

On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès du :

Publications
Direction des communications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B5

La reproduction non commerciale du présent document à des fins éducatives ou de planification est autorisée.
Prière de mentionner la source.

Publié par
La Direction générale de la promotion et
des programmes de santé
Santé Canada

Also available in English under the title:
*Organizational Models in Community-based Health Care:
A Review of the Literature*

N° de cat. H39-351/2-1996F
ISBN 0-662-80931-9

***POUR ÉTABLIR UNE ASSISE PLUS SOLIDE :
CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA PLANIFICATION
ET L'ÉVALUATION DES SERVICES DE SANTÉ
COMMUNAUTAIRES AU CANADA***

Composante 2

**MODÈLES ORGANISATIONNELS
DE SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES :
REVUE DE LA DOCUMENTATION**

**W. John B. Church, Ph. D.¹
L. Duncan Saunders, M. B. B. Ch., Ph. D.¹
Margaret I. Wanke, M. H. S. A.¹
Raymond Pong, Ph. D.²**

¹Healthcare Quality and Outcomes Research Centre
Department of Public Health Sciences
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

²Northern Health Human Resources Research Unit
Université Laurentienne
Sudbury (Ontario)

1995

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé par le Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS).

Les auteurs tiennent à souligner la contribution de plusieurs personnes. Ainsi, Carol Spooner a joué un rôle important dans l'évaluation critique des études comme second évaluateur indépendant. Marlene Dorgan et Georgia Makowski ont apporté un savoir-faire précieux dans la conception et la réalisation des recherches bibliographiques en ligne. Treasure Whaley et Felicity Hey ont fourni un soutien administratif au cours des multiples versions du rapport. Ce travail n'aurait pu être fait sans la contribution essentielle de toutes ces personnes. Toutefois, les auteurs assument l'entière responsabilité de toute erreur ou omission.

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles de les auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada, ou le Comité consultatif des ressources humaines en santé.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iv
1 INTRODUCTION	1
2 DÉFINITION DES TERMES	4
2.1 Grille modalités/résultats	5
3 SOURCES D'INFORMATION	7
3.1 Recherche bibliographique en ligne	7
3.2 Recherche à partir de tirés à part	8
3.3 Gouvernements et autres personnes ressources	8
3.4 Tri et description des articles	8
3.5 Limites de la revue de la documentation	10
4 REVUE DE LA DOCUMENTATION : MODÈLES ORGANISATIONNELS DE LA PRESTATION DES SOINS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE	11
5 MODALITÉ ORGANISATIONNELLE 1 : DIRECTION	12
5.1 Participation des citoyens à la prise de décision	12
5.2 Quelle part devrait prendre la collectivité à la prise de décision?	13
5.3 Dans quels types de décisions les patients pourraient-ils intervenir?	17
5.4 De quelle façon l'organisation ou le programme doit-il rendre des comptes à la collectivité?	18
5.5 Quel champ de responsabilité la collectivité désire-t-elle quant à la prise de décision?	22
5.6 Résumé et considérations générales : Direction	22
6 MODALITÉ 2 : APPROCHES DE PRESTATION DE SERVICES	25
6.1 L'approche de continuum intégré des soins est-elle moins coûteuse et plus efficace que d'autres approches de prestation?	25
6.1.1 Centres de santé communautaires (Centres de santé communautaires, Centres locaux de services communautaires, Centres de santé de quartier et Health Maintenance Organisations (Organisations de soins de santé intégrés parrainées par la collectivité))	26
6.1.2 Soins prolongés	27
6.1.3 Santé mentale	36
6.1.4 Soins prénatals	40
6.2 Quel éventail et quelle composition de services les modèles de prestation communautaires offrent-ils?	41

6.3	Quelle accessibilité les modèles de prestation communautaires offrent-ils?	42
6.4	Résumé et éléments d'orientation : Prestation de services	42
7	MODALITÉ 3 : APPROCHES DE FINANCEMENT	44
7.1	Quelle approche de financement traite le mieux la question de l'équité dans la distribution des ressources dans les soins de santé?	44
7.1.1	Financement axé sur l'utilisation	44
7.1.2	Financement axé sur la population (capitation)	45
7.1.3	Approche axée sur les besoins	47
7.1.4	Approche axée sur les prévisions budgétaires ou les demandes	48
7.2	Quelles sont les questions liées à l'application d'une approche de financement régional?	49
7.3	Résumé et éléments d'orientation : Approches de financement	50
8	AIRES DE RECRUTEMENT DES SERVICES	51
8.1	Résumé et éléments d'orientation : Aires de recrutement des services	52
9	MODALITÉ 3 : STRUCTURES DE GESTION	53
9.1	Quels sont les perspectives et défis de l'intégration de structures de gestion et de prestation des services dans l'ensemble du système de santé?	53
9.1.1	Niveau du système ou de la région	53
9.1.2	Niveau de l'organisation	58
9.1.3	Résumé et éléments d'orientation : Systèmes, processus et structures de gestion	59
10	RÉSUMÉ DE LA REVUE DE LA DOCUMENTATION	60
10.1	Direction	60
10.2	Prestation des services	61
10.3	Approches de financement	61
10.4	Aires de recrutement des services	62
10.5	Structures de gestion	62
	BIBLIOGRAPHIE	63
	ANNEXE I : Stratégies de recherche bibliographique en ligne	74
	ANNEXE 2 : Personnes ressources	83
	ANNEXE 3 : Critères de sélection pour l'étude sur la prestation des soins de santé communautaires	88
	ANNEXE 4 : Résumé de la documentation sur les modèles de prestation de soins communautaires	90

RÉSUMÉ

Au cours de la dernière décennie, les provinces et les territoires ont procédé à des examens en profondeur de leur système de santé. Les initiatives actuelles de réforme dans les provinces et les territoires accordent de plus en plus d'importance aux modèles de soins de santé communautaires.

Dans le contexte de ce changement de politique, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé a lancé un appel de propositions pour un projet intitulé «A Framework for Evaluation and Policy Decisions for Community-Based Health Care in Canada - Focus on Health Human Resources» (Cadre d'évaluation et d'orientation pour les soins de santé communautaires au Canada- Ressources humaines en santé). Le projet comporte trois résultats prévus. La première composante consiste en une revue systématique et critique de la documentation sur les ressources humaines en santé communautaire et la deuxième, en une revue similaire sur les modèles de services de santé communautaires. Enfin, la troisième composante comporte l'élaboration d'une terminologie et d'un cadre pouvant servir à l'évaluation et à l'établissement de politiques liées aux modèles de soins de santé communautaires. Ce résumé porte sur la deuxième composante du projet.

L'objectif de cette deuxième composante était de déterminer quelles structures organisationnelles et dimensions organisationnelles (modalités) procurent des services de santé communautaires de meilleure qualité et plus rentables. Pour atteindre cet objectif, l'équipe de recherche a procédé à une recherche bibliographique systématique et à un examen critique de la documentation sur les services de santé communautaires à l'aide de critères prédéterminés.

Après une revue préliminaire de la documentation disponible et des questions pertinentes, l'équipe a établi une définition de base des services de santé communautaires et en a déterminé les caractéristiques organisationnelles et les résultats prévus. Les modèles de prestation de services de santé communautaires ont été définis en gros comme des organisations ou des programmes offerts à proximité du domicile, dans un cadre non institutionnel et dotés d'un éventail de services. Les caractéristiques organisationnelles comprenaient la direction, les approches de prestation de services, l'aire de recrutement des services, le financement et les structures de gestion. Les résultats retenus comprenaient le sentiment de maîtrise (individuel et collectif), l'équité, l'optimisation des ressources (rentabilité), la qualité et les résultats des soins et la qualité de vie.

Le corpus de documentation a été établi au moyen d'une recherche systématique des éléments suivants : bases de données en ligne pertinentes, études pertinentes non publiées émanant du milieu universitaire et du gouvernement et, enfin, tirés à part pertinents. Les critères de sélection et d'examen des articles ont été élaborés à partir de la définition de la prestation de soins communautaires et de la grille de modalités et de résultats. On note un grand besoin d'études qui permettraient de comparer les résultats de différentes modalités de prestation et dont la puissance sur le plan méthodologique serait élevée.

