Levesque et al. 2008).

Bien qu'il puisse exister d'autres méthodes de gestion des données manquantes, celle utilisée dans le cadre de cette recherche, pour estimer certaines valeurs des indicateurs de contexte sanitaire, s'inspire de deux méthodes classiques connues : la méthode des sujets complets; et la méthode de maximum de vraisemblance ou pseudovraisemblance (Little and Rubin 1987; Garcia-Acosta and Clavel-Chapelon 1999). La méthode utilisée conserve la tendance générale en gardant assez robuste les différents types d'organisation sanitaire construits. Malgré l'imputation de certaines valeurs absentes, les données utilisées ne souffrent d'aucun problème de qualité car ils proviennent principalement des sources (Banque Eco Santé OCDE, statistiques OMS, etc.) valides et fiables.

En définitive, cette recherche novatrice permet à tous les acteurs du système de comprendre l'influence indirecte du financement sur la performance des systèmes de soins. Elle contribue directement à la prise de décision dans les choix à effectuer en matière de transformation du mode de financement pour accroître les résultats voulus et minimiser les résultats non souhaités. Ces choix dépendront évidemment du contexte organisationnel sanitaire, des objectifs, des priorités de la population et des valeurs de la société.

Chapitre 8 : Discussion générale et conclusion

Les discussions des trois articles décrivent l'apport de ce travail dans les domaines théorique, méthodologique et pratique et en quoi les résultats sont aussi empreints de limites. Nous reprenons ces points dans ce chapitre en parallèle avec la discussion de la portée des résultats pour l'organisation et l'amélioration de la performance des systèmes de soins compte tenu du mode de financement et des caractéristiques du contexte organisationnel.

Ce chapitre se subdivise en cinq sections : la première fait une synthèse des résultats obtenus ; la deuxième met en exergue les différentes contributions à l'avancement des connaissances ; la troisième présente les éléments de validité de l'étude ; la quatrième rappelle les limites et les forces de la thèse ; et la dernière section présente, en guise de conclusion, quelques pistes de recherche passionnantes découlant de cette étude.

8.1 Synthèse des résultats

L'objectif général de cette thèse a été d'étudier l'influence des modes de financement des soins sur la performance des systèmes de soins compte tenu des caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire. Elle a visé plus précisément trois objectifs : 1) identifier les principaux modèles de financement de soins qui prévalent dans les pays à revenu élevé ; 2) faire émerger les différents profils de performance des systèmes de soins existant dans ces mêmes pays ; 3) examiner la place du contexte organisationnel sanitaire dans la relation existant entre le financement des soins et la performance.

En utilisant de façon originale l'ensemble des données recueillies au niveau des rapports *Health in Transition* des 27 pays de l'OCDE étudiés, de la banque de données Eco-Santé OCDE et des statistiques de l'OMS, le premier article montre qu'il est possible de

comprendre le financement des soins de santé en tenant compte simultanément des différentes étapes de la circulation de l'argent dans le système de soins comme le mentionne Evans (2000, 2002). Cet article a permis ainsi de classer les pays dans un nombre restreint de catégories homogènes, chacune représentant un modèle particulier de financement des soins.

Les analyses de correspondance multiple (ACM) et de classification hiérarchique ascendante (CHA) (Jambu 1978; Escofier and Pagès 1998; Lebart, Morineau et al. 2000) ont révélé cinq modèles de financement qui se distinguent en matière de processus de collecte des fonds (prélèvement), de processus de mise en commun des fonds collectés (stockage), de processus de répartition des fonds collectés et stockés (allocation) et enfin de processus de rémunération des professionnels et de rétribution des établissements de santé (paiement).

Les variations observées entre les pays selon les quatre processus cités permettent de mettre en évidence les différents modes de circulation de l'argent, ou modèles de financement, existant dans les systèmes de soins des pays étudiés.

Les modèles construits sont des idéaux types (Weber 1971) qui décrivent ainsi une photographie du mode de financement des soins des pays à un moment donné. Ils permettent une compréhension plus fine du financement en allant au-delà des modèles traditionnels beveridgien et bismarckien (Rosen 1993) qui sont définis uniquement à travers le processus de collecte de fonds et dans une moindre mesure le processus de mise en commun de ces fonds collectés. Les modèles mettent en exergue les différentes cohérences internes possibles qu'il faudrait prendre en compte lors d'une éventuelle transformation du mode de financement des soins. Ainsi, l'un des principaux messages est que la modification

du financement des soins passe non pas par le changement d'un des quatre processus qui la composent, mais plutôt par une modification de la logique interne existante.

Le second article, pour sa part, avait pour objectif d'apprécier la performance des systèmes de soins des 27 pays étudiés, et de déterminer les différents profils de performance qui permettent de regrouper les pays selon le niveau de performance. Cet article est fondé sur le caractère multidimensionnel de la performance des systèmes de soins (Donabedian 1966; Donabedian 1968; Donabedian 1980; Donabedian 1988; Donabedian 1992; Sicotte, Champagne et al. 1998). Ainsi la performance a été appréciée d'une part par la capacité à mobiliser les ressources (ressources), à produire des services adéquats (services) et à atteindre de meilleurs résultats de santé (santé) (Donabedian 1966; Donabedian 1968), et d'autre part par l'ensemble des efforts fournis en termes d'efficience, d'efficacité et de productivité (Donabedian 1992). L'effort fourni renseigne sur l'interrelation existant entre deux des trois composantes (ressources, services et santé). Les profils de performance ont permis de rassembler les pays semblables en tenant compte de leur niveau de performance selon les efforts fournis.

Malgré la grande variation qui existe entre les pays en ce qui concerne leur capacité d'atteinte des résultats de santé, leur capacité de produire des services médicaux adéquats, la quantité de ressources mobilisées et les efforts fournis, les résultats montrent qu'aucun pays n'accomplit simultanément une performance élevée sur tous les liens existant entre les trois composantes.

Toutefois, certains systèmes de soins ont un niveau de performance plus élevé que d'autres grâce principalement aux résultats de santé obtenus proportionnellement aux efforts fournis et aux ressources mobilisées. Tel est le cas du profil *performance satisfaisante* qui rassemble les pays ayant un niveau élevé de résultats de santé et de services produits en

mobilisant peu de ressources et en fournissant proportionnellement peu d'efforts. Les pays scandinaves comme la Suède, la Finlande, la Norvège et le Danemark font partie de ce groupe.

Au contraire, d'autres pays ont un niveau de performance plus faible se caractérisant par un niveau de résultats de santé plus faible et une production de services moins abondante proportionnellement aux ressources mobilisées et aux efforts fournis. Les pays considérés comme les plus riches tels les États-Unis, le Luxembourg, l'Allemagne, la Suisse sont quelques exemples de ceux ayant ce type de profil de performance.

Dans le troisième article, le financement des soins a été mis en relation avec la performance en tenant compte des caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire. Le but de cet article a été de répondre à la question : *quelle forme de financement pour quel niveau de performance ?*

Il en ressort que le mode de financement à lui seul ne permet pas de comprendre la performance des systèmes de soins. Toutefois, lorsqu'il interagit avec le contexte organisationnel sanitaire, des associations *financement-performance* apparaissent.

En effet, un financement centré davantage sur les individus (*individuel*) dans un contexte d'abondance de médecins spécialistes et de fort recours aux soins hospitaliers (*institutionnel spécialisé*) produirait des effets néfastes en termes de performance globale intégrée et de productivité (cas des États-Unis, de la Suisse). Ce résultat présente ainsi les limites d'un système de financement très coûteux et basé sur le privé. Il confirme ainsi l'idée selon laquelle les systèmes coûteux ne sont pas forcément les meilleurs (OCDE 2009). Ainsi, le financement privé, en absence de sécurité sociale, pourrait non seulement réduire l'accès aux soins à des populations vulnérables (Contandriopoulos, Denis et al. 2000; Béland, Contandriopoulos et al. 2008; Beland, Quesnel-Vallée et al. 2008;

Contandriopoulos, Robert et al. 2008), mais aussi affecter la performance globale du système de soins.

Par ailleurs, un financement entièrement public (*collectif*) conduit à une performance ni élevée ni faible, mais moyenne dans un contexte de fort recours aux soins hospitaliers et d'abondance de la médecine générale (cas de la Belgique). Ce résultat montre que le financement public semble ne pas toujours être le meilleur, car il conduit, dans la majeure partie des cas, à un problème d'accessibilité lié aux temps et délai d'attente pour recourir à un médecin en général (Schokkaert and Van de Voorde 2003; Gonzalez 2004; CHRFSF 2005) et à un médecin spécialiste en particulier.

En outre, le troisième article apporte un soutien mitigé à la performance d'un système financé à l'aide d'un partenariat public-privé (*mixte*). En effet, aucun des modèles de partenariat émergeant de l'analyse n'est associé à un niveau de performance donné. Les forces de chacune des composantes (publique ou privée), démontrées par certaines théories (Contandriopoulos, Denis et al. 2000; Béland, Contandriopoulos et al. 2008), semblent être annihilées et neutralisées lorsqu'elles sont mises ensemble. Il est donc important de faire attention à cette forme de financement qui certes accroît la disponibilité des ressources financières en santé (Schokkaert and Van de Voorde 2003; Gonzalez 2004; CHRFSF 2005), mais conduit à une performance globale mitigée.

À l'instar de plusieurs recherches sur la rémunération des médecins, cet article confirme l'idée selon laquelle la rémunération à l'acte, contrairement au salariat, est le mode de rémunération à déconseiller chez les médecins en établissement quelles que soient les caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire (Samson 2009). Elle conduit à de faibles résultats de performance et pourrait également accroître la demande induite (Bardey 2002; Bardey and Lesur 2004; Samson 2009).

Aussi, les systèmes dans lesquels les soins ambulatoires sont mis en avant au détriment des soins hospitaliers, produisent des résultats plus encourageants en termes d'efficacité, d'efficacité et de productivité. Ce résultat soutient les idées selon lesquelles les soins ambulatoires et plus particulièrement hors hospitaliers doivent être développés et renforcés afin d'améliorer le niveau de performance des systèmes de soins (OMS 2008).

L'ensemble de ces résultats donne un portrait plus complet et global du financement, de la performance, ainsi que du lien entre le financement et la performance dans des contextes organisationnels sanitaires particuliers. Il nous permet de conclure qu'il existerait dans tous les pays des possibilités d'améliorer la performance de leur système de soins. En plus d'une bonne caractérisation du processus de financement des soins (premier article) et de la performance des systèmes de soins (second article), il serait important d'analyser le lien existant entre eux en tenant compte des caractéristiques contextuelles sanitaires (troisième article) afin de faire émerger les modes de financement le plus recommandables.

8.2 Contributions de la recherche

Cette recherche apporte une contribution empirique majeure pour l'analyse du financement des soins, de la performance des systèmes de soins, et du lien entre le financement et la performance compte tenu du contexte organisationnel d'intervention. Elle contribue également à l'utilisation d'une approche holistique basée sur une vision configurationnelle dans l'analyse des politiques de santé et des systèmes des soins.

Les apports méthodologiques, pratiques et théoriques de cette thèse sont les suivants.

8.2.1 Apports méthodologiques

Le principal apport méthodologique de cette recherche est sans nul doute l'opérationnalisation des concepts multidimensionnels de financement et de performance. S'appuyant sur le principe selon lequel il existe une interdépendance entre les fonctions du financement et des composantes de la performance, cette étude est à notre connaissance la première à utiliser des analyses de correspondances multiples (ACM) et de classification hiérarchique ascendante (CHA) (Jambu 1978; Escofier and Pagès 1998; Lebart, Morineau et al. 2000) pour décrire et faire émerger les différents modèles de financement et de profils de performance existant dans les systèmes de soins.

Les algorithmes construits pour opérationnaliser chacun de ces concepts s'appuient sur une revue de la littérature, une recension des indicateurs utilisés pour opérationnaliser chacune des composantes de ces concepts, un effort de regroupement de ces indicateurs en sous-groupes, et un classement des pays en configurations émergentes. Les configurations obtenues représentent ainsi les portraits prédominants de chacun des concepts dans la réalité des pays étudiés.

Un autre apport méthodologie est l'utilisation des données quantitatives (indicateurs) pour générer des données qualitatives via les modèles de financement et les profils de performance. Cette étude se situe donc dans la logique des recherches à méthodes mixtes (Casebeer and Verhoef 2000; Pinard, Potvin et al. 2004; Bergman 2010). Elle est du type *quanti-quali-quanti*. Car une fois les données qualitatives générées, elles ont été soumises aux analyses d'associations bivariées.

8.2.2 Apports pratiques et aide à la prise de décision

Les résultats de cette thèse fournissent des recommandations aux décideurs et aux gestionnaires quant aux modes de financement à privilégier ou en éviter dans le processus d'amélioration de la performance du système de soins en fonction des caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire.

Aussi, ces résultats informent sur la dynamique en matière de transformation des processus de financement afin d'améliorer le niveau de performance globale des systèmes de soins. Dans un premier temps, ils indiquent que pour modifier le processus de financement des soins de santé, il faudrait changer la cohérence interne existante entre les quatre fonctions au lieu de ne modifier qu'une seule d'entre elles, comme effectué généralement dans la plupart des réformes. Il faudra donc connaître la logique à donner à la politique de financement avant de modifier ne serait-ce qu'une seule modalité d'une fonction.

En deuxième lieu, les résultats précisent qu'il est important de connaître son profil de performance globale et intégrée avant de mettre en place des leviers de changement.

En troisième lieu, modifier un mode de financement pour accroître le niveau de performance ne pourrait se faire adéquatement sans la connaissance des caractéristiques principales du contexte sanitaire du système.

Enfin, tout changement au niveau du financement ou de la performance devrait se faire avec précaution et de façon graduelle (et non radicale) en connaissance des revers potentiels, mais aussi des priorités et des valeurs existant dans le système.

8.2.3 Apports théoriques

À ce jour, l'analyse de la transformation du processus de financement des soins pour améliorer la performance des systèmes de soins a été dominée par l'approche de

contingence. Dans cette dernière, chaque composante peut être changée ou ajustée marginalement et indépendamment l'une de l'autre. Cette approche postule une relation causale linéaire unidirectionnelle entre les caractéristiques organisationnelles et leurs comportements en termes de performance, entre les caractéristiques organisationnelles et l'environnement (Meyer, Tsui et al. 1993).

La recherche effectuée va un peu plus loin et apporte un soutien inconditionnel à l'approche configurationnelle (McKelvey 1982; Meyer, Tsui et al. 1993) dans l'analyse du changement des organisations. Dans l'approche configurationnelle, les parties de l'entité sociale prennent leur signification à partir de l'ensemble et ne peuvent être comprises séparément. Bien que les entités soient conceptuellement distinctes, elles coexistent simultanément au sein d'une organisation. L'approche configurationnelle ainsi définie essaye de « prendre tout en même temps » et de confronter plusieurs discours (Kahla 1999). Par ailleurs, les résultats obtenus dans cette étude apporterait dans une certaine mesure (mais un peu moindre) un soutien aux théories de la complexité en analyse des organisations (Morin 1990; Morin and Le Moigne 1999; Glouberman and Zimmerman 2002; Morin 2007; Alhadef-Jones 2008). Ces théories reposent sur certains des principes suivants. Premièrement, le principe *dialogique* : toute unité est constituée de dualités, de termes à la fois complémentaires et opposés (Morin 1990; Glouberman and Zimmerman 2002). Tel est le cas des composantes de la performance (ressources, services et santé) qui sont à la fois complémentaires et parfois même opposées. En guise d'illustration, être performant suppose la maximisation de l'atteinte des résultats et des processus de production des services, et une minimisation des ressources à mobiliser pour atteindre certains niveaux.

Deuxièmement, le principe de *récurtivité organisationnelle ou d'auto-organisation* : l'effet produit sa cause (Morin 1990; Glouberman and Zimmerman 2002). Il s'agit d'une boucle de rétroaction généralisée qui aboutit à une causalité complexe où c'est moins la direction de la causalité qui compte que l'autoorganisation de l'unité duale. Ce principe se traduit dans cette recherche par la grande quantité d'interactions et d'interférences existantes d'une part entre les fonctions du financement et les composantes de la performance, d'autre part à travers la relation entre le financement et la performance compte tenu du contexte organisationnel sanitaire et des facteurs environnementaux telle la richesse du pays mesurée par le PIB (Produit Intérieur Brut).

Troisièmement, le principe *hologrammatique* : les parties sont dans le tout et vice versa. La totalité et les parties ne peuvent se concevoir indépendamment (Morin 1990; Glouberman and Zimmerman 2002). L'approche configurationnelle utilisée appuie ce principe. En effet, tout processus organisationnel, à l'instar du financement et de la performance, doit être compris non seulement à travers ses composantes (parties), mais aussi à travers les modèles et profils (tout). Dans le même ordre d'idée, le troisième article a examiné les liens suivants : l'influence des parties du financement sur les parties de la performance ; l'influence des parties du financement sur la performance en tout ; l'influence du tout en financement sur les parties de la performance ; et enfin l'influence du tout en financement sur la performance en tout. Tous ces liens montrent que la compréhension du lien entre financement et performance doit se faire en ayant conscience que les parties sont dans le tout et que l'influence du tout peut être mieux comprise par l'analyse des parties.

8.3 Validité de la recherche

La question de la validité de la recherche pourrait se poser lorsqu'on s'interroge sur la qualité et la crédibilité des sources de données utilisées, la qualité des indicateurs, l'analyse des données manquantes et la validité des résultats obtenus.

8.3.1 Qualité et crédibilité des sources de données

Les sources de données utilisées dans cette thèse, à l'instar des rapports Health Care in Transition, de la banque de données Eco-Santé OCDE, des statistiques de l'OMS, du panorama pour la santé, du panorama pour la société, sont produites par des organismes de compétence internationale. Ces organismes, tels l'OMS, l'observatoire Européen de l'OMS et l'OCDE, sont crédibles, car reconnus pour leur rigueur en matière de collecte des données les plus valides existant dans les pays. Ils travaillent généralement de concert avec les offices nationaux de statistiques des pays dont le mandat premier est de mettre en place des méthodologies solides de collecte des données sur l'ensemble de leur territoire national.

8.3.2 Qualité des données

La quasi-totalité des données provenant de ces sources est comparable quant aux méthodes de collecte (enquêtes, analyses documentaires) et à leurs définitions opérationnelles. Toutefois, il existe des cas exceptionnels dans lesquels la méthodologie de calcul de l'indicateur est quelque peu différente. C'est le cas par exemple du taux de sortie de l'hôpital : certains pays tels que la Finlande, la France, la Hongrie (depuis 2004), le Royaume-Uni et les États-Unis incluent dans leur calcul les sorties de l'hôpital le même jour, alors que les autres les excluent.

En outre, les indicateurs choisis (principalement selon leur occurrence dans la littérature) ainsi que toutes les sources de données utilisées contribuent à la triangulation des données recueillies. Cette triangulation assure ainsi la validité et la fiabilité des données (Lessard-Hébert, Goyette et al. 1995; Miles and Huberman 2003).

8.3.3 Analyse des données manquantes

L'analyse des données manquantes a été assurée principalement par la méthode d'imputation statistique. Cette dernière méthode est pertinente lorsqu'on a connaissance de tous les facteurs explicatifs de l'indicateur dont on veut estimer une valeur. Or, dans la présente étude, l'imputation a été faite : soit dès lors que la richesse (PIB) était associée à l'indicateur dont on voulait imputer une valeur (premier et second articles) ; soit lorsque cet indicateur était associé à un autre indicateur utilisé qui n'avait pas de données manquantes (troisième article). Cette approche aurait donc conduit au rejet de certains indicateurs, mais elle a surtout permis d'approximer les valeurs manquantes.

Plus particulièrement, la gestion des données manquantes utilisée dans cette thèse a été inspirée des trois méthodes suivantes les plus connues, sous les noms : méthode des sujets complets, méthodes des moindres carrés et méthodes du maximum de vraisemblance ou pseudovraisemblance (Garcia-Acosta and Clavel-Chapelon 1999). Selon ces auteurs, la méthode des sujets complets (*complete-case analysis* ou *listwise deletion*) consiste à ne faire porter l'analyse que sur les sujets sans donnée manquante, tandis que la méthode des données disponibles (*available-case analysis*) utilise le plus grand nombre de sujets complets pour l'estimation individuelle de chaque paramètre. La méthode de l'indicatrice (*indicator method*) associe chaque variable présentant des données manquantes à sa

variable indicatrice de données manquantes dans le terme explicatif du modèle final de régression expliquant la variable *end-point*.

Les méthodes des moindres carrés imputent des valeurs aux données manquantes des variables explicatives sur la base de régressions soit déterministes (les résidus du modèle sont arbitrairement posés à 0), soit stochastiques (on attribue aux résidus des valeurs vraisemblables, par exemple générées aléatoirement) expliquant la variable explicative par d'autres variables recueillies. On peut choisir par exemple de remplacer la donnée manquante soit par la moyenne observée de la variable concernée sur l'ensemble de la population (méthode de la moyenne), ce qui correspond à une régression avec pour variables explicatives seulement un terme constant et un terme d'erreur. Parmi les méthodes du maximum de vraisemblance ou pseudovraisemblance, la plus connue utilise l'algorithme EM (Little and Rubin 1987; Garcia-Acosta and Clavel-Chapelon 1999). Il s'agit de modéliser la variable *end-point* en fonction des variables explicatives sur les individus sans donnée manquante (1ère étape M) : on obtient alors une première estimation des coefficients des variables explicatives. Ensuite, le modèle obtenu est appliqué aux individus à donnée manquante pour certaines variables explicatives pour estimer leur donnée manquante à partir de la connaissance de leur variable *end-point* et de l'estimation des paramètres du modèle (1ère étape E).

D'autres méthodes d'estimation des données manquantes comme la méthode déductive, le *cold-deck*, la méthode de l'indicatrice, l'imputation multiple, les méthodes à équations d'estimation pondérées (Garcia-Acosta and Clavel-Chapelon 1999) auraient donc pu être utilisées si le type de données l'avait permis.

Selon Garcia-Acosta & Clavel-Chapelon (1999), la méthode déductive se fonde essentiellement sur des règles déterministes (une femme qui a accouché au moins une fois a

nécessairement été enceinte). Le *cold-deck* consiste à rechercher les informations manquantes dans des enquêtes comparables portant sur les mêmes individus. L'imputation multiple consiste à générer plusieurs (n) copies de la base originelle. Dans chaque copie, la population est divisée en intervalles inter-quantiles de la probabilité calculée de donnée manquante, et la sous-distribution de la variable X observée chez les répondants d'un tel intervalle est appliquée aux non-répondants du même intervalle. Ainsi, les données qui vont être imputées aux individus à données manquantes pour X et appartenant à cet intervalle sont générées de manière stochastique à partir de la distribution empirique de X observée chez les individus sans donnée manquante de cet intervalle. Les méthodes à équations d'estimation pondérées utilisent une modélisation du processus d'existence des données manquantes afin d'attribuer des poids aux covariables pour l'analyse par régression de la variable *end-point*.

8.3.4 Validité des résultats

Que nous ayons utilisé une modélisation par l'analyse des classes latentes (ACL) qui est une méthode de classification ayant pour but de décrire l'hétérogénéité observée dans notre échantillon (Hagenaars and McCutcheon 2002) plutôt qu'une analyse des correspondances et une classification hiérarchique, cela ne change en rien le fait que la classification doit répondre aux normes les plus hautes de validité. Les méthodes utilisées dans cette recherche pour décider du nombre de partitions : maximisation de l'inertie intraclasse et minimisation de l'inertie interclasses - le critère de Ward; et le quotient d'inertie interclasses (Jambu 1978; Escofier and Pagès 1998; Lebart, Morineau et al. 2000) ont toutes servi à confirmer la validité « statistique » des classifications effectuées (modèles de financement et profils de performance). Elles ont montré que les cinq modèles de

financement construits ainsi que les quatre profils de performance représentent les meilleures configurations de classes homogènes permettant de regrouper les 27 pays étudiés.

En plus de ces méthodes, la validité des configurations doit être évaluée à la lumière de la question de recherche et répondre à une justification théorique (Jung and Wickrama 2008). Tels que définis par notre cadre conceptuel, les modèles et les profils théorisent le financement et la performance. Leur validité a donc été évaluée selon les critères auxquels doit répondre une définition opérationnelle du financement et de la performance. Ces critères sont comme le proposent Steiner et Normand (2003) : la *validité de concept, de construit et de critère*.

Généralement utilisés pour valider un instrument de mesure, ces critères servent ici à démontrer à la fois la validité de la classification et la contribution méthodologique des analyses de correspondance multiple et de classification hiérarchique effectuées pour comprendre les concepts de financement et de performance.

Concernant la validité de concept, certains auteurs comme Evans (2000, 2002) et Aucoin (2007), inspirés par l'OMS (2000), proposent qu'une définition opérationnelle du financement doive pouvoir exprimer le caractère multifonctionnel du processus de circulation de l'argent dans le système de soins. Plus encore, selon Donabedian (1992), Sicotte et collaborateurs (1998), l'OMS (2000, 2008), une définition opérationnelle de la performance doit montrer son caractère multidimensionnel et intégrateur.

Ce qui est proposé dans cette thèse, comme mentionné précédemment, c'est une approche qui rend ces opérationnalisations possibles. L'ACM et la CHA ont été choisies justement parce qu'elles abordent un défi central en rendant opérationnel le caractère multidimensionnel de ces concepts.

Ces analyses ont été appliquées à notre population de pays à partir d'indicateurs prévalant dans la littérature et décrivant chacune des fonctions du financement et des composantes de la performance.

À part la notion de *maintien de valeurs organisationnelles* qui définit la culture, les valeurs et le climat interne du système de soins, comme le précisent Sicotte et al. (1998), qui n'a pas été prise en compte dans l'appréciation de la performance des systèmes de soins, les indicateurs utilisés couvrent la quasi-totalité des aspects du financement et de la performance.

Concernant la validité des construits, les modèles et les profils construits représentent des catégories homogènes de variables latentes (Tabachnick and Fidell 2007) qui réunissent les multiples fonctions du financement ou composantes de la performance.

Les résultats factoriels de classification (modèles et profils) permettent ainsi de décrire clairement les concepts théoriques à l'aide des construits prenant en compte les différentes composantes de chacun des concepts.

Pour le financement, le modèle *collectif* indique que les pays possédant ce financement se caractérisent par un prélèvement public des fonds par les cotisations obligatoires, un stockage global dans les caisses nationales, une prise de décision d'allocation centralisée et un paiement à prédominance salariat et budget. Le modèle *individuel* regroupe les pays se caractérisant principalement par un prélèvement mixte (public-privé) à prédominance privée, un stockage partiel au niveau des individus ou des caisses d'assurance privées, une décision d'allocation décentralisée au niveau de l'individu lui-même, et un paiement mixte des professionnels et des établissements de santé. Enfin, les trois modèles *mixtes* émergents sont également définis à travers les quatre fonctions soulignées surlignées, mais avec des particularités spécifiques.

Pour la performance, les quatre profils obtenus (*performance satisfaisante, prometteuse, fragile-polarisée* et *limitée*) sont également caractérisés à la fois par le niveau de ressources, de services produits, de résultats de santé atteints, de l'efficacité, de l'efficacités et de la productivité. Les diagrammes de Kiviat de représentation de chacun de ces profils (voir second article) illustrent clairement cette relation entre les construits ou profils obtenus et le concept théorique de performance.

Certes, les classifications sont influencées par notre choix d'indicateurs. Mais il n'y a pas d'a priori quant aux indicateurs ou aux fonctions ou aux composantes les plus à même d'expliquer l'hétérogénéité non observée au sein de l'échantillon (Nagin 1999). Les indicateurs obtenus sont les plus prévalent dans la littérature et permettent de bien mesurer les fonctions du financement et les composantes de la performance.

La validité de critère, pour sa part, représente la capacité des résultats de mesurer un phénomène qui est associé à un critère d'intérêt contemporain ou futur (Rothman, Greenland et al. 2008). L'indicateur de référence ou le critère doit plutôt refléter le fait qu'un type de financement conduit à un accroissement du niveau de performance. Ainsi, la question qui se pose pour notre classification est à savoir s'il existe certains modes de financement qui améliorent le niveau de performance des systèmes.

Nous avons vu qu'en contrôlant la richesse des pays, un mode particulier de financement influence la performance des systèmes de soins en fonction du contexte organisationnel sanitaire. Le modèle *individuel* réalise une moins bonne performance que les autres dans un contexte sanitaire *institutionnel spécialisé*. Il en est de même du paiement *acte-mixte*, contrairement au *salariat-mixte*, qui génère de moins bons résultats de performance dans des contextes organisationnels *institutionnel spécialisé* et *ambulatoire moins spécialisé*. Aussi, dans un contexte offrant en abondance des soins ambulatoires, contrairement à ceux

offrant plus de soins à l'hôpital, il est plus probable d'avoir un niveau élevé de performance des systèmes de soins.

8.4 Limites et forces de la thèse

Les discussions des trois articles ont insisté sur les limites des travaux. Néanmoins, on ne saurait faire l'économie de revenir sur ces limites, ne serait-ce que pour les mettre en perspective avec les forces de ce travail.

Premièrement, puisqu'il existe des variations énormes à l'intérieur des pays en ce qui concerne le financement de la santé, la performance des systèmes de soins et le contexte organisationnel sanitaire, il aurait été judicieux de choisir *la province, l'État ou la région*, et non le pays, comme unité d'analyse. Ce choix aurait permis non seulement de prendre en compte les spécificités internes de chaque pays, mais aussi de générer des modèles de financement et des profils de performance un peu plus fins. Cependant, il n'existe pas jusqu'ici de données assez précises pour effectuer des comparaisons internationales à ce niveau. Les seules disponibles, et qui ont été exploitées, sont des données au niveau du *pays*.

La deuxième limite qui pourrait être mise en évidence est le problème de temporalité des données. En effet, les données relatives à la mesure du financement et de la performance n'ont pas été collectées systématiquement avec un intervalle de temps. Elles ne semblent donc pas permettre une prise en compte adéquate de la temporalité dans les analyses. Toutefois, puisque les processus organisationnels (financement et contexte organisationnel) varient très lentement dans le temps, nous nous sommes inspirés de ce que proposent Champagne et al., à savoir de comparer les différents types de financement des soins de santé par une approche dans laquelle le critère de comparaison est essentiellement

empirique et relatif ; c'est-à-dire basé sur la performance actuelle des systèmes de soins (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005; Pineault, Levesque et al. 2008; Pineault, Levesque et al. 2008).

La troisième limite, qui pourrait être également une force de l'étude, est la taille de la population d'étude (27). Cette taille pourrait causer des problèmes de convergence de l'algorithme du maximum de vraisemblance, car il serait possible d'avoir un grand nombre de cellules vides dans les tableaux croisés (Kleinbaum and Klein 2002). D'où un problème possible de séparation des groupes lorsque la plupart ou tous les cas d'une catégorie de la variable dépendante (performance) ont la même valeur pour une variable indépendante donnée (financement). Dans un tel cas, il serait possible d'accepter plus facilement l'hypothèse nulle des tests d'association à cause du problème de puissance statistique. Pour remédier à ces problèmes, une approche descriptive des relations émergentes a été adoptée. Ainsi, compte tenu du faible effectif des cellules des tableaux, la relation apparente entre une modalité du financement et une modalité de la performance (stratifié ou non pour le type de contexte organisationnel sanitaire) dans une cellule donnée du tableau croisé financement (en ligne) x performance (en colonne) a été considérée pertinente et révélatrice lorsque les deux conditions suivantes ont été remplies : 1) la cellule possédait un effectif supérieur à 1 ; 2) l'effectif de la cellule représentait plus de 70% de l'effectif total de la ligne. Autrement dit, plus de 70% des pays ayant une modalité de financement avait le même niveau ou profil de performance. Les relations qui y ont émergé constituent des « sonnettes d'alarme » à prendre en considération dans l'analyse de l'influence du financement sur la performance des systèmes de soins.

Par ailleurs, il est toutefois important de mentionner que cette étude est la première à analyser la problématique étudiée sur un nombre assez élevé de pays, représentant la quasi-

totalité des pays à revenu élevé dans le monde. Il serait donc difficile de mentionner que ce nombre est faible ou peu optimal pour l'analyse comparée de l'influence du financement sur la performance des systèmes de soins.

En ce qui concerne l'analyse de la performance des systèmes de soins, quelques limites méritent notre attention. Dans un premier temps, certains champs de la performance n'ont pas été couverts dans cette recherche, notamment : le « *maintien de la culture et des valeurs organisationnelles* » comme le proposent Sicotte et collaborateurs (1998) ; l'*accessibilité* (capacité à recourir au système de soins) (Pineault, Levesque et al. 2008) ; la *continuité* (suivi et coordination des soins) (Champagne, Contandriopoulos et al. 2005; Pineault, Levesque et al. 2008) ; ainsi que la *globalité* (ensemble de services de soins offerts) (Lamarche and al. 2003; Lamarche and Trigub-Clover 2008).