Les constatations préliminaires de la documentation revue sont résumées dans les pages qui suivent.

Direction

Dans le domaine de la direction, la majeure partie de la documentation consistait en tentatives d'interprétation d'un phénomène ou en opinions sur des questions particulières. Il semble que dans le secteur de la santé, trois grands facteurs aient nui à la direction efficace par des non-spécialistes : le déséquilibre des ressources, l'impuissance à habiliter les individus ou les collectivités et l'absence de reddition de comptes aux collectivités. Dans le passé, les médecins et les administrateurs ont dominé la prise de décision en santé parce qu'ils avaient la mainmise sur les connaissances spécialisées. Cet avantage a été renforcé par la tendance à confiner la prise de décisions en matière de santé au cadre des connaissances techniques.

Selon la documentation sur la participation des citoyens, il n'y a pas de preuve empirique que les conseils de direction communautaires habiliter les citoyens par rapport aux autres intervenants. Quant au choix des patients, il semble que lorsqu'ils sont bien informés des options thérapeutiques, ils choisissent parfois les interventions moins intensives et moins coûteuses.

Prestation des services

La documentation sur les modèles de services de santé communautaires a indiqué qu'en général, les modèles intégrés multi-services et multidisciplinaires étaient moins coûteux et plus rentables que les services comparables fournis par des prestataires de services uniques, qu'ils soient des individus ou des établissements. Ce fait est particulièrement évident lorsqu'on compare le modèle organisationnel de centre de santé communautaire à l'exercice de la médecine en solo rémunéré à l'acte. Les économies majeures semblent être attribuables à la réduction de l'utilisation des services hospitaliers externes et internes par les populations desservies par les centres de santé communautaires. Ces centres offrent également un meilleur accès aux soins de santé.

Hormis les centres de santé communautaires, les services communautaires semblent offrir des possibilités d'économies dans la prestation de soins pour les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies mentales, les enfants et les malades en phase terminale. Selon des études sur les soins aux personnes âgées, les soins prénatals, ainsi que les soins aux personnes souffrant de maladies mentales, aux enfants et aux malades en phase terminale, les services de santé communautaires peuvent entraîner une accessibilité accrue et de meilleurs résultats de santé à un coût moindre que les soins procurés par des prestataires autonomes ou des établissements. Plus précisément, on a signalé de meilleurs résultats dans la qualité de vie des personnes âgées, des personnes souffrant de maladies mentales et des patients en phase terminale. On a également relevé de meilleurs résultats chez les nouveau-nés dont les mères avaient reçu des soins prénatals coordonnés. Des améliorations de la qualité des soins ont été notées chez ces groupes. Cependant, il faudra faire d'autres recherches dans ce domaine pour déterminer tous les résultats liés à la qualité de la vie sur lesquels le choix de modalités de prestation de services a des répercussions. Approches de financement

Il semble qu'une approche axée sur les populations ou axée sur les besoins, ou encore une combinaison de ces deux types d'approche, soit plus susceptible d'aboutir à une distribution équitable des ressources et de mettre l'accent sur les résultats de santé. La mise en application de ce type d'approche exigera la mise au point d'un indicateur valide de l'état de santé de la population ainsi que des mécanismes fiables permettant de recueillir les données nécessaires pour suivre de façon précise la santé de la population au niveau régional.

Aires de recrutement des services

Une définition claire de l'aire de recrutement des services est un élément essentiel à la prise de décision basée sur la santé de la population, y compris l'évaluation des besoins et la répartition des ressources de soins de santé en fonction de ces besoins. Parmi les questions importantes qui demeurent sans réponse dans le domaine de la prestation de soins de santé communautaires, mentionnons l'utilité d'aires géographiques de recrutement pour améliorer la santé de la population et la taille optimale des aires de recrutement.

Systèmes, processus et structures de gestion et résultats

La documentation sur l'intégration au niveau du système ou des régions est basée, dans une large mesure, sur les discussions des facteurs positifs ou négatifs influant sur l'intégration des hôpitaux à système aux États-Unis. L'opinion générale qui se dégage de la revue est qu'il y a des obstacles importants à l'intégration du système associés à la distribution actuelle du pouvoir et des ressources. Pour surmonter ces obstacles, il faudra une direction forte, une nouvelle culture d'organisation, une vision claire et des systèmes d'information intégrés.

Un élément particulièrement important, tant sur le plan de la réussite de l'intégration que sur celui des coûts, est l'inclusion des médecins dans les décisions liées au changement et à la gestion globale d'un système intégré. Plusieurs auteurs ont laissé entendre que l'intégration ne fonctionnera que si les médecins participent à la prise de décision. Le système doit incorporer les préférences de la profession médicale à celles des administrateurs et des patients. Selon une étude descriptive (Shortell et coll., 1994), le degré d'intégration des médecins montre une corrélation positive avec les résultats financiers du système. Toutefois, cette conclusion n'était basée que sur des données obtenues dans des hôpitaux.

On s'entendait également à dire que jusqu'ici, aucune preuve empirique satisfaisante n'est venue appuyer l'hypothèse selon laquelle le système intégré est moins coûteux que l'absence de système. Cependant, la plupart des études ont porté seulement sur des hôpitaux à système.

1 INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, les provinces et les territoires ont procédé à des examens en profondeur de leur système de santé. Les initiatives actuelles de réforme dans les provinces et les territoires qui ont suivi ces révisions visent à améliorer la rentabilité, la reddition de comptes, l'équité et la qualité des services. L'une des orientations majeures des politiques actuelles a été la reconnaissance officielle du fait que l'approche axée actuellement sur les établissements de soins et les médecins est coûteuse et n'entraîne pas de progrès substantiels au chapitre de la santé dans la population.

Pour aborder les problèmes de coûts et de résultats, les décideurs suggèrent d'accorder plus d'importance à la prestation de services en cadre communautaire, où l'on trouve un continuum intégré de soins dans un cadre non institutionnel, offert par des travailleurs appartenant à un ensemble intégré de prestataires de soins de santé et évalué en fonction de l'amélioration de la santé de la population.

Dans le contexte de ce changement de politique, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé a lancé un appel de propositions pour un projet intitulé «A Framework for Evaluation and Policy Decisions for Community-Based Health Care in Canada - Focus on Health Human Resources» (Cadre d'évaluation et d'orientation pour les soins de santé communautaires au Canada - Ressources humaines en santé). Le but de ce projet est «d'élaborer une terminologie et un cadre d'évaluation des décisions de politiques concernant les modèles de soins de santé communautaires nouveaux et classiques», en accordant une attention particulière à l'efficacité et aux répercussions sur les effectifs en santé. Le projet comporte trois résultats prévus. La première composante consiste en une revue systématique et critique de la documentation sur les ressources humaines en santé communautaire et la deuxième, en une revue similaire sur les modèles de services de santé communautaires. Enfin, la troisième composante comporte l'élaboration d'une terminologie et d'un cadre pouvant servir à l'évaluation et à l'établissement de politiques liées aux modèles de soins de santé communautaires et mettant l'accent sur les ressources humaines. Le présent rapport porte sur la deuxième composante du projet.

Afin de délimiter le projet, l'appel de propositions spécifiait le genre de questions à traiter, notamment :

- i. Les nouveaux modèles de soins de santé communautaires tiennent-ils compte des domaines d'intérêt suivants :

définition claire de la reddition de comptes en ce qui a trait aux ressources affectées aux besoins de santé de la collectivité

amélioration des avantages et des résultats de santé

amélioration de l'efficience

amélioration de l'intégration et de la coordination des services de santé avec d'autres secteurs dans la collectivité (p. ex., logement, écoles, programmes sociaux, organismes et programmes de bénévoles, violence familiale, environnement) à l'échelle de la collectivité et de la région

augmentation de la participation de la collectivité dans l'établissement des priorités des programmes de santé et dans l'affectation des ressources

augmentation de la capacité des membres de la collectivité à prendre des décisions informées en santé grâce à une meilleure connaissance du système

sensibilisation aux besoins de la collectivité

diminution des obstacles à l'accès à des services de santé efficaces

amélioration de la distribution, de la composition et de l'efficacité des prestataires de soins de santé et collaboration interdisciplinaire accrue

augmentation de la satisfaction des consommateurs et des prestataires

transformation du rôle des «hôpitaux», en particulier les établissements ruraux, d'établissements de soins de courte durée en «centres de santé communautaires» (p. ex., soins de longue durée, service d'urgence de 24 heures, lits d'observation)

effet du transfert des responsabilités et de la régionalisation sur la prestation des services et les modèles de financement dans les collectivités

définition des types de services «de base» ou «essentiels» qui devraient être disponibles au niveau de la collectivité, de la région ou de la province

ii. Quels facteurs clés ont semblé contribuer à la réussite ou à l'échec du projet pilote en milieu communautaire dans chacun de ces domaines?

iii. De quelle façon la gestion des effectifs en santé contribue-t-elle à l'efficacité des projets pilotes en milieu communautaire?

Quelles compétences sont requises pour l'évaluation des clients, la coordination des soins, l'évaluation et la planification en santé communautaire, l'établissement des priorités dans les besoins de la clientèle, le marketing social et l'éducation sanitaire en milieu communautaire?

Comment la flexibilité des rôles et la responsabilité des prestataires de soins de santé ont-elles été encouragées et intégrées? Quels types de prestataires étaient en cause?

Y avait-il des différences appréciables dans la formation de base et dans la formation continue entre les praticiens de milieu communautaire et ceux qui étaient en établissement?

Des modifications de la législation professionnelle ont-elles été nécessaires?

Quel a été le rôle des assistants, des aides, des bénévoles?

Quelle a été l'utilité des différentes approches de financement des projets ou de rémunération des praticiens dans la poursuite des objectifs des projets pilotes?

Pour rendre ces éléments d'orientation opérationnels pour la revue de la documentation, l'équipe de recherche a d'abord élaboré une définition préliminaire des «soins communautaires», puis une grille basée sur les caractéristiques (modalités) des modèles de prestation de soins de santé communautaires et sur les résultats prévus dans les systèmes de santé. La définition, les modalités et les résultats sont décrits ci-dessous.

2 DÉFINITION DES TERMES

Une revue préliminaire de la documentation n'a pas révélé de définition idéale des soins de santé communautaires. Les perspectives d'où émane le concept peuvent être regroupées en quatre grandes catégories : soins primaires (habituellement soins médicaux), soins dans la collectivité ou à domicile, services sociaux et autres services non sanitaires, et santé communautaire et santé publique. Alors que les divers services communautaires compris dans ces catégories ont jusqu'ici été offerts dans le cadre de modèles organisationnels différents, la tendance actuelle est à l'intégration de ces types de services en des modèles de soins plus holistiques.

Malgré l'absence d'une définition universellement acceptée, les chercheurs ont noté que les modèles de soins communautaires présentaient généralement quelques-unes des caractéristiques suivantes, sinon toutes :

- prestation des services à proximité des endroits où les gens vivent, travaillent, vont à l'école et se divertissent;

- services qui, en général, sont non institutionnels et peu dépendants de la technologie;

- structures de direction qui maximisent la participation des consommateurs et le processus démocratique;

- services conçus pour tenir compte des priorités de la collectivité et offerts en collaboration avec d'autres organismes ou groupes communautaires;

- services intégrés faisant appel à des prestataires de plusieurs disciplines et pouvant faire intervenir tout l'éventail des services de santé et des services connexes (c.-à-d. services sociaux, promotion de la santé, prévention, soins de courte durée et d'urgence et soins prolongés);

- prestation des services d'une manière qui cherche activement à habilitier les clients en maximisant leur autonomie, leur droit au risque et leur maîtrise personnelle;

- définition du «consommateur» qui est orientée selon un découpage de la population lié à des zones géographiques ou à des groupes particuliers tels que les défavorisés, les personnes âgées, les personnes à haut risque (autrement dit, bien que les services soient fournis à des clients individuels, les programmes et les services offerts peuvent être évalués en fonction de leur effet sur une population ou un groupe cible particulier).

À partir de cette liste de caractéristiques, les soins communautaires peuvent être définis d'une manière opérationnelle comme un éventail intégré de soins de santé et de services connexes conçus pour des collectivités, offerts dans ces collectivités et gérés par elles.

Cette «définition» pourra être considérablement retravaillée à mesure que les définitions et les idées y seront incorporées à partir de la recherche bibliographique. Cependant, les concepts formulés ont servi de base à l'établissement de critères de sélection pour la revue systématique de la documentation.

2.1 Grille modalités/résultats

Pour déterminer quelles études à l'intérieur de la documentation disponible seraient admissibles et pour évaluer ces études, les chercheurs ont mis au point une grille modalités/résultats axée sur les ressources humaines et les modèles organisationnels en santé (voir la Figure 1).

Modalités

Dans le cadre de cette revue, le terme «modalité» désigne les caractéristiques majeures d'un modèle organisationnel. Les modalités et les résultats sont décrits ci-dessous :

Direction - les structures et les processus au moyen desquels sont prises les décisions stratégiques concernant la distribution des ressources organisationnelles.

Approches de prestation des services - les structures, l'étendue et la composition des services fournis. Les modèles de prestation de services communautaires sont caractérisés par un continuum de services sanitaires et sociaux faisant appel à une démarche intégrée et coordonnée. Les services sont habituellement fournis à proximité des collectivités desservies et sont faciles d'accès.

Financement - les différentes méthodes d'affectation de fonds à un modèle de prestation, à distinguer des méthodes de rémunération des prestataires de ces organisations. Ces méthodes peuvent comprendre le paiement anticipé par capitation, c.-à-d. un paiement basé sur une somme précise par personne, ou encore le paiement d'une somme forfaitaire au moyen d'un budget global.

Aire de recrutement - fait référence au fait bien établi que les modèles de prestation de services communautaires desservent généralement des populations définies.

Structures de gestion - les processus et les structures au moyen desquels sont prises les décisions opérationnelles concernant l'organisation et la prestation des services.

Résultats

Au moyen d'une revue préliminaire de la documentation, les chercheurs ont isolé un certain nombre de thèmes liés aux objectifs recherchés par les initiatives communautaires. Selon les auteurs, ces thèmes peuvent être associés à quatre valeurs sociales fondamentales actuellement exprimées par les Canadiens. Ces quatre thèmes, ainsi que les résultats concrets qui leur sont généralement associés dans le secteur de la santé, sont énoncés ci-dessous selon la perspective d'un non-spécialiste :

Le «**sentiment de maîtrise**», ressenti tant comme consommateur individuel de soins que comme contribuable, comprend des concepts tels que la participation du citoyen/non-spécialiste/client/consommateur dans la prise de décision, la souveraineté du consommateur, la reddition de comptes, le choix, l'accès à l'information et l'entraide.

L'«**équité**» fait référence à des concepts tels que la justice, l'accessibilité, les listes d'attente et le rationnement des services.

L'«**optimisation des ressources**» englobe les concepts de prestation efficace et économique des services.

La «**qualité**» comprend les concepts de qualité des soins, de résultats liés à l'état de santé, de satisfaction des consommateurs, de niveau d'autonomie fonctionnelle et de soins appropriés, de satisfaction des prestataires et de qualité de vie professionnelle.

Il est important de noter que ces résultats ne sont pas seulement associés aux soins communautaires. Les gestionnaires de services institutionnels sont également conscients de ces résultats et les recherchent.

FIGURE 1 La grille modalités-résultats

MODALITÉ		RÉSULTAT				
		A	B	C	D	E
		Sentiment de maîtrise	Équité	Optimisation des ressources	Qualité des soins	Qualité de vie
I	Direction	- participation - conseils - responsabilité - préférences				- choix du patient
II	Prestation des services		- accessibilité	- coût - diminution de l'hospitalisation - gestion des cas	- commodité	- poids à la naissance - vie au travail - satisfaction - état de développement
III	Financement		- équité	- coût - efficience		
IV	Aire de recrutement des services	- propriété		- efficience - outil d'intégration		- meilleur état de santé
V	Gestion			- obstacles à l'intégration et éléments qui la facilitent		

3 SOURCES D'INFORMATION

Afin de procéder à une revue exhaustive des données sur les modèles de prestation en santé communautaire, les chercheurs ont fait appel aux sources d'information suivantes : la documentation obtenue à l'aide de recherches bibliographiques systématiques dans les banques de données informatisées Medline, Healthplan et Cinahl, les études dont les références sont apparues dans les recherches bibliographiques ou dans les documents déjà disponibles et les études obtenues en communiquant avec les ministères des gouvernements provinciaux et territoriaux et avec des experts du monde universitaire ou de la pratique. Le processus utilisé pour chacune de ces démarches est décrit plus bas.