Dans le cadre de cette thèse, leur non-prise en compte vient du fait que peu de pays disposent des données valides, fiables et comparables pour les opérationnaliser. Cela dit, pour mieux apprécier, comprendre et analyser le niveau global de la performance de leur système de soins, les pays gagneraient à collecter des données pour renseigner ces champs lors de leurs enquêtes statistiques nationales auprès des ménages, des professionnels de santé et des établissements de santé.

Dans un second temps, l'utilisation de la même pondération pour agréger les indicateurs au niveau des sous-dimensions, dans chacune des dimensions de la performance, semble souffrir de certains biais. En effet, il serait difficile de croire que tous les indicateurs ont le même degré d'importance au niveau de la sous-dimension. Certains sont sûrement plus indispensables que d'autres dans le pouvoir explicatif de la sous-dimension. Toutefois, aucune analyse factorielle n'a été réalisée jusqu'ici, à notre connaissance, dans la littérature (et même dans cette étude) pour déterminer le pouvoir explicatif de chacun de ces

indicateurs dans leurs sous-dimensions respectives et en déduire, si possible, des pondérations qui pourraient leur être affectés. Pour éviter que ce problème ne se perpétue sur l'ensemble des résultats obtenus, une fois les indicateurs agrégés au niveau des sous-dimensions, des analyses de correspondances multiples et de classification hiérarchique ont permis de regrouper les pays selon leur degré de similarité dans chacune des dimensions (fonctions ou composantes) et également pour l'ensemble des dimensions pris simultanément.

Pour terminer, une autre limite à mentionner est que cette recherche n'a pris en compte que la richesse du pays (PIB) comme facteur contextuel non sanitaire pour non seulement corriger les indicateurs de performance, mais aussi moduler la relation entre le financement et la performance. Les résultats obtenus pourraient donc être ajustés par d'autres facteurs contextuels non sanitaires tels les facteurs politiques, démographiques, sociaux, technologiques, etc., comme le suggère Aucoin (2007).

Une question pourrait être posée par rapport au niveau d'agrégation afin d'obtenir les différentes configurations (ou modèles) de financement effectuées par Tchouaket et collaborateurs (2010), chapitre 5. Il se pourrait donc que l'absence d'association directe entre le financement et la performance soit due à cette agrégation. D'où la limite potentielle de la classification et de l'approche configurationnelle. Il serait donc opportun de faire attention au nombre de partitions qui émergent, car un nombre assez bas limiterait la configuration uniquement à certaines de ses composantes et irait à l'encontre de la logique de la configuration elle-même. Et un nombre assez élevé réduirait l'homogénéité entre les individus de la partition. Donc, il serait important de choisir un nombre raisonnable de partitions en tenant compte de la taille de l'échantillon et en s'assurant qu'elles respectent assez bien les hypothèses de la configuration.

Devant ces limites, il est important de rappeler que notre but n'était pas d'ajuster le meilleur modèle explicatif et de prédiction de l'influence du financement sur la performance. Il était plutôt question d'explorer les effets du financement des soins de santé sur la performance des systèmes de soins compte tenu des caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire et du niveau de richesse des pays. Et ce point nous amène à la validité externe de nos résultats, à savoir la reproductibilité des résultats à d'autres environnements et à d'autres pays (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005). Compte tenu que la population étudiée représente la quasi-totalité des pays à revenu élevé dans le monde, les résultats peuvent sans nul doute être généralisés à d'autres pays semblables non étudiés. D'où le respect du principe de similitude. La robustesse des résultats obtenus vient du fait qu'ils ont été obtenus en tenant compte des contextes diversifiés des pays (27 pays avec des réalités différentes). Enfin, la force de conceptualisation ainsi que les méthodologies développées pour opérationnaliser tous les concepts multidimensionnels dans cette thèse permettent de croire à une généralisation théorique du cadre conceptuel utilisé et des méthodes élaborées pour l'opérationnaliser. Toutes les techniques et méthodes développées ici pourront ainsi être répliquées à d'autres études similaires dans d'autres contextes avec d'autres pays.

8.5 Conclusion et perspectives

Ce travail ouvre des pistes de recherche passionnantes, mais surtout importantes pour comprendre le financement, la performance, ainsi que la trajectoire que l'on doit suivre pour analyser leur association.

Voici quelques propositions. Premièrement, il serait nécessaire que des études comme celle que nous venons de réaliser soient reproduites sur des populations de taille plus importantes

pour confirmer la validité externe des modèles types de financement et des profils types de performance identifiés. En guise d'exemple, l'unité d'analyse pourrait être l'ensemble des provinces, des états fédérés, des régions ou des cantons des pays (pour constituer un effectif de grande taille) car les politiques de financement, d'organisation sanitaire et performance qui y existent sont parfois assez spécifiques.

Deuxièmement, en plus de la taille de la population, il serait souhaitable de collecter des données sur une plus longue période de temps, car elles pourraient également servir à établir si les modèles et les profils expriment les caractéristiques essentielles du financement et de la performance. Elles serviraient aussi à vérifier si les liens identifiés dans la trajectoire de la relation entre le financement et la performance restent robustes.

Troisièmement, il serait également intéressant qu'une étude comme celle réalisée, à travers l'originalité des méthodes utilisées, puisse être reproduite dans les pays à faible revenu.

Quatrièmement, il serait essentiel de tenir compte des autres aspects de la performance tels le maintien des valeurs organisationnelles et l'expérience de soins, et de prendre également en compte les autres facteurs contextuels (démographiques, politiques, culturels, sociaux, etc.) dans l'analyse de la problématique de cette thèse.

Finalement, du point de vue de la méthode, il faudrait comparer directement les analyses effectuées à d'autres approches et d'autres mesures pour établir la valeur ajoutée de celles utilisées dans cette thèse et confirmer la trajectoire du lien entre le financement et la performance.

Tels seraient quelques défis à relever dans un avenir proche.

Bibliographie

- Aday LA et al. (1993). Evaluating the medical care system: effectiveness, efficiency, and equity. Ann Arbor, University of Michigan, Health Administration Press.
- Aggeri, F. and A. Hatchuel (1999). Innovation et production de la norme : les nouvelles formes de gouvernamentalité dans le domaine de l'environnement. Les figures de l'institution et de la norme : entre états et sociétés civiles. Actes du colloque de l'ADSE. Paris : l'Harmattan.
- Alhadeff-Jones, M. (2008). "Trois Générations de Théories de la Complexité: Nuances et Ambiguïtés." Working Paper (Columbia University and Université de Paris 8): 1-29.
- Aucoin, L. (2007). Le financement des services de santé: Un cadre conceptuel, les sources, les modèles - Revue de littérature sur les expériences Européennes. Bassin, Association Québécoise d'établissements de Santé et de services sociaux-InfoVeille Santé (AQESSS): 55.
- Bardey, D. (2002). "Demande induite et réglementation de médecins altruistes." Revue Economique **53**.
- Bardey, D. and R. Lesur (2004). "Régulation optimale du système de santé dans un contexte de demande induite et de risque moral ex post." Working Paper: 1-15.
- Barros, P. P. and J. de Almeida Simões (2007). Health Systems in transition: Portugal Health system review. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Béland, F., A.-P. Contandriopoulos, et al. (2008). Le privé dans la santé: Les discours et les faits. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal (PUM).
- Beland, F., A. Quesnel-Vallée, et al. (2008). Les assurances privées en santé: L'exception canadienne? Le privé dans la santé: Les discours et les faits. Montréal, PUM.
- Benson, J. K. (1975). "The Interorganizational Network as a political Economy." Administrative Science Quarterly **20**: 229-249.
- Benzécri, J. P. (1970). "Problèmes et méthodes de la taxinomie." Revue de Statistique Appliquée **18**(4): 73-98.
- Beresniack, A. and G. Duru (2001). Economie de la santé. Paris, 5e édition, Masson.
- Bergman, M. M. (2010). "On Concepts and Paradigms in Mixed Methods Research " Journal of Mixed Methods Research (4): 171-175.

Blais, R., S. Haddad, et al. (2001). Répertoire d'instruments de mesure et de bases de données pour l'étude de l'utilisation des services de santé. Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé-Faculté de Médecine-Secteur Santé Publique: 70.

Blondel, J. (1990). Comparative government. Philip Allan: New York.

Bouinot, C. (2008). les origines du prix de journée dans les hôpitaux en France (1850-1940). Paris.

Bourdieu, P. (1994). Raisons pratiques. Seuil, Paris.

Bousquet, P. J., J. Bousquet, et al. (2004). "Les principales études épidémiologiques d'observation." Revue Française d'Allergologie et d'immunologie Clinique **44**(6): 509-515.

Brunelle, Y. and H. Bergman (1999). "Capitation, efficience et rationnement." Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé **6**(2): 270-288.

Busse, R. and A. Riesberg (2004). Health Care Systems in Transition: Germany. Copenhagen, The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe.

Carrin, G. (2002). "L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent." Revue internationale de sécurité sociale **55**(2): 14.

Carrin, G. and P. Hanvoravongchai (2003). "Health care cost containment policies in high-income countries: How successful are monetary incentives." Human Resources for Health **1**(6).

Carrin, G. and C. James (2005). "Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage." International Social Security Review **58**(1): 45-64.

Carrin, G. and C. James (2006). L'assurance maladie obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance. L'assurance maladie en Afrique Francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Washington, DC, Banque Mondiale, Chapitre 16.

Casebeer, A. L. and M. J. Verhoef (2000). "L'utilisation combinée des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour améliorer l'étude des maladies chroniques." Maladies Chroniques au Canada **18**(3).

Castonguay, C., J. Marcotte, et al. (2008). Rapport du Groupe de Travail sur le Financement du Système de santé: En avoir pour notre argent. Québec, Gouvernement du Québec.

Castonguay, J., C. Castonguay, et al. (2007). Analyse Comparative sur le financement de la santé. Québec, CIRANO: Centre Interdisciplinaire de Recherche en Analyse des Organisations.

Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé, Etude n°39, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Champagne, F., A. P. Contandriopoulos, et al. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS. Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en santé, Faculté de Médecine-Secteur Santé Publique.

CHRSF (2005). "Myth: A parallel private system would reduce waiting times in the public system " mythbusters, Canadian Health Research Services Foundations.

Clinique Générale Beaulieu (2007). "Les DRG vont defler sur la Suisse." Bulletin le Trait d'Union **38**(http://www.beaulieu.ch/pdf/fr/tdu/tdu_38.pdf).

Connolly, T., D. J. Conlon, et al. (1980). "Organizational Effectiveness: A Multiple Constituency Approach." Academy of Management Review **5**: 211-217.

Contandriopoulos, A.-P., J-L Denis, et al. (2001). "Intégrations des soins : dimensions et mise en œuvre." Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé **8**(2): 38-52.

Contandriopoulos, A.-P., G. d. Pouvourville, et al. (2000). A la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXIe siècle. Santé Publique Pomey MP, Poullier JP (eds) pp 638-667. Paris : Ellipses

Contandriopoulos, A. P. (1999). La régulation d'un système de soins sans murs. J.-P. Claveranne et al, La santé demain: vers un système de soins sans murs. Paris, Economica: 87-102.

Contandriopoulos, A. P. (2003). "Inertie et changement." Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé **9**(2): 4-31.

Contandriopoulos, A. P. (2003). "Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins." Ethique Publique **5**(1): 42-57.

Contandriopoulos, A. P., F. Champagne, et al. (2000). "L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes." Revue d'épidémiologie et de santé publique **48**: 517-539.

Contandriopoulos, A. P., F. Champagne, et al. (2005). Savoir préparer une recherche: La définir, la structurer et la financer. Montréal-Québec, Les presses de l'Université de Montréal.

Contandriopoulos, A. P., J. L. Denis, et al. (2000). La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins. Montréal, Département d'Administration de la santé et Groupe de recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS).

Contandriopoulos, A. P., L. Robert, et al. (2008). Introduction générale: Pour une nouvelle lecture du débat sur le privé dans la santé. Le privé dans la santé: Les discours et les faits. Montréal, Les Presses de Université de Montréal.

- Corens, D. (2007). Health Systems in Transition: Belgium Health system review. Copenhagen, The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Crozier M. and E. Friedberg (1977). L'acteur et le système. Seuil, Paris.
- Cutler, D. and S. Reber (1998). "Paying for health insurance : the trade-off between competition and adverse selection " Quarterly Journal of Economic **113**: 433-466.
- Danis, G. (2004). "Partenariats public-privé (PPP) : mythes, réalités et enjeux." Notes de recherche **54**(CSQ.).
- Davis, K. (2008). "Health and Wealth: Measuring Health System Performance." (The Commonwealth Fund): p22.
- Denis, J. L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada, Etude n°36, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Docteur, E. and H. Oxley (2003). Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. Paris, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.
- Donabedian, A. (1966). "Evaluating the Quality of Medical Care." Milbank Mem. Fund Quarterly **44**: 166-206.
- Donabedian, A. (1968). "The evaluation of medical care programs." Bull. N. Y. Acad. Med. **44**(2): 117-124.
- Donabedian, A. (1973). Aspects of medical care administration. Cambridge, M.A. , Harvard University Press.
- Donabedian, A. (1980). Definition of Quality and Approaches to its Assesments, Ann Harbor: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). "The Quality of Care: How Can it be Assessed?" JAMA **260**(12): 1743-1748.
- Donabedian, A. (1992). Defining and measuring the quality of health care. Assessing Quality Health Care. Perspectives for clinicians. R. P. Wenzel. Baltimore, Williams and Wilkins: 4164.
- Donatini, A., A. Rico, et al. (2001). Health Care Systems in Transition: Italy. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Duhamel, G. (2002). Le système de santé et d'assurance maladie Americain: Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

Durán, A., J. L. Lara, et al. (2006). Health Systems in Transition: Spain Health System Review. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Escofier, B. and J. Pagès (1998). Analyses factorielles simples et multiples: Objectifs, méthodes et interprétation. Paris, Dunod.

European Observatory on Health Care Systems (1999). Health Care Systems in Transition: United Kingdom. Copenhagen, The European Observatory on Health Care Systems.

European Observatory on Health Care Systems (1999). Health In Transition: Luxembourg. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe.

European Observatory on Health Care Systems (2000). Health Care Systems in Transition: Czech Republic. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Government of Norway, Government of Spain, European Investment Bank, World Bank, London School of Economics and Political Science, London School of Hygiene & Tropical Medicine, in association with Open Society Institute.

European Observatory on Health Care Systems (2000). Health Care Systems in Transition: Switzerland. Copenhagen, The European Observatory on Health Care Systems.

Evans, R. G. (1984). Strained mercy. Toronto, Batterworths.

Evans, R. G. (2000). Financing health care: Taxation and alternatives, University of British Columbia.

Evans, R. G. (2002). lever les fonds : options, conséquences et objectifs pour le financement des soins de santé au Canada. Ottawa, imprimerie de la Reine.

Exter, d. A., H. Hermans, et al. (2004). Health Care Systems in Transition: Netherlands. Copenhagen, The European Observatory on Health Systems and Policies.

FCRSS (2001). Context, scope and timelines for the policy synthesis: Primary Health Care. Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Freidberg, E. (1993). Le pouvoir et la règle. Paris, Seuil.

French, S., A. Old, et al. (2001). Health care systems in Transitions: New Zealand. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe.

Fujisawa, R. and G. Lafortune (2008). The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD Countries: What are the factors influencing variations across countries?, OECD Health Working Papers: 63.

Gaál, P. (2004). Health Care Systems in Transition: Hungary. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies,.

Gakidou, E., C. Murray, et al. (2000). "Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy." Bulletin of the World Health Organization **78**(1): 42-54.

Garcia-Acosta, S. and F. Clavel-Chapelon (1999). "Gestion des données manquantes, aberrantes et incohérentes dans l'étude de cohorte E3N." Revue d'épidémiologie et de santé publique **47**(6): 515-523.

Glenngård, A. H., F. Hjalte, et al. (2005). Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Glick, W. H. (1988). "Response: Organizations are not central tendencies: shadowboxing in the dark, round 2." Academy of Management Review **13**(1): 133-137.

Glouberman, S. and B. Zimmerman (2002). Systèmes compliqués et complexes : En quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie? . Ottawa, Etude n°8: Commission pour l'avenir des soins de santé au Canada. Étude No. 8.

Goddard, M. and P. Smith (2001). "Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK." Social Science & Medicine **53**: 1149-1162.

Gonzalez, P. (2004). "On a policy of transferring public patients to private practice." Health Economics online pre-publication: 20.

Gouldner, A. W. (1959). Organizational analysis. Robert K. Merton, Leonard Broom, and Leonard S. Cottrell (eds.). Sociology Today. New York, Basic Books.

Gravelle, H., M. Sutton, et al. (2008). "Doctor behaviour under a pay for performance contract: further evidence from the quality and outcomes framework " Center for Health Economics Research Paper **34**.