3.1 Recherche bibliographique en ligne

Les premières interrogations de Medline, de Healthplan et de Cinahl (années : 1975-1994; terme de recherche : *exp community health services* [services de santé communautaires]) ayant donné plus de 76 000 articles possibles, on a procédé à une recherche en ligne plus dirigée. Ainsi, on a choisi les termes de recherche pour les soins communautaires qui traduisaient les grandes caractéristiques établies lors de la revue préliminaire. D'autres termes ont été retenus parce qu'ils faisaient référence aux modalités organisationnelles et aux résultats de la grille (les termes de recherche apparaissent à l'Annexe 1). La sélection des termes s'est faite en collaboration avec des bibliothécaires possédant une expertise dans les recherches bibliographiques en ligne.

Des recherches séparées ont été effectuées dans Medline (1966-1994), Healthplan (1974-1994) et Cinahl (1982-1994). Chacune de ces recherches était limitée à l'anglais et au français, à certains pays, soit le Canada, les É.-U., le R.-U., la France, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Norvège, le Danemark, la Suède, la Finlande, l'Australie et la Nouvelle-Zélande et, enfin, aux études comparatives. Les termes établis à l'origine ont été redéfinis au cours des recherches pour tenir compte des termes et mots clés utilisés par les divers services de recherche en ligne. Plusieurs essais ont été menés avant d'en arriver à une stratégie valable dont soient satisfaits les chercheurs et les bibliothécaires.

Une fois terminées les recherches sur chacune des catégories, les données ont été regroupées de la façon suivante :

santé communautaire + modalités organisationnelles + résultats + anglais/français + études comparatives.

Au total, 1210 articles ont été retenus à partir de la recherche combinée sur les modalités organisationnelles, aux fins d'un examen plus approfondi.

Ce corpus a été traité par Reference Manager, logiciel spécialement conçu pour le traitement des recherches bibliographiques. Reference Manager a assuré l'élimination des répétitions dans la base de données et produit une liste de tous les articles contenus dans la base de données pour la recherche combinée sur les modalités organisationnelles.

3.2 Recherche à partir de tirés à part

L'équipe de recherche a repéré, au cours des recherches en ligne, des articles qui pouvaient être pertinents dans ceux qu'elle avait déjà en sa possession. Ces documents ont aussi été traités par Reference Manager.

3.3 Gouvernements et autres personnes ressources

Au cours des recherches bibliographiques, on a communiqué avec des experts du domaine ainsi qu'avec des représentants des organismes provinciaux et des ministères gouvernementaux pour déterminer s'il existait des études non publiées sur les modèles communautaires. La liste des personnes et des organismes sollicités apparaît à l'Annexe 2.

3.4 Tri et description des articles

On a ensuite jugé de l'admissibilité des articles pertinents obtenus de l'interrogation des bases de données et des tirés à part. Sans se consulter, deux évaluateurs ont examiné ces articles à l'aide d'une série standardisée de critères de sélection (Annexe 3). Les évaluateurs ont discuté de l'inclusion et de l'exclusion de chacun des articles et en sont arrivés à un consensus. Si nécessaire, l'opinion d'un troisième membre de l'équipe tranchait les différends. Chaque article admissible a ensuite été classé selon sa méthodologie dans l'une des catégories suivantes : article d'opinion par un expert, étude descriptive, étude quasi-comparative et étude comparative. Cette division vise à fournir une catégorisation hiérarchique selon laquelle on estime, en règle générale, que les articles d'opinion apportent les preuves les moins valides et les études comparatives, les preuves les plus valides de la relation entre l'intervention selon une modalité organisationnelle et le résultat recherché.

***i.* Article d'opinion par un expert :**

Cette catégorie comprend des articles pertinents à l'étude mais dont le but n'est pas de décrire les méthodes ou les résultats d'études originales. Mentionnons à titre d'exemple les articles traitant des avantages et inconvénients des différentes options de financement des centres de santé communautaires. Ces articles citent parfois des résultats d'autres études. Les revues non systématiques font également partie de cette catégorie.

***ii.* Études descriptives :**

Il s'agit d'études qui décrivent des méthodes et des résultats originaux mais dont le but n'est pas de comparer les résultats de différentes interventions. Cette catégorie comprend des études de méthodologies très variées, dont des enquêtes portant sur la satisfaction des patients, des comparaisons de caractéristiques d'exercice (mais pas des résultats) et des études de cas portant sur l'organisation.

iii. Études quasi-comparatives (sans témoins appariés pour le temps et l'endroit) :

Il s'agit d'études originales dont le but est de comparer les résultats de différentes interventions. Les résultats obtenus dans le groupe expérimental sont comparés aux résultats de témoins observés dans d'autres conditions en ce qui a trait au temps et à la région, par exemple le poids à la naissance de nourrissons nés d'adolescentes inscrites à un programme municipal de soins prénatals comparativement au même paramètre avant l'instauration du programme. Les différences dans les caractéristiques des groupes et dans d'autres facteurs externes diminuent généralement la validité de ces études.

iv. Études comparatives :

Il s'agit d'études originales dont le but est de comparer les résultats de différentes interventions. Les résultats sont comparés entre des groupes qui font partie intégrante de l'étude, à l'aide de critères de sélection similaires, et ils sont mesurés de la même manière. Les études comparatives se subdivisent comme suit :

transversales : les résultats et les interventions sont mesurés au même moment

cas-témoins : les participants montrant des résultats positifs et négatifs sont comparés quant à l'intervention

de cohortes : les participants ayant subi différentes interventions sont suivis dans le temps et comparés quant aux résultats observés

avant/après : on compare les résultats avant et après l'intervention chez les participants

essais cliniques : les sujets sont répartis au hasard pour recevoir différentes interventions et les résultats sont comparés

essais dans la collectivité : les membres ou les groupes communautaires sont répartis au hasard pour recevoir différentes interventions et les résultats sont comparés

revue systématique : les résultats obtenus de plusieurs études comparatives originales font l'objet d'une comparaison systématique et d'une synthèse.

Un petit nombre d'articles qui ont évalué les soins (mais non les résultats chez les patients) ont été considérés comme des études comparatives ou descriptives de la qualité des soins.

Toutes les études comparatives ont été incluses dans la revue de la documentation. Les articles exprimant l'avis d'experts, les études descriptives et les études quasi-expérimentales jugées les plus pertinentes par rapport aux objectifs de l'étude ont également été inclus ainsi que d'autres articles pertinents découverts au cours de l'étude.

Chaque article, que ce soit une opinion d'expert, une étude descriptive, quasi-comparative ou comparative, a été résumé quant au cadre d'étude, à la population cible, à la méthodologie, aux interventions et aux résultats. (On trouvera la description des études à l'Annexe 4.)

Les études comparatives ont également été évaluées en fonction de leur puissance méthodologique. Pour chaque étude comparative, deux chercheurs ont évalué à l'insu la similarité des groupes comparés, la clarté de la définition, la répartition des interventions, la précision des mesures des résultats, la qualité du suivi et la taille de l'échantillon. Chaque article a reçu une cote qualitative selon qu'il était fort, moyen ou faible sur le plan méthodologique. Dans ce contexte, une étude forte sur le plan méthodologique fournit des preuves convaincantes d'une relation entre une intervention et un résultat, relation qui n'est pas due à un biais, à des facteurs confusionnels ni au hasard. Cette évaluation ne se veut pas un jugement de la compétence des chercheurs ou de la valeur globale de l'article. En effet, les circonstances entourant l'étude peuvent avoir fait en sorte qu'il soit impossible de mener une étude forte sur le plan méthodologique. De plus, l'étude peut avoir apporté d'autres renseignements valides ou utiles. Les cotes des deux évaluateurs ont ensuite été comparées puis on est arrivé à un consensus après discussion.

Le tri et l'évaluation des articles faisant état d'études comparatives, quasi-comparatives ou descriptives et d'articles d'opinion ont donné au total 108 articles qui ont été inclus dans la revue.

3.5 Limites de la revue de la documentation

Bien qu'on se soit assuré, dans la mesure du possible, de retenir les études les plus pertinentes satisfaisant aux critères de sélection, la revue n'est pas exhaustive, étant donné le volume et l'étendue de la documentation et les limites de temps imposées au projet.

4 REVUE DE LA DOCUMENTATION : MODÈLES ORGANISATIONNELS DE LA PRESTATION DES SOINS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

La revue qui suit :

examine les données disponibles sur la relation entre les modalités organisationnelles en santé communautaire et les résultats et
détermine les éléments d'orientation pertinents.

Elle porte sur les articles isolés au cours de la recherche bibliographique ainsi que sur les articles isolés à l'aide des références bibliographiques et des demandes auprès de personnes ressources. Les revues antérieures écrites par Abelson et Hutchison (1994), Birch, Lomas, Rachlis et Abelson (1990) et Crichton, Robertson, Gordon et Farrant (1991) ont été très utiles. De plus, les études d'orientation réalisées par Angus et Manga (1990) et le Groupe conseil ARA (1992) ont fourni des références précieuses. D'autres documents ont fait l'objet d'une revue systématique lorsque c'était nécessaire.

La présentation de la revue est basée sur la grille modalités/résultats. Les articles sont regroupés par modalité, type de prestation de services (p. ex., soins prolongés/santé mentale) et questions connexes. Ces questions sont traitées en regard des résultats rapportés dans la documentation. Ces résultats sont résumés à la fin de la partie portant sur chaque modalité.

5 MODALITÉ ORGANISATIONNELLE 1 : DIRECTION

Le terme «direction» désigne ici les structures et les processus au moyen desquels les collectivités, ou les individus, participent aux décisions concernant l'organisation et la prestation des services de santé. Par conséquent, le terme a une signification plus large que l'association habituelle avec les structures de conseil. La direction peut comprendre les structures officielles tout comme le choix du patient, et toutes les formes intermédiaires.

L'un des objectifs de la réforme actuelle des soins de santé est d'accroître le rôle du consommateur dans la prise de décision en matière de santé. Cet intérêt accru pour la participation du consommateur résulte de deux nouvelles tendances. La première est la reconnaissance croissante de l'importance d'incorporer les préférences des consommateurs dans les décisions individuelles et collectives concernant l'affectation des ressources et le choix du traitement. La deuxième tendance est la volonté de rendre les prestataires plus responsables des décisions concernant l'affectation des ressources en santé.

Dans cette section, nous examinerons la documentation portant sur plusieurs questions essentielles à la participation, notamment :

- dans quelle mesure les consommateurs partagent la prise de décision avec les autres parties;
- dans quelle mesure les organisations de prestation de soins en santé communautaire doivent rendre des comptes aux collectivités;
- l'éventail ou l'étendue de décisions auxquelles participent les consommateurs;
- les besoins en information et les obstacles à l'information;
- les caractéristiques des participants communautaires efficaces;
- les méthodes de sélection.

La recherche bibliographique a révélé qu'il y avait très peu d'études comparatives empiriques cherchant à évaluer l'effet des différents modèles de direction sur les résultats. À l'exception de quelques études portant sur le choix du patient, la majorité des documents de cette section est constituée d'articles exprimant l'opinion d'experts.

5.1 Participation des citoyens à la prise de décision

Au niveau conceptuel, la signification de l'expression «participation des citoyens» n'est pas claire. Le concept est compris de façon différente selon les personnes ou les groupes. L'importance accordée actuellement à la participation des citoyens est basée sur deux hypothèses fondamentales : on suppose premièrement que les citoyens *veulent* participer et deuxièmement que cette participation *améliore* la prise de décision. Il existe peu de données appuyant clairement l'une ou l'autre de ces hypothèses (Charles et Demaio, 1993; Saltman, 1994). Comme Saltman le note, il y a eu une «tendance pour les élus et les planificateurs à surestimer la valeur des choix des élus et de la collectivité» et, ce faisant, à fondre la notion de contrôle politique officiel (élections périodiques) à celle de la participation directe des citoyens à la prise de décision aux niveaux collectif et individuel (Saltman, 1994).

On a consacré beaucoup d'attention à la direction dans la littérature sur les soins de santé au cours des trois dernières décennies sous la rubrique générale de la participation du citoyen ou du non-spécialiste. Cependant, aucun moyen systématique de mesure de la participation des citoyens n'a été appliqué avec rigueur. En dépit de cette lacune dans la documentation, plusieurs cadres d'évaluation de la participation des citoyens à la vie publique en général, et aux soins de santé en particulier, ont été élaborés (Charles et Demaio, 1993; Saltman, 1994). La discussion qui suit est basée sur ces cadres d'évaluation et sur d'autres documents.

5.2 Quelle part devrait prendre la collectivité à la prise de décision?

Une façon utile d'aborder cette dimension de la direction est de voir la contribution de la collectivité comme un éventail ou une «échelle» de participation (Charles et Demaio, 1993; Saltman, 1994). Les échelons inférieurs de l'échelle de participation comprennent les processus de nature essentiellement consultative (c.-à-d. les tables rondes, les commissions royales, les forums, les comités consultatifs). À ce niveau de participation, les individus sont invités par les décideurs à faire connaître leur opinion sans toutefois recevoir l'assurance que ces avis se traduiront par des mesures concrètes. Les échelons intermédiaires englobent les ententes gouvernementales selon lesquelles les non-spécialistes et les décideurs en poste acceptent de partager les responsabilités de la prise de décision (p. ex., les conseils mixtes de formulation de politiques et les comités de planification). À ce niveau, il y a une redistribution du pouvoir décisionnel. Enfin, au sommet de l'échelle, les non-spécialistes dominent la prise de décision. Ce niveau de participation exige un transfert du pouvoir décisionnel des décideurs classiques (prestataires, classe politique, fonctionnaires et administrateurs régionaux) aux individus (Charles et Demaio, 1993). Par conséquent, un aspect fondamental de la participation des citoyens est le partage du pouvoir (Eyles, 1993).

Selon la terminologie utilisée par Saltman pour décrire les choix des patients, les échelons inférieurs correspondent à la «voix» (forums pour la communication verbale) et les échelons supérieurs, à «la voix et au choix» (forums et «options permettant de choisir d'autres approches») (Saltman, 1994). Par exemple, un patient pourrait assister à des tables rondes provinciales, siéger comme membre de la majorité à des conseils de santé dont les membres sont élus au niveau local et choisir parmi différentes possibilités pour régler un problème de santé personnel. Dans ce cas, les patients participent à différents échelons et dans plusieurs domaines différents de prise de décision (provincial, régional et personnel). Pour Saltman, la pleine habilitation des patients exige que les gestionnaires et les médecins se départissent d'un contrôle substantiel de l'autorité budgétaire et de l'affectation des ressources. Comme l'expérience en Suède le démontre, cet objectif peut être atteint à l'intérieur de limites de dépenses préétablies aux niveaux régional, provincial et national.

Toutefois, peu importe l'expérience de la Suède rapportée par Saltman, la participation des citoyens au Canada n'a pas dépassé le niveau des échelons inférieurs (Charles et Demaio, 1993). Bien que l'Ontario ait introduit divers points de participation pour les citoyens, la participation semble s'être limitée au niveau consultatif. Ainsi, les Conseils régionaux de santé (CRS) mis en fonction en 1974 pour permettre aux conseils locaux, composés de consommateurs, de représentants municipaux et de prestataires délégués, de conseiller le Ministre, ont servi principalement de tampon politique entre le gouvernement provincial et les prestataires des régions, qu'ils travaillent en cabinet privé ou en établissement. Faute d'un mécanisme officiel de reddition de comptes au niveau local, les CRS ont également éprouvé des difficultés considérables à se constituer une base locale (Church, 1986;

Tuohy et Evans, 1986). Selon une analyse plus récente de la tendance à faire participer les consommateurs aux décisions d'intérêt public et de leur application en Ontario, «les stratégies de participation venant du gouvernement ne vont chercher que certains types d'information des consommateurs et ne remplissent pas leur promesse de démocratisation» (Aronson, 1993, p. 367). Des études effectuées aux États-Unis (Checkoway, 1982) ont indiqué la même tendance.