Grignon, M., V. Paris, et al. (2002). L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins. Paris (France), Etude n°35, CREDES, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Grignon, M. and P. Ulmann (2006). Les dépenses de santé dans l'économie des pays de l'OCDE et la situation des dépenses hospitalières dans ce panorama. Dexia Crédit Local. Paris, Dexia Crédit Local: 1-8.

Grimaldi, A. (2007). Hôpital entreprise contre hôpital public, Extrait de D&S N °142, février 2007. Groupe Hospitalier PITIE – SALPETRIERE, www.democratie-socialisme.org.

- Grimaud, M.-A., M. St-Jean, et al. (2006). "Allocations des ressources en santé: une problématique complexe." Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé **11**(1): 10-14.
- Hagenaars, J. and A. L. McCutcheon (2002). Applied Latent Class Analysis. New York, Cambridge University Press.
- Halldorsson, M. (2003). Health Care Systems in Transition: Iceland. Copenhagen, The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hatchuel, A. (2000). Perspective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective? Perspective pour une gouvernance démocratique. sous la direction de E. Heurgon et de J. Landrieu, Paris: Éditions Aube.
- Health Consumer Powerhouse and Frontier Centre for Public Policy (2008). Health Consumer Powerhouse Frontier Centre for Public Policy: Euro-Canada Health Consumer Index 2008.
- Healy, J., E. Sharman, et al. (2006). Health Systems in Transition: Australia Health system review. Copenhagen, The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Helmert, U. and S. Shea (1994). "Social inequalities and health status in western Germany." Public Health(108): 341-356.
- Hlavacka, S., R. Wágner, et al. (2004). Health Care Systems in Transition: Slovakia. Copenhagen, The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hofmarcher, M. M. and H. M. Rack (2006). Health Systems in Transition: Austria Health System Review. Copenhagen, World Health Organization, The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hogwood, B. and L. Gunn (1984). Policy analysis for the real world. Oxford, Oxford University Press.
- Hood, C. (1991). "A public management for all seasons." Public Administration **69**(1): 3-19.
- HOPE (2006). DRGs as a financing tool. Brussels, European Hospital and Healthcare Federation.
- Hsiao, C. W. (1995). A framework for assessing health financing strategies and the role of health insurance. Dunlop D, Martins J, An International assessment of health care financing. Lessons for developing countries. Washington, DC., The World Bank: 15-29.
- Hurst, J. (1999). An assessment of health system performance across OECD countries. Paris, OECD, Health Policy Unit (DEELSA/ELSA/WPI(99)3, in press).

- IEDM (2005). "Le financement de la santé par l'assurance maladie." Institut Economique de Montréal, Collection Santé, les notes économiques: 4 pages.
- Jambu, M. (1978). Classification automatique pour l'analyse des données: Méthodes et algorithmes. Paris, Bordas, 310pages.
- Järvelin, J. (2002). Health Care Systems in Transition: Finland. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe.
- Jee, M. and Z. Or (1999). Health outcome measurement in OECD countries:toward outcome-oriented policy making. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, (DEELSA/ELSA/WP1(98)6/ANN).
- Johnsen, J. R. (2006). Health in Transition: Norway. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Jonas, S., R. Goldsteen, et al. (2007). An introduction to the US health care system. Sixth edition, New York, Springer Publishing Company, LLC.
- Joumard, I., A. Christophe, et al. (2008). "Health Status Determinants : Lifestyles, Environment, Health Care resources and Efficiency." Economics Department Working Papers 627(OCDE).
- Jung, T. and K. A. S. Wickrama (2008). "An introduction to latent class growth analysis and growth mixture modeling." Social and Personality Psychology Compass 2(1): 302-317.
- Kaci, M. (2006). "Comprendre la productivité : un précis." La revue Canadienne de productivité: Statistique Canada 15-206-XIF(002): 16 pages.
- Kahla, K. B. (1999). "Les analyses du changement organisationnel: Quelques questions théoriques, méthodologiques et épistémologiques." **présenté au colloque « La flexibilité: condition de survie? » organisé par l'ISCAE, Tunis**.
- Kaplan, G., E. Pamuk, et al. (1996). "Inequality in income and mortality in the United States: Analysis of mortality and potential pathways." British Medical Journal 312: 999-1003.
- Kennedy, B., I. Kawachi, et al. (1996). "Income distribution and mortality: Cross sectional study of the Robin Hood index in the United States." British Medical Journal 312: 1004-1007.
- Kirigia, J. M., A. Preker, et al. (2006). "An overview of health financing patterns and the way forward in the WHO African Region." The East African Medical Journal 83(8): 30.
- Kleinbaum, D. G. and M. Klein (2002). Logistic Regression- A Self-Learning Text, Second Edition New York.

Knowles, J. C., C. Leighton, et al. (1997). Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators. Bethesda, MD, (Partnerships for Health Reform, Special Initiatives Report No.1).

Kutner, M. H., C. J. Nachtsheim, et al. (2004). Applied Linear Statistical Models McGraw-Hill/Irwin.

Kwon Soonman (2005). South Korea. in Robin Gauld, Comparative health policy in the Asia-Pacific-State of Health. England, Open University Press. **Chap.3:** 48-68.

Lamarche, P. A. (2008). Le système de financement des soins de santé au Québec: miroir ou mirage des valeurs collectives? Santé et Citoyenneté, regards croisés entre le Québec et le Brésil. Montréal, PUM.

Lamarche, P. A. and al. (2003). Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Montréal-Québec, FCRSS, Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé de la Saskatchewan, MSSS du Québec, Santé Canada.

Lamarche, P. A. and A. Trigub-Clover (2008). La propriété privée des organisations de santé: Quels effets sur les services? Le privé dans la santé: les discours et les faits. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Langley, A. (1999). "Strategies for theorizing from process data." Academy of Management Review **24**(4): 691-710.

Larousse (2004). Dictionnaire Petit Larousse Illustré.

Lebart, L., A. Morineau, et al. (2000). Statistique exploratoire multidimensionnelle. Paris, Dunod.

Lessard-Hébert, M., G. Goyette, et al. (1995). Recherche qualitative: fondements et pratiques. Montréal, Editions Nouvelles.

Levesque, J.-F., M. Ouellet, et al. (2009). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009- L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring. Québec, Le commissaire à La santé et au bien-être: 220.

Liaropoulos, L. and D. Kaitelidou (2000). "Health Technology Assessment in Greece." International Journal of Technology Assessment in Health Care **16**(2): 429-448.

Light, D. W. (1999). "Good managed care needs universal health insurance." Annual of Internal Medicine **130**(8): 686-689.

Little, R. and D. Rubin (1987). Statistical Analysis With Missing Data. New York, John Wiley & Sons.

- Marchildon, G. P. (2005). Health Systems in Transition: Canada. Copenhagen, The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Marmot, M. G., M. J. Shipley, et al. (1984). "Inequalities in death - specific explanations of a general pattern?" The Lancet **1**: 1003-1006.
- McDaid D, Wiley M, et al. (2009). Ireland: Health system review. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- McKelvey, B. (1982). Organizational systematics: Taxonomy, evolution and classification. Berkeley, University of California press.
- Meyer, A. D., A. S. Tsui, et al. (1993). "Configurational approaches to organizational analysis." Academy of Management Journal **36**(6): 1175-1195.
- Miles, M.-B. and A.-M. Huberman (2003). Analyse des données qualitatives, Version traduite de la 2^{ème} édition.
- Mills, A., R. Antonius, et al. (2002). "The distribution of health planning and management responsibilities between centre and periphery: historical patterns and reform trends in four Caribbean territories." Health Policy and Education **62**: 65-84.
- Mintzberg, H. (2000). Le management, voyage au centre des organisations., Trad. par Jean-Michel Behar, 3^e éd., Paris : Éditions des organisations.
- Morin, E. (1990). Introduction à la Pensée Complexe. Paris, ESF.
- Morin, E. (2007). Restricted Complexity, General Complexity. Worldviews, Science and Us, Philosophy and Complexity. D. C. Gershenson and A. B. Edmonds. London, World Scientific: pp. 5-29.
- Morin, E. and J.-L. Le Moigne (1999). L'Intelligence de la complexité. Paris, L'Harmattan.
- Mossialos, E., S. Allin, et al. (2007). Health Systems in Transition: Template for analysis, HiT methodology and production process, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mossialos, E., A. Dixon, et al. (2002). Funding health care : Options for Europe, European Observatory on Health Care Systems Series Chapitre 1.
- MSSS (2002). La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux
- Murray, C. J. L. and J. Frenk (2000). "A framework for assessing the performance of health systems." Bulletin of the World Health Organization **78**(6).

- Nagin, D. S. (1999). "Analyzing developmental trajectories: a semiparametric, group-based approach." Psychological Methods 4(2): 139-157.
- Navarro, V., C. Muntaner, et al. (2006). "Politics and health outcomes." Lancet 368 1033-1037.
- Normand, C. and C. Weber (1994). Social health insurance. A guidebook for planning. Genève, World Health Organization et International Labor Organization.
- OCDE (2002). Chapitre 2: Flux monétaires et réels dans le système de santé coréen. Examens de l'OCDE des Systèmes de Santé-Corée- ISBN 92-64-29946-7 – OCDE 2003. Paris, OCDE (Organisation de Coopération pour le Développement Economique): 34.
- OCDE (2004). Vers des systèmes de santé plus performants. France.
- OCDE (2008). Indicateurs composites avancés de l'OCDE - Données historiques et informations méthodologiques - Mise à jour Novembre 2008, http://www.oecd.org/document/29/0,3746,fr_2649_37361_41643357_1_1_1_1,00.html.
- OCDE (2009). Le panorama de la santé: Les indicateurs de l'OCDE, Organisation de la Coopération pour le Développement Economique.
- OCDE (2009). Le panorama de la société: Les indicateurs sociaux de l'OCDE, Organisation de la Coopération pour le Développement Economique.
- OECD (2007). OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries Organisation for Economic Co-operation and Development, IRDES.
- OMS (2000). Pour un système de santé plus performant. Genève, Rapport sur la santé dans le monde, Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS (2006). Travailler ensemble pour la santé. Genève, Rapport sur la santé dans le monde, Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2008). Les soins de santé primaires: Maintenant plus que jamais Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- OQLF Le Grand Dictionnaire Terminologique, Office Québécois de la Langue Française.
- Parsons, T. (1968). The Theory of Action. The Structure of Social Actions. New York, Free Press.
- Parsons, T. (1997). Social Systems and the Evolution of Action Theory. New York, Free Press.
- Petmesidou, M. and E. Mossialos (2006). Financing and delivering health care. In Davaki, Konstantina and Mossialos Elias, Social policy developments in Greece, British Library Cataloguing in publication data. **Chap.13**: 286-318.

- Pinard, R., P. Potvin, et al. (2004). "Le choix d'une approche méthodologique mixte en éducation." Recherches Qualitatives **24**: 58-80.
- Pineault, R. and C. Daveluy (1995). La planification de la santé: Concepts-Méthodes-Stratégies. Montréal, Editions Nouvelles.
- Pineault, R. and C. Daveluy (1996). La planification de la santé: Concepts-Méthodes-Stratégies. Montréal, Editions Nouvelles.
- Pineault, R., J.-F. Levesque, et al. (2008). La première ligne: Quel rôle pour les organisations publiques, privés et mixtes. Le privé dans la santé: Les discours et les faits. Montréal, PUM.
- Pineault, R., J.-F. Levesque, et al. (2008). L'accessibilité et la Continuité des services de santé: Une étude sur la première ligne au Québec. Montréal, Québec, Gouvernement du Québec, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne: 86
- Pirson, M. and A. De Wever (2009). "Evolution générale du système hospitalier." **1**(<http://www.hospitals.be/pdf/vol7n1p31.pdf>).
- Preker, A. S. and E. V. Velenyi (2006). Expansion des programmes gouvernementaux d'assurance maladie obligatoire en Afrique de l'Ouest : Possibilités et contraintes. L'assurance maladie en Afrique Francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Washington, DC, Banque Mondiale, chapitre 3
- Preston, S. H. (2007). "The changing relation between mortality and level of economic development." Int J Epidemiol **36**: 484-490.
- Price, J. L. (1972). "The Study of Organisational Effectiveness." The Sociological Quarterly(13): 3-15.
- Redbook (2002). <http://www.nhs.uk/redbook/2.htm>.
- Reid, R., J. Haggerty, et al. (2002). Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare, Canadian Health Services Research Fondation, Canadian Institute for Health Information, and the Advisory Committee on Health Services of the Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health.
- Rey-Debove, J., A. Rey, et al. (2007). Le Nouveau Petit Robert : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française
- Rocher, G. (1972). Talcott Parsons et la sociologie américaine. Paris, Presse Universitaire de France (PUF).
- Rosen, G. (1993). A history of public health. Baltimore, John Hopkins University Press.

- Rothman, K. J., S. Greenland, et al. (2008). Modern Epidemiology. 2nd ed.. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Rouleau, L. (2007). Théories des Organisations: Approches Classiques Contemporaines et de l'Avant-Garde. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Saltman, R. B., V. Bankauskaite, et al. (2007). Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes. Bell & Bain Ltd, Glasgow.
- Samson, A.-L. (2009). "Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?" Regards croisés sur l'économie 2009 1(5): 144-158.
- Sandier, S., V. Paris, et al. (2004). Systèmes de santé en transition: France. Copenhagen, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Schokkaert, E. and C. Van de Voorde (2003). "Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system." Health Policy and Education 65(1): 5-19.
- Sen, A. (1993). "Capability and well-being." Dans: Nussbaum, M & Sen, A. The Quality of life. Oxford: p.30-53.
- Sicotte, C., F. Champagne, et al. (1999). "La performance organisationnelle des organismes publics de santé." Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé 6(11): 34-46.
- Sicotte, C., F. Champagne, et al. (1998). "A conceptual framework analysis of health care organizations performance." Health Services Management Research(11).
- Slee, V. and al. (2001). Health Care terms. É-U, Tringa Press, St-Paul, Minneapolis.
- Smith, J. (1998). "Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status." Journal of Economic Perspectives 13(2): 145-166.
- Soroka, S. N. (2007). Canadian Perceptions of the Health Care System. Toronto, McGill University.
- Stanton-Jean, M. and M. Callu (2008). "Citizens and patients participation in the transformation of clinical practices: challenges and perspectives." Pratiques et Organisations des Soins 39(3): 243-247.
- Starfield, B., L. Shi, et al. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health." The Milbank Quarterly 83(3): 457-502.
- Strandberg-Larsen, M., M. B. Nielsen, et al. (2007). Health Systems in Transition: Denmark Health System Review. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.

Tabachnick, B. G. and L. S. Fidell (2007). Using Multivariate Statistics. Boston Allyn and Bacon.

Tandon, A., C. J. Murray, et al. (2000). "Measuring overall health system performance for 191 countries." EIP/GPE/EQC World Health Organization N°30: 23 pages.

Tanon Affaud, A. (2002). La performance du système des soins de santé primaires ivoirien: les dimensions à privilégier. Département d'administration de la Santé. Montréal, Université de Montréal. **Maitrise es Sciences en Administration des serives de santé**: 132.

Union Confédérale CFDT des Retraités de France (2006). "Comment sont calculés les prix de journée dans les maisons de retraite médicalisées?" Dossier Maisons de retraite publiques <http://www.cfdt-retraites.fr>.

Van de Ven, A. (1992). "Suggestions for studying strategy Process." Strategic Management Journal **13**(Special Issue): 169-188.

Van de Ven, A. (2005). "Alternative approaches for studying organizational change." Organization Studies **26**(9): 1377-1404.

Walt, G. (1994). Health policy : An introduction to process and power. London Zed Books.

Waters, H. R. (2000). "Measuring equity in access to healthcare." Social Science and Medicine **51**(4): 599-612.

Weber, M. (1971). Les concepts fondamentaux de la sociologie. Economie et Santé. Paris: 3-21.

Weenberg, J. E. and al. (1989). "Hospital Use and Mortality Among Medicare Beneficiaries in Boston and New-Haven." The New England Journal of Medecine **321**(17): 1168-1173.

Wilkinson, R. G. (1992). "Income distribution and life expectancy." British Medical Journal (Clinical Research Ed.) **304 (Jan.)**: 165-168.

Witter, S., T. Ensor, et al. (2000). Heath economics for developping countries: A pratical guide. London, London and Oxford: MacMillan Education Ltd.

World Bank (2008). Data and Statistics-GNI per capita, PPP (current international \$). Washington, DC, <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.PP.CD>.

www.euro.who.int/observatory/Hits/20020531_1.

www.oecd.org/apropos.

www.oecd.org/statistique.

www.SourceOCDE.org.

www.who.int/statistics.

Yaya Sanni, H. (2005). "Origines et développements des partenariats privés-public en santé dans les pays développés : principes, enjeux et défis institutionnels." La Revue de l'innovation dans le secteur public **10**(3).