L'évaluation de la participation des citoyens au Québec ressemble à celle de l'Ontario. Une récente analyse indique qu'en dépit de plus de deux décennies d'efforts visant à accroître la participation dans la prise de décision en matière de santé au Québec, «la présence de citoyens aux conseils n'a pas réussi à habiliter la collectivité d'une manière qui ait un effet important sur la santé» (O'Neill, 1992, p. 291). Plusieurs autres auteurs (Eakin, 1984; Godbout, 1981; Renaud, 1987) avaient déjà exprimé une opinion similaire. Le problème est lié aux rapports de pouvoir entre les non-initiés, les administrateurs et les prestataires.

Deux exemples tirés de la documentation illustrent bien cette situation. Le premier, qui est peut-être l'exemple le plus connu des rapports de pouvoir entre les médecins et les citoyens dans les structures de direction en santé communautaire, est l'expérience des conseils de consommateurs vécue dans les cliniques de santé communautaire en Saskatchewan (Church, 1994; Young, 1975). Dans cette province, le conflit venait de la remise en question, par les administrateurs gouvernementaux et les citoyens, de l'autonomie des médecins dans la prise de décision. À la solution du conflit, le rôle des décideurs consommateurs est devenu marginal. Comme plusieurs auteurs l'ont noté, la profession médicale a tendance à résister à toute remise en question de son autonomie (Alford, 1975; Church, 1994; Naylor, 1986; Tuohy, 1976).

Le deuxième exemple est lié aux rapports entre les conseils d'administration et les conseils de bénévoles. Au Québec, les tentatives du gouvernement provincial de démocratiser les conseils d'administration des hôpitaux en permettant la constitution de nouveaux conseils plus largement représentatifs de la population se sont heurtées à l'opposition de l'élite en place du milieu des affaires et de l'administration (Akin, 1984). Les nouveaux membres de conseil, inexpérimentés, qui représentaient le personnel non professionnel ou les organismes communautaires, étaient dominés par les directeurs généraux des hôpitaux. Parallèlement, la vieille garde des conseils faisait passer le centre de décision de la salle du conseil au club de golf, ou à de petits comités dominés par ses représentants. «Les administrateurs ont signalé qu'après la réorganisation, ils ont soumis les questions au conseil à une étape plus avancée du processus décisionnel» (p. 227). Dans un contexte plus large, Carroll (1989) affirme que «selon la théorie de la gestion, ce sont les directeurs généraux (des organismes à but non lucratif) qui dirigeront en fait les organismes... «dans leur meilleur intérêt» et que les membres bénévoles du conseil seront généralement dirigés par le directeur général» (p. 352).

L'origine du problème est le déséquilibre des ressources entre les consommateurs, les prestataires et les administrateurs auquel sont confrontés les consommateurs lorsqu'ils participent à la prise de décision. Ce déséquilibre se manifeste dans deux domaines fondamentaux, les intérêts et l'information. En ce qui a trait à l'inégalité des intérêts, l'opinion générale retrouvée dans la documentation (Alford, 1975; Church, 1994; Crichton, 1976; Marmor et Morone, 1980; Trebilcock, 1978) est que, dans les situations de prise de décision où interviennent des consommateurs, des administrateurs et des prestataires, ces deux dernières catégories ont plus d'avantage à participer que les consommateurs.

Les prestataires et les administrateurs sont motivés à participer au processus décisionnel parce qu'ils ont un intérêt concentré, lié à l'emploi et au revenu. Par conséquent, les avantages de la participation l'emportent probablement sur les inconvénients. Les intérêts des consommateurs sont en général plus larges et plus diffus que ceux des administrateurs et des prestataires. Comme l'ont noté Marmor et Morone (1980), les consommateurs ont des rapports sporadiques avec le système de santé et pour des motifs particuliers. La majorité de ces expériences ont lieu au cabinet du médecin. Si ces contacts avec le système de santé sont généralement satisfaisants, il est peu probable que les consommateurs voient un avantage à participer au processus courant de prise de décision.

En effet, la plupart des citoyens ne verront pas l'avantage de participer s'il faut pour cela passer des heures innombrables à lire des documents longs et complexes, faire des choix concernant les aspects techniques ou la valeur, entrer régulièrement en conflit avec les autres intervenants et assister, tard en soirée, à des présentations suivies de votes cruciaux (Brown, 1981). Ils sont plus susceptibles de se mobiliser pour des causes distinctes comme la construction ou la fermeture d'un établissement de santé, l'ajout ou la cessation d'un programme ou encore, un comportement incorrect de la part d'un prestataire. Comme Marmor et Morone (1981) l'ont suggéré, «la politique administrative est beaucoup moins visible... moins enfermée dans des décisions claires et ponctuelles et elle est encombrée de détails techniques plutôt que de symboles qui pourraient susciter l'intérêt d'une base dispersée» (p. 129).

Quant au problème du déséquilibre de l'information (Hurley, Birch et Eyles, 1992; Marmor et Morone, 1981), il est lié à la nature technique habituelle de nombreuses décisions dans le domaine de la santé et au monopole relatif que détiennent les prestataires et les administrateurs sur cette information. Certes, ce déséquilibre est présent dans essentiellement tous les types de décision stratégique mais il est encore plus accentué lorsque des aspects techniques sont en jeu.

Selon Hurley et coll. (1992), pour que la décentralisation du processus décisionnel en matière de santé entraîne une augmentation de l'efficacité sur le plan technique et de l'affectation, les structures doivent être conçues de manière à faciliter la combinaison de deux types de connaissance, celle des experts et celle des consommateurs. La première est une connaissance empirique et technique des interventions en soins de santé ainsi que de l'organisation et du financement du système de santé. La seconde est la connaissance subjective liée aux valeurs et aux préférences individuelles et collectives. Les deux types d'information ont des limites et présentent des défis pour les décideurs, les prestataires, les administrateurs et les consommateurs. Comme l'ont indiqué Charles et Demaio (1993), «pour que la participation de non-spécialistes... soit orientée vers l'amélioration du statut de la collectivité, il deviendra de plus en plus important de fournir au public l'information technique qui facilitera la prise de décision concordant avec ces objectifs; un des problèmes stratégiques fondamentaux sera de déterminer le type d'information qui améliore la prise de décision» (p. 900).

Se basant sur son étude empirique de l'expérience des Centres locaux de services communautaires (CLSC) au Québec, Godbout (1991) a indiqué que certaines conditions devaient être réunies pour l'exercice du pouvoir dans les structures de direction en santé. Mentionnons, entre autres, des membres de conseil vraiment représentatifs de leurs commettants, la capacité de mobiliser les commettants, en particulier en milieu défavorisé, la capacité d'avoir vraiment voix au chapitre dans les affaires quotidiennes et, enfin, la reconnaissance par les administrateurs et les prestataires que le conseil a un pouvoir juridique, ce qui en principe lui donne le droit légitime d'exercer un pouvoir décisionnel.

Dans l'étude de Godbout (1981) sur la direction des CLSC au Québec, les représentants des citoyens au conseil de trois CLSC situés dans des quartiers défavorisés n'ont généralement pas été reconnus comme des représentants légitimes des intérêts des consommateurs (première condition). Dans trois autres quartiers, essentiellement des banlieues habitées par des travailleurs de la classe moyenne, les représentants des consommateurs ont réussi à faire appliquer quelques décisions importantes et à exercer un pouvoir réel. Pour compenser le manque d'affinité avec les administrateurs - problème que n'ont pas eu les représentants dans les quartiers de classe moyenne -, les citoyens des quartiers défavorisés faisant partie du conseil du CLSC devaient avoir la capacité de mobiliser leurs concitoyens. Cependant, dans les cas qui ont été étudiés, les membres du conseil étaient moins efficaces que les employés pour ce qui est de la mobilisation ou ils étaient hésitants à faire usage de cette forme de pouvoir, ne voulant pas assumer un rôle d'autorité. Dans un cas, le conseil a démissionné plutôt que d'avoir à mobiliser le quartier (deuxième condition).

La troisième condition nécessaire à l'exercice du pouvoir par les citoyens est la capacité d'avoir une autorité réelle sur les affaires courantes du CLSC. À cet égard, les relations entre les conseils de citoyens et les directeurs sont cruciales. Comme nous l'avons déjà dit, la documentation indique que les intérêts des directeurs ne correspondent pas nécessairement à ceux des membres citoyens.

La dernière condition est la reconnaissance par les autres intervenants du CLSC de la légitimité de l'autorité du conseil. Dans cinq cas sur six, les prestataires ne considéraient pas les représentants des consommateurs comme des «agents dotés d'intérêts autonomes» (p. 158). Ils les voyaient plutôt comme des défenseurs de projets particuliers et de la vision du personnel de la clinique. On leur accordait une représentation symbolique dans des comités opérationnels dominés par les prestataires. En fait, la participation des citoyens a été «absorbée» en une vision de la mission de l'organisme mue par les intérêts du personnel.

Comme Godbout, d'autres auteurs ont tenté de définir un ensemble de caractéristiques qui, selon eux, amènera une représentation plus effective des intérêts de la collectivité. Ces caractéristiques comprennent :

- une forte personnalité : orateur convaincant, politique habile, dispose d'un bon réseau de relations, comprend les intérêts de ses concitoyens et travaille à les satisfaire
- capacité à mobiliser la population au besoin
- bien informé des questions en jeu (O'Neill, 1992; Godbout, 1981; Marmor et Morone, 1980).

Pour revenir à la question soulevée dans cette section, selon la documentation, les consommateurs devraient au minimum participer à une prise de décision conjointe avec les autres intervenants. Cependant, l'expérience jusqu'ici a indiqué que, dans les cas où ceci a eu lieu dans les conseils communautaires de direction, le déséquilibre des ressources politiques et informationnelles a contribué à l'échec de la participation des citoyens sur le plan de l'habilitation. La documentation dans ce domaine consiste surtout en articles d'opinion d'experts, peu de données empiriques rigoureuses étant disponibles.

5.3 Dans quels types de décisions les patients pourraient-ils intervenir?

En dépit de l'unanimité des articles d'opinion voulant que la participation des citoyens dans les décisions en matière de santé ait jusqu'ici été faible et plutôt inefficace, quelques auteurs ont laissé entendre que les citoyens pouvaient participer utilement à certains types de décisions, et le faisaient (Deber et coll., 1994; Eyles, 1993; Saltman, 1994).

Selon Saltman, l'expérience avec l'habilitation des patients a clarifié le sens des objectifs d'un système préparé dans ce sens ainsi que le type de cadres propices à une participation accrue des citoyens. Voici, selon Saltman, les objectifs souhaitables d'une influence des patients :

- des améliorations à l'organisation, p. ex. attentes moins longues, rendez-vous à l'heure, plus d'information et participation accrue aux décisions cliniques concernant les schémas thérapeutiques;
- le choix des patients par opposition aux préférences des prestataires ou des administrateurs comme facteur décisionnel dans les affectations budgétaires à court terme;
- l'amélioration de la qualité clinique;
- le choix du patient concernant le prestataire, le lieu de prestation et le traitement;
- la reddition de comptes sur le plan politique pour les prestataires grâce à un processus d'habilitation;
- un sens accru de la responsabilité personnelle;
- la légitimation du système par l'habilitation;
- l'éducation favorisant le choix et l'autonomie sociale.

Saltman a cité plusieurs domaines où les patients avaient déjà atteint un important niveau d'habilitation dans la prise de décision, notamment le cancer du sein, la maternité, l'avortement, les médecines douces et les vidéodisques interactifs.

Par exemple, des expériences menées avec des vidéodisques interactifs au Dartmouth College ont indiqué que lorsqu'on présentait aux patients les renseignements appropriés concernant les stratégies de remplacement à l'intervention chirurgicale, les patients choisissaient parfois une approche thérapeutique beaucoup moins énergique que leur médecin. Cette initiative a l'avantage de permettre aux patients d'avoir voix au chapitre dans une importante décision touchant leur mode de vie tout en entraînant des économies pour le système (Saltman, 1994).

Deber et coll. (1994) ont également fait ressortir que les patients avaient un important rôle à jouer dans la prise de décision en matière de santé en répondant à deux questions : est-ce qu'une intervention donnée est désirée (décision éclairée) et la population devrait-elle payer? Certes, les évaluations scientifiques portant sur l'efficacité et la pertinence sont de nature technique, mais le fait de décider si on veut ou non subir un traitement ou une intervention est fondé sur les valeurs. Comme l'indiquent Deber et coll. (1994) et Wennberg (1990), au-delà des aspects techniques d'une intervention, de nombreuses décisions dans le domaine médical font intervenir des valeurs. Plusieurs autres études, traitées plus bas, appuient l'idée que les patients ont un important rôle à jouer dans la prise de décision en matière de santé.

Dans une étude prospective menée auprès de patients cancéreux dans un hôpital, des centres d'hébergement et à domicile, Townsend et coll. (1990) ont constaté que la majorité des patients préféreraient mourir dans leur foyer, même si certains mouraient à l'hôpital. Des 84 patients interrogés,

58 % désiraient mourir à la maison, 12 % à l'hôpital, 20 %, dans un centre de soins prolongés et 2 %, ailleurs. De ceux qui sont morts dans leur foyer, 94 % avaient souhaité qu'il en soit ainsi. Par contraste, 68 % de ceux qui sont morts à l'hôpital auraient préféré mourir ailleurs. Dans des circonstances plus favorables, 67 % des patients auraient préféré mourir chez eux, 16 %, à l'hôpital et 15 %, dans un centre de soins prolongés. Les auteurs ont conclu que des ressources additionnelles limitées consacrées aux soins communautaires permettraient à 50 % plus de patients de mourir dans leur foyer, ce qui était leur choix et celui de leurs soignants.

Afin de déterminer l'importance des préférences des patients, Barry et coll. (1988) ont procédé à une analyse des décisions de patients; il s'agissait de comparer, dans de petites zones géographiques, les résultats prévus d'une prostatectomie transurétrale à ceux d'une période de surveillance attentive. Les résultats ont indiqué qu'il y avait un compromis à faire entre la durée et la qualité de vie dans ce choix. Par conséquent, dans un cas semblable, la préférence du patient devrait être le facteur déterminant.

Fowler et coll. (1988) ont entrepris une étude descriptive à l'aide d'entrevues pour déterminer les probabilités de soulagement des symptômes, d'amélioration de la qualité de vie et de complications après une intervention chirurgicale. Les inquiétudes des patients concernant les symptômes ont également été évaluées. Les résultats ont révélé que des patients manifestant des symptômes similaires montraient des différences considérables quant à leur réaction à ces symptômes. Étant donné cette variation, les auteurs ont conclu que la participation du patient dans les décisions liées au traitement est importante.

Selon une étude descriptive portant sur les options thérapeutiques en cas d'obstruction bénigne des voies urinaires (Wennberg et coll., 1988), les sources cliniques de variation des taux de prostatectomie semblent être dues à trois tendances : un manque d'information concernant les risques et les avantages de cette intervention, la conviction non fondée qu'elle prolonge la vie et le fait de ne pas baser la décision sur les préférences du patient. Les auteurs ont recommandé, compte tenu des résultats des autres évaluations, dont celle de Fowler et coll. (1988), de mettre au point des façons de transmettre objectivement l'information au patient sur les options thérapeutiques concernant l'hypertrophie de la prostate. Ils suggèrent entre autres des présentations sur vidéodisque relié à un ordinateur et des enregistrements d'entrevues avec d'autres patients.