Yuchtman, E. and S. E. Seashore (1967). "A system Resource Approach to Organization Effectiveness." American Sociological Review **32**: 891-903.

Yutaka Imai (2002). "Health Care Reform in Japan." Organisation for Economic Co-operation and Development, Economics Department Working **321, ECO/WKP**: 21.

Annexes

Annexe 1 : Détails des sources et des données collectées

Trois grands types de données ont été nécessaires pour les analyses : 1) des données sur le financement de la santé (variable indépendante principale); 2) des données sur les dimensions de la performance des systèmes de soins (variable dépendante); et 3) des données sur la richesse des pays (PIB) et sur le contexte organisationnel sanitaire (variables indépendantes secondaires respectivement de confusion et de modération). Toutes ces données ont été recueillies à l'aide d'une analyse documentaire (documents de littérature scientifiques et grise).

Les données sur le financement proviennent principalement de l'analyse des rapports *Health Care in Transition*, le plus récent sur le pays entre 1996-2007, produits annuellement par l'observation européenne de l'OMS Europe. Elles ont été complétées par les statistiques issues de la banque de données *Eco santé OCDE 2008*, des statistiques de l'OMS 2008 et des articles et rapports décrivant les systèmes de santé américain, grec et coréen.

Les rapports « *Health Care in Transition* »

Les rapports *Health Care in Transition* (HiTs: Health System Profiles en Anglais) sont des documents qui fournissent de façon détaillée la description des systèmes de santé des pays ainsi que les différentes réformes et politiques entreprises ou à entreprendre dans les pays. Chaque rapport des pays est produit annuellement par des experts en collaboration avec les directeurs de recherche et le staff de l'observatoire européenne de l'OMS. Ces rapports visent à fournir des informations pertinentes pour supporter les décisions prises et les analyses effectuées pour le développement des systèmes de santé. Dans le but de faciliter

des comparaisons entre pays, tous ces rapports sont standardisés et révisés périodiquement. Avant la production du rapport final, tous les rapports *Health Care in Transition* sont révisés par des experts nationaux du ministère de la santé du pays, des experts externes (internationaux) ainsi que par des éditeurs internationaux de formation multidisciplinaire (www.euro.who.int/observatory/Hits/20020531_1 ; Mossialos, Allin et al. 2007).

Ces rapports se structurent idéalement en 10 chapitres.

Le premier « introduction » présente le contexte général du système de santé. Il inclue le contexte géographique, sociodémographique, économique, politique et enfin la santé des populations.

Le deuxième chapitre « Structure organisationnel » fournit un aperçu de l'organisation du système de santé du pays, la décentralisation et la centralisation du système et de la prise de décisions dans le système, les principaux acteurs et leurs rôles ainsi que le contexte historique du système de santé. Ce chapitre décrit également le niveau d'*empowerment* des patients dans les champs de l'information, de leur accès à un médecin, de leurs droits, des recours possibles, des procédures de plaintes, de leur sécurité et également de leur degré d'implication/participation à la prise décision.

Le troisième chapitre « financement des systèmes de santé » fournit des informations sur le niveau des dépenses totales de santé, la couverture de la population, les sources de financement, les processus de mise en commun (stockage) et d'allocation des ressources collectées, les principaux domaines d'attribution des ressources, enfin les différents mécanismes de paiement des fournisseurs de santé. *(Ce chapitre est celui qui nous a le plus intéressé).*

Le quatrième chapitre « régulation et planification » présente les politiques existantes en matière de gouvernance en santé, leurs buts et leurs priorités. Il met un accent sur les

questions relatives aux relations entre les acteurs institutionnels, mettant une emphase sur les rôles dans les politiques de régulation. Ce chapitre décrit également la recherche et le développement ainsi que les différents systèmes d'information et d'évaluation technologique existants.

Le cinquième chapitre « ressources physiques et humaines » met l'accent sur la planification et la distribution des ressources et du stock en capital, les différentes ressources du système de santé incluant le personnel en activité et ceux en formation.

Le sixième chapitre « services fournis » renseigne sur le flow des patients, l'organisation des soins et services fournis : les services de santé publique, les soins de santé primaires et secondaires, les services d'urgence, les services pharmaceutiques et la distribution des médicaments, les soins de longue durée, les soins palliatifs, les soins de réadaptation, les soins de santé mentale, les soins dentaires, la médecine alternative et complémentaire, les soins spécifiques.

Le septième chapitre « réformes du système de santé » met en revue les différentes réformes ainsi que leur impact substantiel sur le système de santé.

Le huitième chapitre « évaluation des systèmes de santé » fournit une évaluation du système de santé sur la base des objectifs visés, la distribution des coûts et des bénéfices pour la population, l'efficacité des ressources allouées, l'efficacité technique de la production, la qualité des soins et des services, etc.

Le neuvième chapitre « conclusion » met en exergue les différentes leçons apprises sur les changements à entreprendre dans les systèmes de santé, le résumé des divers défis et les pistes d'investigation futures.

Le dixième chapitre « appendices » inclut les références bibliographiques, les sites internet, les différentes législations existantes dans le pays en matière de santé ainsi que les renseignements sur les auteurs. (www.euro.who.int/observatory/Hits/20020531_1).

La banque de données Eco Santé OCDE 2008

Eco-Santé OCDE 2008 est un logiciel de données qui a été réalisé conjointement par le Secrétariat de l'OCDE et l'IRDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé). Il présente de façon interactive et systématique des données sur un grand nombre d'aspects des systèmes de santé des 30 pays membres de l'OCDE, dans leur contexte démographique, économique et social en général. Il a été conçu en version multilingue (français/anglais/allemand/espagnol/italien) sous Windows XP/Vista, et contient en plus des statistiques, les définitions standards des différentes variables ainsi que la documentation des sources et méthodes utilisées par pays pour le recueil des données.

Grâce aux apports des fournisseurs originaux des données, Eco-santé OCDE est un outil très riche qui éclaire et aide à comprendre l'évolution ou le niveau des séries. Il s'agit d'un logiciel qui doit beaucoup à des centaines de statisticiens dans les 30 pays membres, qui ont produit la grande masse de chiffres et d'informations qualitatives sur lesquels il s'appuie. Eco-santé OCDE regroupe quelque 1200 séries et couvrent la période 1960-2006 avec des séries longues commençant en 1960. La plupart des données couvrent les années 1980 et 1990, de nombreuses séries vont jusqu'en 2005 ou 2006, et des estimations du secrétariat de l'OCDE pour l'année 2007 sont également publiées.

Les variables contenues dans Eco Santé OCDE 2008 sont regroupées en 12 catégories ou parties. La première partie « état de santé » comprend des données suivantes : mortalité standardisée pour l'âge, espérance de vie (femmes et hommes) à la naissance, à 40, 60, 65

et 80 ans, différentes causes de mortalité, nombre de décès et taux de mortalité corrigés de l'âge par causes principales de décès (femmes, hommes et population totale) mortalité infantile et maternelle, années de vie potentielle perdues par causes principales de décès (femmes, hommes et population totale), morbidité, perception de l'état de santé par groupes d'âge (femmes, hommes et population totale), santé du nourrisson (hypotrophie à la naissance), santé buccale, les maladies transmissibles (SIDA), les différents cancers, les accidents (accidents de la circulation) et l'absentéisme au travail pour cause de maladie.

La deuxième partie intitulée « ressources en santé » renseigne sur les différentes ressources humaines, matérielles, physiques et technologiques présentes dans le système de santé du pays. Il s'agit des statistiques sur l'éducation dans le secteur de la santé, de l'emploi en santé (total et différentes catégories de professions de santé), la rémunération des professionnels de santé, le nombre de lits dans les hôpitaux, le ratio emploi/lits et les différentes technologies médicales.

La troisième partie « utilisation des ressources en santé » comprend les données sur : la prévention (vaccinations infantiles et vaccination contre la grippe pour la population âgée de 65 et plus), le dépistage, les consultations de médecins et consultations dentaires, l'utilisation des ressources hospitalières (journées, taux d'occupation des lits et rotation des lits en hôpitaux de soins aigus), la durée moyenne de séjour, la durée moyenne de séjour avec hospitalisation et en soins aigus, la durée moyenne de séjour par catégories de diagnostic, les taux de sortie par catégories de diagnostic, les procédures chirurgicales (nombre total d'actes chirurgicaux, nombre total d'actes chirurgicaux avec hospitalisation et en ambulatoire), les différentes greffes et dialyses.

La quatrième partie « ressources et utilisation des soins de longue durée » contient les données sur le nombre de lits pour soins de longue durée, pour maisons médicalisées, les

bénéficiaires de soins de longue durée, les bénéficiaires de soins de longue durée en établissements de santé, et les bénéficiaires de soins de longue durée à domicile.

La cinquième partie « dépenses de santé » comprend les statistiques sur les dépenses totales de santé (dépenses totales, publiques et privées de santé), les dépenses courantes de santé, l'investissement médical, les dépenses en soins de santé individuels (les dépenses en services médicaux, les dépenses en soins en milieu hospitalier, les dépenses en soins en hospitalisation de jour, les dépenses en soins ambulatoires, les dépenses en soins à domicile, les dépenses en services auxiliaires), les dépenses en biens médicaux (produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non-durables, appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables), les dépenses de santé pour la collectivité (dépenses en prévention et santé publique), les dépenses d'administration de la santé et assurance maladie, les agrégats supplémentaires de dépenses de santé (soins de santé curatifs et préventifs, dépenses totales en soins de longue durée, dépenses totales courantes santé et soins longue durée), les dépenses liées à la santé, les fonctions pour mémoire (dépenses en produits pharmaceutiques, incluant le milieu hospitalier), les dépenses courantes de santé par prestataire de soins (dépenses en services fournis par les hôpitaux, dépenses en maisons médicalisées, soins avec hébergement, dépenses en services de prestataires de soins ambulatoires, dépenses en détaillants et autres distributeurs de biens médicaux, les dépenses en services des organisations santé publique, dépenses en services d'administration générale de santé, les dépenses en autres prestataires de services de santé), les dépenses par classe d'âge et par sexe, et enfin l'indice de prix.

La sixième partie intitulée « financement du système de santé » contient les dépenses de santé par agent de financement/programme : administrations publiques, administrations de

sécurité sociale, versements nets des ménages, participation aux dépenses (ménages), assurance privée (primaire, supplémentaire, complémentaire et duplicative).

La septième partie « protection sociale » renseigne sur les dépenses sociales effectuées et celles sur la couverture médicale (assurance-maladie publique et sociale, assurance-maladie privée).

La huitième partie « marché pharmaceutique » fait ressortir les différentes activités de l'industrie pharmaceutique, la consommation de médicaments et les ventes de médicaments.

La neuvième partie « déterminants non médicaux de la santé » présente les données sur le mode de vie et environnement : alimentation, consommation d'alcool, consommation de tabac (femmes, hommes et population totale), masse pondérale (population obèse ou souffrant d'excès de poids femmes, hommes et population totale), environnement et qualité de l'air.

La dixième partie « références démographiques » fournit les données démographiques générales : population par structure d'âge, population active et niveau d'éducation.

La onzième partie « références économiques » renseigne sur les indicateurs macroéconomiques (PIB, Consommation finale, formation brute du capital fixe, revenus moyens, crédits budgétaires de recherche et développement par exemple) et le taux de conversion monétaire (parité de pouvoir d'achat du PIB en dollars US, taux de change en dollars US).

La douzième partie appelée « autres tableaux » contient les indicateurs relatives à la qualité des soins de santé, le degré de satisfaction avec le système de santé ainsi que d'autres tableaux sur les dépenses de santé.

Les statistiques de l'OMS 2008

Le rapport *Statistiques sanitaires mondiales 2008* présente les statistiques sanitaires des 193 États Membres de l'OMS. Cette quatrième édition présente dix points clés des statistiques sanitaires, ainsi que des données concernant une série étendue de 70 indicateurs sanitaires clés. Ces indicateurs sont sélectionnés en fonction de leur pertinence pour la surveillance de la santé dans le monde et de la disponibilité, de l'exactitude et de la comparabilité entre États Membres des données. Le rapport comprend deux parties. La première partie expose dix points clés d'actualité, qui ressortent des publications récentes ou de nouvelles analyses des données existantes. La deuxième partie présente les indicateurs sanitaires clés sous forme de six tableaux pour l'ensemble des États Membres de l'OMS: mortalité et charge de morbidité; couverture par les services sanitaires; facteurs de risque; ressources pour les systèmes de santé; inégalités dans la couverture par les soins de santé et dans les événements sanitaires; et statistiques démographiques et socioéconomiques de base. Cette édition contient pour la première fois des chiffres de tendances pour les cas où les statistiques sont de qualité acceptable.

Les *Statistiques sanitaires mondiales 2008* du rapport sont rassemblées à partir de publications et de bases de données des programmes techniques et des bureaux régionaux de l'OMS et à partir de bases de données accessibles au public.

Pour estimer les indicateurs par pays à partir de différentes sources de données, les bureaux régionaux et les programmes techniques appliquent des méthodes revues par des pairs et consultent des experts du monde entier. Pour optimiser l'accessibilité, l'exactitude, la comparabilité et la transparence des statistiques sanitaires, les programmes techniques et les bureaux régionaux collaborent aussi étroitement avec les États Membres à travers un processus interactif de collecte, de compilation, d'évaluation de la qualité et d'estimation

des données. Sauf mention contraire, toutes les statistiques présentées dans ce rapport ont été approuvées en tant que chiffres officiels OMS après consultation avec les États Membres. Néanmoins, les chiffres qu'elle présente doivent être considérés comme les meilleures estimations faites par l'OMS et non comme les statistiques officielles des États Membres, qui peuvent faire appel à d'autres méthodes tout aussi rigoureuses. Des informations plus détaillées, y compris un compendium des statistiques et une version en ligne du rapport des statistiques de l'OMS 2008 sont disponibles à partir du système d'information statistique de l'OMS (www.who.int/statistics).

**Annexe 2 : Résultats de la classification hiérarchique ascendante
issus du logiciel SPAD (Article1)**

Listing détaillé de l'analyse des correspondances multiples

APUREMENT DES MODALITES ACTIVES
 SEUIL (PCMIN) : 2.00 % POIDS: 0.54
 AVANT APUREMENT : 4 QUESTIONS ACTIVES 16 MODALITES ASSOCIEES
 APRES : 4 QUESTIONS ACTIVES 16 MODALITES ASSOCIEES
 POIDS TOTAL DES INDIVIDUS ACTIFS : 27.00
 TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES

MODALITES		AVANT APUREMENT		APRES APUREMENT		HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
IDENT	LIBELLE	EFF.	POIDS	EFF.	POIDS	
1. Prelevement						
AA_1	- administration	5	5.00	5	5.00	*****
AA_2	- administration-indiv	9	9.00	9	9.00	*****
AA_3	- securité sociale	3	3.00	3	3.00	*****
AA_4	- securité sociale-ind	10	10.00	10	10.00	*****
2. Stockage						
AB_1	- Macro-partiel	4	4.00	4	4.00	*****
AB_2	- Méso-(global ou part	10	10.00	10	10.00	*****
AB_3	- macro-global	9	9.00	9	9.00	*****
AB_4	- micro-partiel	4	4.00	4	4.00	*****
3. Allocation						
AC_1	- Régional-populationn	6	6.00	6	6.00	*****
AC_2	- central ou local-pop	6	6.00	6	6.00	*****
AC_3	- central-soins	8	8.00	8	8.00	*****
AC_4	- Allocati=local-soins	7	7.00	7	7.00	*****
4. Paiement						
AD_1	- acte ou capitation-s	6	6.00	6	6.00	*****
AD_2	- acte-mixte-Mixte	5	5.00	5	5.00	*****
AD_3	- acte-salaire-budget	13	13.00	13	13.00	*****
AD_4	- mixte-salaire-DRG	3	3.00	3	3.00	*****

VALEURS PROPRES
 APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION ... 3.0000
 SOMME DES VALEURS PROPRES 3.0000
 HISTOGRAMME DES 12 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR	POURCENT.	POURCENT.	
	PROPRE	CUMULE		
1	0.5460	18.20	18.20	*****
2	0.4412	14.71	32.91	*****
3	0.3656	12.19	45.09	*****
4	0.3033	10.11	55.20	*****
5	0.2766	9.22	64.42	*****
6	0.2298	7.66	72.08	*****
7	0.2152	7.17	79.25	*****
8	0.1905	6.35	85.60	*****
9	0.1576	5.25	90.86	*****
10	0.1258	4.19	95.05	*****
11	0.0853	2.84	97.89	*****
12	0.0632	2.11	100.00	*****

RECHERCHE DE PALIERS (DIFFERENCES TROISIEMES)

PALIER	VALEUR DU	
ENTRE	PALIER	
3-- 4	-56.03	*****
5-- 6	-42.31	*****
1-- 2	-16.00	*****

RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)

PALIER	VALEUR DU	
ENTRE	PALIER	
3-- 4	35.76	*****
5-- 6	32.26	*****
1-- 2	29.21	*****
2-- 3	13.21	*****
8-- 9	1.05	**

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRES DES MODALITES ACTIVES
AXES 1 A 5

MODALITES	COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRES							
	IDEN - LIBELLE	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 . Prelevement																		
AA_1 - administration	4.63	4.40		-0.35	-1.38	0.13	0.76	-0.12	1.0	20.1	0.2	8.9	0.2	0.03	0.44	0.00	0.13	0.00
AA_2 - administration-indiv	8.33	2.00		-0.06	-0.01	0.74	-0.56	0.01	0.1	0.0	12.3	8.7	0.0	0.00	0.00	0.27	0.16	0.00
AA_3 - securité sociale	2.78	8.00		-1.93	0.65	-1.10	0.31	-0.06	19.0	2.7	9.2	0.9	0.0	0.47	0.05	0.15	0.01	0.00
AA_4 - securité sociale-ind	9.26	1.70		0.81	0.51	-0.40	0.03	0.07	11.1	5.4	4.0	0.0	0.1	0.38	0.15	0.09	0.00	0.00
									CONTRIBUTION CUMULEE =									
									1.2 28.2 25.7 18.5 0.4									
2 . Stockage																		
AB_1 - Macro-partiel	3.70	5.75		0.05	1.10	0.97	-0.69	-0.03	0.0	10.2	9.5	5.8	0.0	0.00	0.21	0.16	0.08	0.00
AB_2 - Méso-(global ou part	9.26	1.70		0.30	-0.73	0.53	-0.07	-0.40	1.5	11.2	7.0	0.2	5.4	0.05	0.31	0.16	0.00	0.10
AB_3 - macro-global	8.33	2.00		-0.82	-0.08	-0.88	-0.10	0.14	10.3	0.1	17.8	0.3	0.6	0.34	0.00	0.39	0.00	0.01
AB_4 - micro-partiel	3.70	5.75		1.04	0.90	-0.29	1.09	0.71	7.4	6.8	0.9	14.6	6.8	0.19	0.14	0.01	0.21	0.09
									CONTRIBUTION CUMULEE =									
									19.2 28.3 35.2 20.8 12.9									

3 . Allocation																							
AC_1 - Régional-populationn	5.56	3.50	0.83	0.43	-0.10	-0.80	-0.87	7.0	2.3	0.2	11.8	15.1	0.20	0.05	0.00	0.18							
AC_2 - central ou local-pop	5.56	3.50	-0.42	-0.03	0.40	1.20	-0.86	1.8	0.0	2.5	26.5	14.9	0.05	0.00	0.05	0.41							
AC_3 - central-soins	7.41	2.38	-0.86	0.55	0.19	-0.31	0.85	10.0	5.2	0.7	2.3	19.3	0.31	0.13	0.01	0.04							
AC_4 - Allocati=local-soins	6.48	2.86	0.63	-0.98	-0.47	0.01	0.51	4.7	14.0	3.9	0.0	6.1	0.14	0.33	0.08	0.00							
								CONTRIBUTION CUMULEE =						23.5		21.4		7.2		40.7		55.3	
4 . Paiement																							
AD_1 - acte ou capitation-s	5.56	3.50	-1.12	0.40	-0.14	-0.13	-0.92	12.7	2.0	0.3	0.3	16.9	0.36	0.05	0.01	0.01							
AD_2 - acte-mixte-Mixte	4.63	4.40	1.23	0.78	-0.68	0.47	-0.31	12.9	6.4	5.8	3.4	1.6	0.34	0.14	0.10	0.05							
AD_3 - acte-salaire-budget	12.04	1.08	-0.03	-0.15	0.62	0.18	0.54	0.0	0.6	12.8	1.2	12.9	0.00	0.02	0.36	0.03							
AD_4 - mixte-salaire-DRG	2.78	8.00	0.32	-1.44	-1.31	-1.28	0.00	0.5	13.0	13.0	15.1	0.0	0.01	0.26	0.21	0.21							
								CONTRIBUTION CUMULEE =						26.1		22.1		31.9		20.0		31.4	

COORDONNEES ET VALEURS-TEST DES MODALITES
AXES 1 A 5

MODALITES		VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.	
IDEN - LIBELLE	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1 . Prelevement													
AA_1 - administration	5	5.00	-0.8	-3.4	0.3	1.9	-0.3	-0.35	-1.38	0.13	0.76	-0.12	4.40
AA_2 - administration-indiv	9	9.00	-0.2	0.0	2.7	-2.0	0.0	-0.06	-0.01	0.74	-0.56	0.01	2.00
AA_3 - securité sociale	3	3.00	-3.5	1.2	-2.0	0.6	-0.1	-1.93	0.65	-1.10	0.31	-0.06	8.00
AA_4 - securité sociale-ind	10	10.00	3.2	2.0	-1.5	0.1	0.3	0.81	0.51	-0.40	0.03	0.07	1.70
2 . Stockage													
AB_1 - Macro-partiel	4	4.00	0.1	2.3	2.1	-1.5	-0.1	0.05	1.10	0.97	-0.69	-0.03	5.75
AB_2 - Méso-(global ou part	10	10.00	1.2	-2.9	2.1	-0.3	-1.6	0.30	-0.73	0.53	-0.07	-0.40	1.70
AB_3 - macro-global	9	9.00	-3.0	-0.3	-3.2	-0.4	0.5	-0.82	-0.08	-0.88	-0.10	0.14	2.00
AB_4 - micro-partiel	4	4.00	2.2	1.9	-0.6	2.3	1.5	1.04	0.90	-0.29	1.09	0.71	5.75
3 . Allocation													
AC_1 - Régional-populationn	6	6.00	2.3	1.2	-0.3	-2.2	-2.4	0.83	0.43	-0.10	-0.80	-0.87	3.50
AC_2 - central ou local-pop	6	6.00	-1.1	-0.1	1.1	3.3	-2.3	-0.42	-0.03	0.40	1.20	-0.86	3.50
AC_3 - central-soins	8	8.00	-2.8	1.8	0.6	-1.0	2.8	-0.86	0.55	0.19	-0.31	0.85	2.38
AC_4 - Allocati=local-soins	7	7.00	1.9	-2.9	-1.4	0.0	1.5	0.63	-0.98	-0.47	0.01	0.51	2.86
4 . Paiement													
AD_1 - acte ou capitation-s	6	6.00	-3.0	1.1	-0.4	-0.4	-2.5	-1.12	0.40	-0.14	-0.13	-0.92	3.50
AD_2 - acte-mixte-Mixte	5	5.00	3.0	1.9	-1.6	1.2	-0.8	1.23	0.78	-0.68	0.47	-0.31	4.40
AD_3 - acte-salaire-budget	13	13.00	-0.2	-0.8	3.1	0.9	2.7	-0.03	-0.15	0.62	0.18	0.54	1.08
AD_4 - mixte-salaire-DRG	3	3.00	0.6	-2.6	-2.4	-2.3	0.0	0.32	-1.44	-1.31	-1.28	0.00	8.00

Description détaillée des trois axes factoriels retenus

DESCRIPTION DU FACTEUR 1 PAR LES MODALITES ACTIVES

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
AA_3	-3.48	securité sociale	Prelevement	3.00	1
AD_1	-3.04	acte ou capitation-s	Paiement	6.00	2
AB_3	-2.96	macro-global	Stockage	9.00	3
AC_3	-2.84	central-soins	Allocation	8.00	4
ZONE CENTRALE					
AB_4	2.22	micro-partiel	Stockage	4.00	13
AC_1	2.26	Régional-populationn	Allocation	6.00	14
AD_2	2.99	acte-mixte-Mixte	Paiement	5.00	15
AA_4	3.16	securité sociale-ind	Prelevement	10.00	16

DESCRIPTION DU FACTEUR 2 PAR LES MODALITES ACTIVES

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
AA_1	-3.37	administration	Prelevement	5.00	1
AC_4	-2.94	Allocati=local-soins	Allocation	7.00	2
AB_2	-2.85	Méso-(global ou part	Stockage	10.00	3
AD_4	-2.59	mixte-salaire-DRG	Paiement	3.00	4
ZONE CENTRALE					
AB_1	2.35	Macro-partiel	Stockage	4.00	16

DESCRIPTION DU FACTEUR 3 PAR LES MODALITES ACTIVES

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
AB_3	-3.19	macro-global	Stockage	9.00	1
AD_4	-2.36	mixte-salaire-DRG	Paiement	3.00	2
ZONE CENTRALE					
AB_1	2.05	Macro-partiel	Stockage	4.00	13
AB_2	2.06	Méso-(global ou part	Stockage	10.00	14
AA_2	2.65	administration-indiv	Prelevement	9.00	15
AD_3	3.07	acte-salaire-budget	Paiement	13.00	16

Partition : Coupure 'b' de l'arbre (dendrogramme) en 5 classes

FORMATION DES CLASSES (INDIVIDUS ACTIFS)

DESCRIPTION SOMMAIRE

CLASSE	EFFECTIF	POIDS	CONTENU
bb1b	8	8.00	1 A 8
bb2b	2	2.00	9 A 10
bb3b	9	9.00	11 A 19
bb4b	2	2.00	20 A 21
bb5b	6	6.00	22 A 27

COORDONNEES ET VALEURS-TEST AVANT CONSOLIDATION

AXES 1 A 5

CLASSES	VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.		
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
IDEN - LIBELLE	EFF.	P.ABS											
COUPURE 'b' DE L'ARBRE EN 5 CLASSES													
bb1b - CLASSE 1 / 5	8	8.00	0.5	-1.9	2.8	-0.2	-1.6	0.11	-0.37	0.51	-0.04	-0.26	0.64
bb2b - CLASSE 2 / 5	2	2.00	0.3	-2.9	-1.5	-1.5	0.4	0.17	-1.32	-0.63	-0.57	0.15	2.87
bb3b - CLASSE 3 / 5	9	9.00	3.4	2.2	-1.8	1.2	0.5	0.69	0.41	-0.30	0.19	0.07	0.79
bb4b - CLASSE 4 / 5	2	2.00	-1.0	1.4	2.1	-1.8	0.8	-0.49	0.67	0.88	-0.70	0.30	2.47
bb5b - CLASSE 5 / 5	6	6.00	-4.0	0.4	-1.4	1.0	0.4	-1.08	0.10	-0.32	0.20	0.08	1.34

CONSOLIDATION DE LA PARTITION

AUTOUR DES 5 CENTRES DE CLASSES, REALISEE PAR 10 ITERATIONS A CENTRES MOBILES
PROGRESSION DE L'INERTIE INTER-CLASSES

ITERATION	I.TOTALE	I.INTER	QUOTIENT
0	2.16248	1.14729	0.53055
1	2.16248	1.22941	0.56852
2	2.16248	1.22941	0.56852
3	2.16248	1.22941	0.56852

ARRET APRES L'ITERATION 3 L'ACCROISSEMENT DE L'INERTIE INTER-CLASSES
PAR RAPPORT A L'ITERATION PRECEDENTE N'EST QUE DE 0.000 %.

DECOMPOSITION DE L'INERTIE

CALCULEE SUR 6 AXES.

INERTIES	INERTIES		EFFECTIFS		POIDS		DISTANCES	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
INTER-CLASSES	1.1473	1.2294						
INTRA-CLASSE								
CLASSE 1 / 5	0.2717	0.2717	8	8	8.00	8.00	0.6402	0.6402
CLASSE 2 / 5	0.0277	0.0809	2	3	2.00	3.00	2.8726	2.2699
CLASSE 3 / 5	0.4463	0.2686	9	7	9.00	7.00	0.7948	1.1359
CLASSE 4 / 5	0.0145	0.0569	2	3	2.00	3.00	2.4704	1.7651
CLASSE 5 / 5	0.2550	0.2550	6	6	6.00	6.00	1.3360	1.3360
TOTALE	2.1625	2.1625						

QUOTIENT (INERTIE INTER / INERTIE TOTALE) : AVANT ... 0.5305

APRES ... 0.5685

COORDONNEES ET VALEURS-TEST APRES CONSOLIDATION
AXES 1 A 5

CLASSES		VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.	
IDEN - LIBELLE	EFF. P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
COUPURE 'b' DE L'ARBRE EN 5 CLASSES													
bb1b - CLASSE 1 / 5	8	8.00	0.5	-1.9	2.8	-0.2	-1.6	0.11	-0.37	0.51	-0.04	-0.26	0.64
bb2b - CLASSE 2 / 5	3	3.00	0.6	-2.6	-2.4	-2.3	0.0	0.24	-0.96	-0.79	-0.71	0.00	2.27
bb3b - CLASSE 3 / 5	7	7.00	3.3	2.2	-1.6	1.8	0.9	0.81	0.48	-0.32	0.34	0.16	1.14
bb4b - CLASSE 4 / 5	3	3.00	-0.7	1.7	2.4	-1.2	0.5	-0.28	0.62	0.81	-0.36	0.16	1.77
bb5b - CLASSE 5 / 5	6	6.00	-4.0	0.4	-1.4	1.0	0.4	-1.08	0.10	-0.32	0.20	0.08	1.34

PARANGONS

CLASSE 1/ 5 EFFECTIF: 8

RG DISTANCE IDENT.	RG DISTANCE IDENT.
1 0.49883 Australie	2 0.54751 Finlande
3 0.58949 NewZeland	4 0.84932 Allemagne
5 0.85809 République slovaque	6 1.22740 Suède
7 1.28447 Canada	8 1.48073 Danemark

CLASSE 2/ 5 EFFECTIF: 3

RG DISTANCE IDENT.	RG DISTANCE IDENT.
1 0.35173 Italie	2 0.87521 Norvège
3 0.95617 Autriche	

CLASSE 3/ 5 EFFECTIF: 7

RG DISTANCE IDENT.	RG DISTANCE IDENT.
1 0.54134 Suisse	2 0.75872 Hongrie
3 0.80788 Corée	4 0.85970 Pays-Bas
5 1.16390 Etats-Unis	6 1.43689 Grèce
7 1.68340 Belgique	

CLASSE 4/ 5 EFFECTIF: 3

RG DISTANCE IDENT.	RG DISTANCE IDENT.
1 0.38053 Espagne	2 0.39182 Irlande
3 0.76417 France	

CLASSE 5/ 5 EFFECTIF: 6

RG DISTANCE IDENT.	RG DISTANCE IDENT.
1 0.69281 Tcheque	2 0.86918 Islande
3 0.94187 Japon	4 1.29581 Luxembourg
5 1.33209 Portugal	6 1.75364 RoyaumeUni

Caractérisation de la coupure 'b' en 5 classes par les modalités

CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES DE COUPURE 'b' DE L'ARBRE EN 5 CLASSES CLASSE 1 / 5

V.TEST	PROBA	----	POURCENTAGES	----	MODALITES	IDEN
POIDS	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	
			29.63		CLASSE 1 / 5	bb1b 8
4.10	0.000	80.00	100.00	37.04	Méso-(global ou part Stockage	AB_2 10

CLASSE 2 / 5

V.TEST	PROBA	----	POURCENTAGES	----	MODALITES	IDEN
POIDS	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	
			11.11		CLASSE 2 / 5	bb2b 3
3.40	0.000	100.00	100.00	11.11	mixte-salaire-DRG Paiement	AD_4 3

CLASSE 3 / 5

V.TEST	PROBA	----	POURCENTAGES	----	MODALITES	IDEN
POIDS	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	
			25.93		CLASSE 3 / 5	bb3b 7
3.47	0.000	100.00	71.43	18.52	acte-mixte-Mixte Paiement	AD_2 5
2.88	0.002	100.00	57.14	14.81	micro-partiel Stockage	AB_4 4
2.64	0.004	60.00	85.71	37.04	securité sociale-ind Prelevement	AA_4 10

CLASSE 4 / 5

V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES IDEN
POIDS

CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES VARIABLES

11.11 CLASSE 4 / 5 bb4b 3
3.00 0.001 75.00 100.00 14.81 Macro-partiel Stockage AB_1 4

CLASSE 5 / 5

V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES IDEN
POIDS

CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES VARIABLES

22.22 CLASSE 5 / 5 bb5b 6
3.45 0.000 66.67 100.00 33.33 macro-global Stockage AB_3 9
2.47 0.007 100.00 50.00 11.11 securité sociale Prelevement AA_3 3

Annexe 3 : Appréciation de la performance et profils des 27 pays

(Article2)

Appréciation du niveau de chacune des composantes Ressources-Services-Santé

Structure (ressources)

Pays	Acquisition des ressources humaines	Acquisition des ressources financières	Acquisition des ressources technologiques	Acquisition des ressources matérielles	Adaptation avec codes	Acquisition des ressources humaines	Acquisition des ressources financières	Acquisition des ressources technologiques	Acquisition des ressources matérielles	Adaptation article
Allemagne	2	2	0	2	6	plus élevé	plus élevé	moins élevé	plus élevé	plus élevé
Australie	1	1	2	1	5	moyen	moyen	plus élevé	moyen	moyen
Autriche	2	2	0	2	6	plus élevé	plus élevé	moins élevé	plus élevé	plus élevé
Belgique	2	2	2	2	8	plus élevé	plus élevé	plus élevé	plus élevé	plus élevé
Canada	0	2	1	0	3	moins élevé	plus élevé	moyen	moins élevé	moins élevé
Corée du Sud	0	0	1	2	3	moins élevé	moins élevé	moyen	plus élevé	moins élevé
Danemark	1	1	1	0	3	moyen	moyen	moyen	moins élevé	moins élevé
Espagne	1	0	0	0	1	moyen	moins élevé	moins élevé	moins élevé	moins élevé
États-Unis	0	2	2	0	4	moins élevé	plus élevé	plus élevé	moins élevé	moyen
Finlande	0	0	2	0	2	moins élevé	moins élevé	plus élevé	moins élevé	moins élevé
France	2	2	0	1	5	plus élevé	plus élevé	moins élevé	Moyen	moyen
Grèce	0	2	0	1	3	moins élevé	plus élevé	moins élevé	Moyen	moins élevé
Hongrie	1	0	0	2	3	moyen	moins élevé	moins élevé	plus élevé	moins élevé
Irlande	0	0	1	0	1	moins élevé	moins élevé	moyen	moins élevé	moins élevé
Islande	2	1	2	1	6	plus élevé	moyen	plus élevé	Moyen	plus élevé
Italie	0	1	1	1	3	moins élevé	moyen	moyen	Moyen	moins élevé
Japon	1	0	2	2	5	moyen	moins élevé	plus élevé	plus élevé	moyen
Luxembourg	2	0	0	2	4	plus élevé	moins élevé	moins élevé	plus élevé	moyen
Norvège	2	1	1	0	4	plus élevé	moyen	moyen	moins élevé	moyen
Nouvelle-Zélande	0	1	1	1	3	moins élevé	moyen	moyen	Moyen	moins élevé
Pays-Bas	1	1	0	0	2	moyen	moyen	moins élevé	moins élevé	moins élevé
Portugal	1	2	1	0	4	moyen	plus élevé	moyen	moins élevé	moyen
République slovaque	0	0	2	2	4	moins élevé	moins élevé	plus élevé	plus élevé	moyen
République tchèque	2	0	2	2	6	plus élevé	moins élevé	plus élevé	plus élevé	plus élevé
Royaume-Uni	0	0	0	0	0	moins élevé	moins élevé	moins élevé	moins élevé	moins élevé
Suède	1	1	1	0	3	moyen	moyen	moyen	moins élevé	moins élevé
Suisse	2	2	2	1	7	plus élevé	plus élevé	plus élevé	Moyen	plus élevé

Processus (production)

Pays	Productivité	Volume produit	Qualité corrigé	Productivité	Volume produit	Qualité discrétionnaire) (non	Production article
Allemagne	0	1	1	moins élevé	moyen	moyen	moins élevé
Australie	1	1	1	moyen	moyen	moyen	moyen
Autriche	1	0	1	moyen	moins élevé	moyen	moins élevé
Belgique	1	1	0	moyen	moyen	moins élevé	moins élevé
Canada	2	2	0	plus élevé	plus élevé	moins élevé	plus élevé
Corée du Sud	0	2	0	moins élevé	plus élevé	moins élevé	moins élevé
Danemark	2	2	1	plus élevé	plus élevé	moyen	plus élevé
Espagne	1	2	0	moyen	plus élevé	moins élevé	moyen
États-Unis	0	1	0	moins élevé	moyen	moins élevé	moins élevé
Finlande	2	0	2	plus élevé	moins élevé	plus élevé	plus élevé
France	1	0	2	moyen	moins élevé	plus élevé	moyen
Grèce	1	0	2	moyen	moins élevé	plus élevé	moyen
Hongrie	1	2	0	moyen	plus élevé	moins élevé	moyen
Irlande	2	1	0	plus élevé	moyen	moins élevé	moyen
Islande	2	1	2	plus élevé	moyen	plus élevé	plus élevé
Italie	2	1	0	plus élevé	moyen	moins élevé	moyen
Japon	0	2	1	moins élevé	plus élevé	moyen	moyen
Luxembourg	0	1	1	moins élevé	moyen	moyen	moins élevé
Norvège	2	0	2	plus élevé	moins élevé	plus élevé	plus élevé
Nouvelle-Zélande	1	0	1	moyen	moins élevé	moyen	moins élevé
Pays-Bas	0	2	2	moins élevé	plus élevé	plus élevé	plus élevé
Portugal	1	1	1	moyen	moyen	moyen	moyen
République slovaque	0	2	1	moins élevé	plus élevé	moyen	moyen
République tchèque	0	2	1	moins élevé	plus élevé	moyen	moyen
Royaume-Uni	2	0	1	plus élevé	moins élevé	moyen	moyen
Suède	2	0	2	plus élevé	moins élevé	plus élevé	plus élevé
Suisse	1	0	0	moyen	moins élevé	moins élevé	moins élevé

Résultats de santé atteints

Pays	Facteurs de risques	de	Efficacité populationnelle santé	Équité	somme buts	Facteurs de risques	de	Efficacité populationnelle santé	Équité	Atteinte des buts article
Allemagne	1		1	1	3	moyen		moyen	moyen	moyen
Australie	1		1	2	4	moyen		moyen	plus élevé	plus élevé
Autriche	0		1	2	3	moins élevé		moyen	plus élevé	moyen
Belgique	2		2	2	6	plus élevé		plus élevé	plus élevé	plus élevé
Canada	2		0	1	3	plus élevé		moins élevé	moyen	moyen
Corée du Sud	2		1	0	3	plus élevé		moyen	moins élevé	moyen
Danemark	1		0	2	3	moyen		moins élevé	plus élevé	moyen
Espagne	0		2	1	3	moins élevé		plus élevé	moyen	moyen
États-Unis	1		0	0	1	moyen		moins élevé	moins élevé	moins élevé
Finlande	1		2	2	5	moyen		plus élevé	plus élevé	plus élevé
France	1		2	1	4	moyen		plus élevé	moyen	plus élevé
Grèce	0		2	0	2	moins élevé		plus élevé	moins élevé	moins élevé
Hongrie	0		0	1	1	moins élevé		moins élevé	moyen	moins élevé
Irlande	0		1	1	2	moins élevé		moyen	moyen	moins élevé
Islande	2		2	0	4	plus élevé		plus élevé	moins élevé	plus élevé
Italie	2		1	0	3	plus élevé		moyen	moins élevé	moyen
Japon	2		2	0	4	plus élevé		plus élevé	moins élevé	plus élevé
Luxembourg	0		1	1	2	moins élevé		moyen	moyen	moins élevé
Norvège	2		2	2	6	plus élevé		plus élevé	plus élevé	plus élevé
Nouvelle-Zélande	1		1	0	2	moyen		moyen	moins élevé	moins élevé
Pays-Bas	1		0	2	3	moyen		moins élevé	plus élevé	moyen
Portugal	2		1	0	3	plus élevé		moyen	moins élevé	moyen
République slovaque	2		0	1	3	plus élevé		moins élevé	moyen	moyen
République tchèque	0		0	2	2	moins élevé		moins élevé	plus élevé	moins élevé
Royaume-Uni	0		1	2	3	moins élevé		moyen	plus élevé	moyen
Suède	2		2	2	6	plus élevé		plus élevé	plus élevé	plus élevé
Suisse	1		1	1	3	moyen		moyen	moyen	moyen

Annexe 4 : Accusés de réception des deux articles soumis aux revues scientifiques avec comité des pairs

Tchouaket Nguemeleu Eric

De: Tara Strome
Envoyé: 10 novembre 2010 16:03
À: Tchouaket Nguemeleu Eric
Objet: RE: Manuscript Submission_Tchouaket

Dear Mr. Tchouaket,

Just wanted to let you know that Dr. Gray has decided to send your manuscript out for external review. I will be in touch as soon as possible with a decision.

Best,
Tara

From: Tchouaket Nguemeleu Eric
Sent: Friday, November 05, 2010 4:06 PM
To: Quarterly
Cc: Tara Strome; Tchouaket Nguemeleu Eric;
Subject: Manuscript Submission_Tchouaket

Hello,

I would like to submit a manuscript (in attached) for publication in Milbank Quarterly Journal. The title of this paper is: "*Taxonomy of health care systems financing: Analysis of 27 OECD countries*". I also join the forms (in one file) signed by all the authors of this paper.

Just confirm me the reception of this submission.

All the best,

Eric Tchouaket, Ph.D (c)
University of Montréal
School of Public Health
Health Administration



[Edit Account](#) | [Instructions & Forms](#) | [Log Out](#) | [Help](#)



[Main Menu](#) → [Author Dashboard](#) → Submission Confirmation

You are logged in as Eric Tchouaket

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *International Journal of Health Planning and Management*.

Manuscript ID: HPM-11-00001

Title: Health care system performance: assessment and profiles of 27 OECD countries

Authors: Tchouaket, Eric
Lamarche, Paul
Goulet, Lise
Contandriopoulos, André Pierre

Date Submitted: 10-Jan-2011

[Print](#) [Return to Dashboard](#)

ScholarOne Manuscripts™ v4.5.0 (patent #7,257,767 and #7,205,655). © ScholarOne, Inc., 2010. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.

[Follow ScholarOne on Twitter](#)

[Terms and Conditions of Use](#) - [ScholarOne Privacy Policy](#) - [Get Help Now](#)

Annexe 5 : Approbation éthique du comité éthique de la faculté de médecine de l'Université de Montréal

Tchouaket Nguemeleu Eric

De: Paré Guillaume **Date:** jeu. 2011-01-13 17:26
À: Tchouaket Nguemeleu Eric
Cc: Lamarche Paul; Boutin-Ganache Isabelle
Objet : RE: Précisions requises - CERFM
Pièces jointes :

Bonjour M. Tchouaket,

Nous comprenons que les experts contactés dans le cadre de votre projet de recherche ont agi sur une base collégiale à l'égard de vos productions scientifiques. Dans la mesure où, selon les informations transmises au CÉRFM, les données utilisées étaient accessibles au public, une évaluation éthique n'est pas requise pour votre projet de recherche.

Nous tenons à vous rappeler que les comités d'éthique de la recherche ne peuvent pas mener une évaluation a posteriori et que tout recrutement de participants est conditionnel à l'obtention d'un certificat d'éthique émis par un CÉR reconnu par l'Université de Montréal.

Aussi, veuillez noter que c'est le comité d'éthique qui détermine si un projet de recherche peut être évalué en comité délégué (i.e. « évaluation accélérée ») et que ce type d'évaluation requiert que le projet (1) se situe sous le seuil du risque minimal tel que définit dans l'[Énoncé de politique des trois Conseils](#) (p. 24) et (2) ne soit pas assujéti aux [prescriptions de l'article 21 du Code civil du Québec](#).

Cordialement,

Guillaume Paré, coordonnateur

Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine

Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

Université de Montréal

CEPSUM (2100 Boul. Édouard-Montpetit), bureau 7213

C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Annexe 6 : Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE

ERIC TCHOUAKET NGUEMELEU

Spécialiste en Santé Publique/Économiste/Statisticien

I- FORMATION ET BOURSES DE FORMATION

I-1 Formation et diplômes

- 2011-2012 Post-doctorat, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Leymone, Université de Sherbrooke
Titre : Évaluation économique des interventions de santé en « amont »
 Directeur : Brousselle Astrid
 Co directrice : Carl-Ardy Dubois
- 2006-2011 : Ph.D, Santé Publique, Option Organisation des soins de santé, Université de Montréal, Canada, Thèse réalisée par articles
Titre : Influence du financement sur la performance des systèmes de soins
 Directeur : Paul Lamarche
 Co directrice : Lise Goulet
- 2005-2006 : M.Sc. en Économie et Management des services de santé, Université Paris Dauphine, France
- 2004-2005 : Maitrise ès Sciences Économique, option technique quantitative, Université de Yaoundé II Soa, Cameroun
- 1999-2003 : Diplôme d'ingénieur d'application de la Statistique et d'Économie (équivalent à un Baccalauréat en Statistique), Institut Sous Régional de Statistique et d'Économie Appliquée (ISSEA), Cameroun
- 1997 : Baccalauréat Scientifique en Mathématiques et Physiques, Cameroun

I-2 Formations complémentaires

- 2011 Formation sur le logiciel SAS avancé, CIQSS (Centre Interuniversitaire Québécois de Statistiques Sociales), Montréal
- 2010 Formation sur le logiciel SAS, Institut Pinel de Montréal
- 2007 : Formation en recherche bibliographique avec le logiciel EndNote

I-3 Bourses obtenues

Oct 2010- Sept 2011 :	Bourse Post-doctorat de la Direction de la Santé Publique de l'agence de la Santé et des Services Sociaux de la Montérégie	40 000\$
2010 :	Bourse de la chaire Gouvernance et Transformation des Organisations de Soins (GETOS) pour la publication de l'article « <i>taxonomie du financement de la santé : cas de 27 pays de l'OCDE</i> » dans la revue scientifique <i>The Milbank Quarterly</i>	1 200\$
2010	Bourse de la chaire GETOS pour la publication de l'article « <i>la performance des systèmes de soins : appréciation et profils de 27 pays de l'OCDE</i> » dans la revue scientifique <i>International Journal of Health planning and Management</i>	600\$
2009-2010 :	Bourse de fin d'étude doctorale de la Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales (FESP), Université de Montréal	18 000\$
2008 :	Bourse de la chaire GETOS pour la participation et présentation à la Conférence Canadienne des Services et Politiques de Santé (CAHPSR), Calgary	1 000\$
2007 :	Bourse de participation du congrès de l'ACFAS à Trois-Rivières	100\$
2006-2009 :	Bourse d'excellence de Ph.D Santé Publique, Université de Montréal	54 000\$
2005-2006 :	Bourse d'excellence Égide de la Coopération française et du Ministère des Affaires Étrangères, Université Paris Dauphine	15 000\$
1999-2003 :	Bourse du Gouvernement Camerounais, ISSEA	4 000\$

I-4 Compétences informatiques

Microsoft Office, SPSS, SAS Base, SAS-Stat, SPAD, STATA, Atlas-ti, N'Vivo, QDA Miner, Épi info, EndNote, LISREL (notion), AMOS (notion)

Grande capacité d'adaptation aux nouveaux logiciels

II- PUBLICATIONS

II-1 Articles scientifiques dans les revues avec comités de pairs

Tchouaket E., Lamarche P-A., Goulet L., Contandriopoulos A-P. (Soumis), *Taxonomy of health care system financing: Analysis of 27 OECD Countries*, Université de Montréal, *The Milbank Quarterly*

Tchouaket E., Lamarche P-A., Lamarche P-A., Goulet L., Contandriopoulos A-P., (Soumis), *Health care system performance : assessment and profiles of 27 OECD countries*, Université de Montréal, *International Journal of Health Planning and Management*

Tchouaket E., Lamarche P-A., Lamarche P-A., Goulet L., Contandriopoulos A-P. (à soumettre), *Quel financement pour quel niveau de performance? Cas de 27 pays de l'OCDE*, finalisé, en révision pour soumission dans la revue *Healthcare policy*

Carl-Ardy Dubois, Danielle D'Amour, Régis Blais, Michèle Rivard, Sean Clarke, Ann Tourangeau, **Éric Tchouaket Nguemeleu**, Johanne Déry (à soumettre), *A taxonomy of nursing care delivery models in hospitals*

Carl-Ardy Dubois, Danielle D'Amour, Régis Blais, Michèle Rivard, Sean Clarke, Ann Tourangeau, **Éric Tchouaket Nguemeleu**, Johanne Déry (à soumettre), *Actual Scope of Nursing Practice: Preliminary Validation of a Measurement Instrument*

Tchouaket E., Dury S. (2004), *Analyse de la saisonnalité de la consommation des produits péri urbains à Yaoundé*, IRAD-IITA, FRBC (Fond de Recherche sur Base Compétitive), juin, Cameroun. **Publié** dans la revue *REPARAC* (REnforcement des PARTenariats dans la Recherche Agronomique au Cameroun), IRAD, Ministère de la Recherche Scientifique et technique, Avril 2005.

II-2 Articles scientifiques dans les revues sans comités de pairs

Tchouaket E., Nguyen V-K, Boileau C. (non publié), *Impact socioéconomique des Antirétroviraux (ARV) sur l'Observance*, Projet ATARAO, Montréal ;

Tchouaket E., Galland B. (non publié), *Analyse de la performance des mutuelles de santé du Bénin*, CIDR, Autrêches, France ; non publié

Tchouaket E., « *En savoir plus sur l'ECUM : Loin des préjugés...* », **Article de vulgarisation Publié**, *Mt Cameroon Magazine*, Montréal, septembre, 2008

II-3 Rapport de recherche, Articles non scientifiques, Thèse, Mémoire de recherche et Rapport de stage

Thèse de doctorat en Santé Publique, « *Influence du financement sur la performance des systèmes de soins* », Sous la direction de Paul Lamarche, Université de Montréal, École de santé publique, mars 2011

Carl-Ardy Dubois, Danielle D'Amour, Régis Blais, Michèle Rivard, Sean Clarke, Ann Tourangeau, **Éric Tchouaket Nguemeleu**, Johanne Déry, « *Les Modèles d'Organisation et*

d'Utilisation de Services Infirmiers et leur influence sur personnel infirmier et les patients », rapport du projet de recherche subventionné par les IRSC et le MSSS du Québec, rapport final présenté au MSSS sur le projet MURI, Montréal, février 2011

Carl-Ardy Dubois, Danielle D'Amour, Régis Blais, Michèle Rivard, Sean Clarke, Ann Tourangeau, **Éric Tchouaket Nguemeleu**, Johanne Déry, « *Les Modèles d'Organisation et d'Utilisation de Services Infirmiers et leur influence sur personnel infirmier et les patients* », rapport du projet de recherche subventionné par les IRSC et le MSSS du Québec, rapport présenté au MSSS sur les livrables de la phase 1 et 2 du projet MURI, Montréal, juin 2010

Tchouaket Eric, Dominique Lesage, Yvon Brunelle, Lyne Mongeau, « *Les facteurs organisationnels pour la saine gestion du problème de poids en première ligne au Québec : Conditions de leur mise en œuvre* », rapport de recherche, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), Montréal, avril 2009

Tchouaket Eric : Mémoire de Master sur le thème : « *Analyse de la prise en charge des personnes atteints du VIH SIDA au Mali* » sous la supervision d'Alain Letourmy, Université de Paris Dauphine, France (Mention Bien), septembre 2006

Tchouaket Eric : Rapport de stage sur l' « *Analyse de la performance des mutuelles de santé rurales au Bénin* » sous la supervision de Bruno Galland, CIDR, Paris, Autrêches (Mention Assez bien), aout 2006

Tchouaket Eric et al. (2003-2005) : Rédaction de la rubrique « *Épargne des ménages* » dans le **rapport officiel publié** des *comptes nationaux 1993-2003 du Cameroun*, 2005, Institut National de la Statistique, Cameroun

Tchouaket Eric: Mémoire de fin d'étude de l'Institut Sous Régional de la Statistique et d'Économie Appliquée, thème : « *Saisonnalité de la consommation alimentaire des produits péri urbains dans la ville de Yaoundé* », Distinction et Meilleur mémoire, juin 2003

Tchouaket Eric : Rapport de stage effectué au Centre Hospitalier d'Essos sur le thème : « *Méthodologie d'analyse des statistiques recueillies au Centre Hospitalier d'Essos auprès des malades. Analyse du dossier patient* », septembre 2002.

II-4 Communications scientifiques orales

Eric Tchouaket, Paul Lamarche, Lise Goulet, André-Pierre Contandriopoulos (accepté), *L'approche configurationnelle pour apprécier le financement des soins : méthode, applications et regard critique*, 3rd International Conference on Health Financing in Developing and Emerging Countries, CERDI, France - May 2011

Eric Tchouaket, Paul Lamarche, Lise Goulet, André-Pierre Contandriopoulos (accepté), *which health care financing model provides the best health care system performance?* **Conférence Canadienne sur les Services et Politique de Santé (CASPHR)**, Halifax, Nova Scotia, Canada, may 2011

Eric TCHOUAKET (2010), *Influence des modèles de financement sur la performance des systèmes de soins: Une analyse de 27 pays de l'OCDE*, Conférencier invité, Séminaires du Centre de Recherche Charles Lemoyne, Septembre 2010, Longueuil

C. Dubois, D. D'Amour, **E. Tchouaket Nguemeleu (2010)**, *Redesigning Nursing Practice: Diverse Paths to Address Nursing Care Performance*, Managing radical change in health, EHMA Annual Conference Lahti, Finland, July 2010

Carl-Ardy DUBOIS, Danielle D'AMOUR, **Eric TCHOUAKET NGUEMELEU**, Drissa SIA (2010), *Modèles d'organisation et d'utilisation des ressources infirmières - Quels effets différentiels sur le personnel infirmier?*, 78^e Conférence, Mai 2010, Montréal

Eric TCHOUAKET & Paul LAMARCHE (2010), *Taxonomie du financement de la santé dans les pays de l'OCDE*, Conférencier invité, 78^e Conférence ACFAS, Mai 2010, Montréal

Eric TCHOUAKET (2010), *Le financement de la santé des pays de l'OCDE : quels effets sur la performance des systèmes de soins?*, Conférencier invité, 78^e Conférence ACFAS, Mai 2010, Montréal

Carl-Ardy Dubois, Danielle D'Amour (2010), **Éric Tchouaket Nguemeleu**, *Les modèles d'organisation des services infirmiers au Québec: état des lieux*, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, avril 2010, Montréal

Dubois, C.A., D'Amour, D. **Tchouaket, É.**(2009) *Les modes d'organisation des services infirmiers : Où en sont les établissements hospitaliers du Québec?* Centre d'excellence en soins infirmiers, Hôpital Maisonneuve Rosemont, Montréal, Décembre 2009, Montréal

Danielle D'Amour, Carl-Ardy Dubois, **Éric Tchouaket Nguemeleu**, *Les modèles d'organisation et d'utilisation des ressources infirmières : typologie et effets sur le personnel infirmier*, CAHSPR (Association Canadienne des Services et Politiques de Santé, Mai 2010, Toronto

Tchouaket E. & Lamarche P-A (2009), « *Les Meilleurs Modes de financement des Système de Santé* », Présentation Orale, **Colloque des Étudiants et Étudiantes de Santé Publique (AEESPUM)**, Conférencier invité, Université de Montréal, **20 février 2009**, Montréal, Québec, Canada.

Tchouaket E., Dury S. (2004), *Analyse de la saisonnalité de la consommation des produits péri urbains à Yaoundé*, Présentation par Orale et Affiche **Conférence Scientifique basée sur la restitution des résultats de recherche du projet FRBC organisé par le Ministère de la Recherche Scientifique et Technique, IRAD-IITA, FRBC** (Fond de Recherche sur Base Compétitive), Conférencier invité, Avril 2005, Yaoundé, Cameroun.

Présentation Orale dans le cours Analyse des Systèmes de Santé II (ASA6702), Module : « *Financement des services de santé* », Conférencier invité, Université de Montréal, Québec, Canada, 28 février 2008.

II-5 Communications scientifiques affichées

Eric TCHOUAKET, Astrid Brousselle, Ginette Lafontaine, Marie-Rose Sénéchal (accepté), *Comment utiliser les résultats des évaluations économiques des interventions de santé en « amont »?* **Conférence Canadienne sur les Services et Politique de Santé (CASPHR)**, Halifax, Nova Scotia, Canada, may 2011

Eric TCHOUAKET (2010), *La performance des systèmes de soins des pays de l'OCDE: profils et paradoxe*, CAHSPR, Mai 2010, Toronto

Eric Tchouaket Nguemeleu, Paul Lamarche, Lise Goulet (2010), *Influence du financement sur la performance: que dire du financement « privé »?*, 13^e Journées annuelles de santé Publique, Montréal, mars 2010

Tchouaket E. (2009), *l'influence du financement sur la performance des systèmes de soins : Que dire du financement « privé »*, **Journées Annuelles de Santé Publique (JASP)**, mars 2010

Tchouaket E. & Lamarche P-A (2009), *“The Better funding Models”*, **Conférence Canadienne sur les Services et Politique de Santé (CASPHR)**, Calgary, Alberta, Canada, may 2009

Tchouaket E. & Lamarche P-A (2008), *« Taxonomie des formes d'allocation des ressources : Loin de la Première Ligne »*, Présentation par Affiche, **Journée Montréalaise de Santé Publique**, Direction de la Santé Publique, Montréal, Québec, Montréal, 10 décembre 2008

Tchouaket E., Lamarche P-A. (2008), *« L'allocation des ressources : Loin des Soins de santé Primaires »*, Présentation par Affiche, **15^e Conférence Canadienne de la Santé Internationale**, Ottawa, Ontario, Canada, 26-28 Octobre 2008

III- EXPERIENCE DE TRAVAIL

2009-2011 **Agent de recherche à la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Montréal, centre FERASI**

-Responsable de l'analyse complète des données pour le projet MURI (modèles d'Organisation et d'Utilisation des ressources infirmières et leurs impacts sur les résultats)

-Développement d'une méthodologie pour la construction des typologies de modèles d'Organisation et d'Utilisation des ressources infirmières au Québec (Cluster Analysis)

-Développement d'une démarche d'analyse des effets des modèles sur la qualité et la sécurité des patients ainsi que sur la satisfaction du personnel infirmier (statistiques descriptives, modélisation logistique, modélisation de Cox, utilisation des modèles statistiques appropriés, contrôle de la confusion, ajustement)

-Contribution au transfert des connaissances en participant aux conférences scientifiques et aux colloques

- 2008-2009 : **Agent de Planification, de programmation et de Recherche, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), Direction Générale de la Santé Publique (DSP), Services de la promotion des Saines Habitudes de vie, Crémazie-Montréal**
- Contribution majeure au développement de l'Axe 4 du PAG (Plan d'Action Gouvernement pour la promotion et la prévention du problème de poids)
 - Revue de la littérature sur les facteurs organisationnels pour la saine gestion du problème de poids en première ligne
 - Rédaction d'un rapport de recherche sur les facteurs organisationnels pour la saine gestion du problème de poids au Québec : Conditions de leur mise en œuvre (30 pages)
 - Travail en permanence avec les experts Québécois et chercheurs en matière organisation des services de première ligne et ceux en charge des problèmes de saines habitudes de vie (tabac, obésité et alcool)
- 2006-2007 : **Assistant de recherche à l'Unité de Santé Internationale, Équipe ATARAO (Groupe de Recherche pour Appuyer le Traitement Antirétroviral en Afrique de l'Ouest), Université de Montréal**
- En charge du volet « économique » du projet : l'impact économique des ARV sur l'Observance
 - Participation active à la conception du questionnaire pré-test
 - Organisation des réunions et des rencontres de travail
- 2003-2005 : **Responsable de la préparation des données de comptabilité Nationale, Institut National de la Statistique, Sous Direction de la Comptabilité Nationale et des systèmes statistiques, Ministères des Finances, Cameroun**
- Apurement des fichiers d'enquête et validation des données
 - Construction des comptes Nationaux
 - Rédaction des rapports sur les comptes nationaux ainsi que des notes de conjoncture
 - Supervision de plusieurs enquêtes statistiques sur le terrain
- Avril –Août 2006 : **Stagiaire en recherche au Centre International de Développement en Recherche (CIDR), Département de micro finance et micro assurance en Santé, Autrêches, France.**
- Analyse statistique des données d'enquête à l'aide logiciel SPSS
 - Rédaction d'un rapport sur l'analyse de la performance des mutuelles de santé au Bénin

- 2003-2005 : **Responsable de la préparation des données de comptabilité Nationale**, Institut National de la statistique, Sous Direction de la Comptabilité Nationale et de synthèses statistiques, Ministère des finances, Yaoundé, Cameroun. Travail en temps plein
- Apurement du fichier de données
 - Organisation des comités de travail pour la validation des données
 - Utilisation du logiciel de Comptabilité Nationale ERETES pour la construction des comptes de Nationaux
- Jan-Juin
2003 : **Stagiaire en recherche au Centre International de la Recherche en Agronomie et de Développement (CIRAD) et au International Institute of Tropical Agriculture (ITTA)**
- Analyse économique des prix des produits péri urbains de la ville de Yaoundé
 - Analyse des données et rédaction d'un rapport d'analyse
- Juil-Sept
2002 : **Stagiaire en recherche au Centre Hospitalier de Yaoundé Essos**, Département d'analyse statistique et de gestion comptable, Yaoundé, Cameroun :
- Création d'un masque de saisie des statistiques de l'hôpital

IV- ENSEIGNEMENT ET CHARGES DE COURS

IV-1 Charges de Cours

2007-2008 : **ASA6702 : Analyse des systèmes de santé (deuxième et troisième cycles)**

3 crédits

Université de Montréal

Conception et mise en jour du site du cours

Module dispensé : Le financement des services de santé

Soutien des professeurs titulaires des cours dans préparation des cours (choix des articles, organisation pratique du cours)

2007-2010 : **ASA6177 : Méthodologie de la recherche (deuxième et troisième cycles)**

3 crédits

Université de Montréal

Soutien aux étudiants en termes de tutorat

Soutien aux étudiants dans l'apprentissage de la rédaction d'un protocole de recherche : de la problématique à l'opérationnalisation de la recherche

Soutien des professeurs titulaires des cours dans préparation des cours (choix des articles, organisation pratique du cours)

IV-2 Conférencier invité

2009 : **ASA6702 : Analyse des systèmes de santé (deuxième et troisième cycles)**

3 crédits

Université de Montréal

Module dispensé : « Le financement des services de santé » (3 heures)

2010

Conférence Midi

Centre de Recherche de l'hôpital Charles LeMoyne

Université de Sherbrooke

« Influence des modèles de financement sur la performance des systèmes de soins: Une analyse de 27 pays de l'OCDE », Conférencier invité, Séminaires du Centre de Recherche Charles LeMoyne, Septembre 2010, Longueuil (1 heure)

V- PROJETS DE RECHERCHE ET DE CONSULTATION

V.1 Projets de recherche, bourses et subventions

Titre : Évaluation des avantages économiques de la prévention

Chercheurs : Brousselle Astrid, **Eric Tchouaket**

Collaborateurs : Ginette Lafontaine, Marie-Rose Sénéchal, Annie-Claude Voisine, ASSS de la Montérégie et MSSS

Date de mise en œuvre : Octobre 2010

Montant : 40 000\$ sous forme de bourse post-doctorale + Allocations de recherche

Titre : Analyse Coûts Conséquences des programmes de santé publique

Chercheurs : Brousselle Astrid, **Eric Tchouaket**

Date de mise en œuvre : Septembre 2011

Montant :

V.2 Projets de consultation

Mai- Août 2005 : **Contrat de Consultant** du projet sur l'analyse des performances des centres de formation professionnelle de la ville de Yaoundé, Cabinet de Consultation Public-Invest Consult, Département de recherche et d'analyse statistique, Yaoundé, Cameroun

-Rédaction du protocole complet de recherche (Problème, objectif, méthodologie)

-Supervision générale de la collecte de données

-Analyse des données et rédaction du rapport préliminaire

Mars-Mai 2005 : **Superviseur de terrain et assistance technique dans trois provinces** (Adamaoua-Nord-Extrême Nord) du Cameroun dans le cadre de l'Enquête Nationale sur l'Écoute des Médias et de la Voix d'Amérique au Cameroun, Projet piloté par le Groupe Américain Macro.

-Responsable de la formation des enquêteurs

-Supervision de l'enquête sur dans trois provinces

-Assistance dans la conception du masque de saisie

Avril 2003- Juin 2004 : **Contrat de Consultant au Projet FRBC** (Fond de Recherche sur Base Compétitive)- **Volet analyse de la saisonnalité de la consommation des produits**, Centre International de Recherche d'Agronomie pour le Développement, Institut National de la Statistique, Yaoundé, Cameroun

-Participation à la rédaction du protocole de recherche

- Supervision générale de la collecte des données
- Analyse des données
- Rédaction du rapport final de recherche

VII- VIE ASSOCIATIVE ET BENEVOLAT

Depuis Avril 2008 : Membre du Comité Consultatif des Citoyens Ville-Marie/Martineau, Service Correctionnel du Canada, Ministère de la Sécurité Publique, Service Fédéral, Montréal

2007-2009 : Président de l'ECUM (Association des Étudiants Camerounais de l'Université de Montréal)

Depuis Juin 2003 : Membre de Promostat19 (19^e Promotion des Statisticiens de l'ISSEA)

VIII- LOISIRS

Sport (tout type), voyages, lecture, cinéma et musique

IX- REFERENCES (Sur demande)