5.4 De quelle façon l'organisation ou le programme doit-il rendre des comptes à la collectivité?

La question de savoir si les organisations doivent rendre des comptes et à qui elles doivent le faire est au centre des discussions sur la participation des citoyens. Définie simplement, la reddition de comptes veut dire devoir répondre de ses actes. Dans le contexte du «modèle de Westminster» de démocratie parlementaire employé au Canada, le ministre responsable d'un ministère ou d'une sphère d'action donnée doit répondre à la législature élue par voie démocratique de toutes les actions réalisées par les représentants de la Couronne (gouvernement comme représentant de la Reine). Ceci veut dire que le ministre doit répondre de toutes les dépenses faites à même les fonds publics dans le cadre d'arrangements contractuels avec des organismes non gouvernementaux qui fournissent des services au nom du gouvernement. Étant donné que les soins de santé sont de par la constitution du ressort des provinces, les organisations de prestation de soins de santé communautaires, qui fonctionnent sous contrat avec le gouvernement provincial, se rangeraient donc dans cette catégorie. Comme le texte qui suit le clarifiera, ce rapport de responsabilité entre

le ministre et les organisations de prestation de services de santé communautaires est relativement faible. Cependant, les conseils communautaires de direction doivent tôt ou tard rendre des comptes au ministre provincial de la Santé.

Comme c'était le cas pour la participation des citoyens, l'emploi d'une typologie aide à comprendre la reddition de comptes. Selon Carroll (1989), la reddition de comptes peut se classer en quatre types distincts : bureaucratique, juridique, professionnelle et institutionnelle. Ces différentes formes sont dotées d'une capacité liée à la pré-vérification (prévenir les erreurs) ou d'une capacité liée à la post-vérification (détecter les erreurs après coup), ou les deux. La pertinence de ces deux formes de capacité repose sur l'hypothèse qu'il est mieux de détecter les erreurs avant qu'elles ne surviennent (c.-à-d. avant que l'argent ne soit dépensé, que l'édifice ne soit construit) qu'après. Chacune de ces formes est décrite plus bas.

La reddition de comptes bureaucratique utilise une approche de commandement et de contrôle hiérarchique axée sur le processus, réglementée et normalisée. La continuité de la supervision du subalterne par son supérieur porte sur la détection et la correction des erreurs. Cette forme de reddition de comptes est dotée de la capacité de pré-vérification la plus fiable. La plupart des organisations communautaires fonctionnent de façon indépendante du gouvernement et ne sont par conséquent pas visées par ce type de reddition de comptes.

La reddition de comptes professionnelle place la maîtrise de l'organisation entre les mains d'employés experts. Cette forme de reddition de comptes est fondée sur le respect accordé aux experts de l'organisation qui sont eux-mêmes soumis à des normes professionnelles. En ce cas, la capacité liée à la pré-vérification est faible. La capacité de post-vérification est sujette à l'interprétation des normes professionnelles.

La reddition de comptes juridique se fonde sur le rapport financier entre l'organisme de réglementation et les personnes qui sont régies par cet organisme. Cette reddition de comptes présente un certain degré de contrôle de post-vérification mais pas de contrôle de pré-vérification inhérent. La prévention des erreurs dépend de la conformité aux règlements et de la sévérité des sanctions en cas de non-conformité. La plupart des organisations communautaires de prestation de soins fournissent leurs services à contrat pour le gouvernement. Par conséquent, elles sont directement visées par ce type de reddition de comptes.

Enfin, la reddition de comptes institutionnelle (politique) décrit la relation entre l'organisation et les commettants externes et se caractérise par la réceptivité. Les deux types de capacité, de pré-vérification et de post-vérification, sont faibles. Cette catégorie s'applique aux situations où les membres sont élus ou nommés par un ensemble de commettants. Certains observateurs soutiendront que toute organisation financée par le gouvernement est politiquement tenue de répondre de ses actions par l'intermédiaire du ministre responsable.

La plus grande partie de la discussion porte sur la reddition de comptes institutionnelle mais les répercussions liés aux autres formes de responsabilité sont abordées auparavant à l'aide de deux exemples. Le premier est le Programme des organisations de services de santé en Ontario. Le second porte sur la tendance qu'avaient les hôpitaux dans le passé à encourir des pertes budgétaires comme tactique de négociation.

Dans le premier exemple, l'Ontario a commencé à mettre sur pied les Centres de santé communautaires dans les années 70 afin de répondre aux besoins et de contenir les coûts du système de santé. À la même époque, la province a commencé à financer les Organisations de services de

santé (OSS), essentiellement des regroupements fonctionnant par capitation et sous le contrôle de médecins. Dans le cas des OSS, le gouvernement a mis en oeuvre le Programme d'encouragement aux traitements ambulatoires pour apporter des fonds additionnels aux organisations dont les patients se situaient sous la moyenne régionale en ce qui a trait à l'utilisation des services hospitaliers. Ces fonds étaient destinés à permettre aux organisations d'offrir plus que les services médicaux de base et de recruter le personnel nécessaire. Cependant, l'examen du programme après environ une décennie d'existence a révélé que les fonds d'encouragement étaient en réalité utilisés par les médecins pour accroître leur propre revenu, certaines de ces augmentations allant jusqu'à 34 pour cent (ministère de la Santé de l'Ontario, 1991). L'application de la typologie de la reddition de comptes ici indique que le rapport de responsabilité entre le gouvernement et les OSS était faible, caractérisé par une capacité de post-vérification seulement, ou encore que la mise en application ou les sanctions n'étaient pas assez strictes.

Dans le deuxième exemple, aux efforts déployés pour restreindre les coûts hospitaliers en Ontario au cours des années 70 par des compressions budgétaires, les hôpitaux ont répliqué en dépassant leurs prévisions budgétaires puis en négociant l'octroi de fonds supplémentaires pour couvrir leur déficit (Murray et coll., 1984). Ici, l'application de la typologie indique qu'avec le temps, la conformité aux exigences du rapport de reddition de comptes juridique a diminué et a même profité de la reddition de comptes institutionnelle des élus provinciaux vis-à-vis de leurs électeurs. La reddition de comptes juridique n'a été appliquée qu'au milieu des années 80 lorsque la province a décidé de ne plus financer le déficit des hôpitaux.

Dans les régimes démocratiques, la forme la plus reconnue de reddition de comptes est celle des élus vis-à-vis de l'électorat (institutionnelle-politique). Il s'agit également du mécanisme le plus couramment employé bien qu'il comporte des défauts importants. Selon Marmor et Morone (1980), les mécanismes que l'on croit souvent synonymes de reddition de comptes, notamment l'accès aux procès-verbaux des réunions du conseil ou de rencontres ouvertes et publicisées, ont peu d'incidence sur l'exercice de cette responsabilité. Une forme quelconque de mécanisme officiel est nécessaire pour garantir que les décideurs sont responsables face à leurs commettants.

L'une des critiques (Charles et Demaio, 1993) du système de santé actuel tient au peu d'obligation de rendre des comptes pour ceux qui prennent les décisions sur l'affectation des ressources. Une «solution» populaire à ce problème est de décentraliser la prise de décision pour l'amener à des structures plus proches de la collectivité. Encore une fois, cette solution est fondée sur l'hypothèse que les décideurs locaux seront plus responsables vis-à-vis de la collectivité que les décideurs du palier provincial.

Essentiellement, ce raisonnement suppose que le remplacement de la reddition de comptes institutionnelle-politique d'un palier de direction par un autre type à un autre palier améliorera la responsabilisation. Cependant, le type de rapport de reddition de comptes et ses caractéristiques inhérentes demeurent essentiellement inchangées. Le raisonnement suppose également que les décisions concernant l'affectation des ressources seraient meilleures au palier local. Ces hypothèses ne se vérifient pas nécessairement (Newton, 1978; Sharp, 1970; Tidal et Tindal, 1990).

Si on devait appliquer la prise de décision au niveau local, la question est de savoir qui devrait participer. Cette question porte sur des aspects fondamentaux tels que les personnes qu'il faut choisir, les critères de sélection et les objectifs qui devront guider leur action (Marmor et Morone, 1980).

Comme Eyles (1993) l'a noté, il existe quatre formes distinctes de représentation : politique officielle, attributive, descriptive et indépendante (voir également Marmor et Morone, 1980). La représentation politique officielle désigne les élus politiques qui détiennent un pouvoir décisionnel confié par leurs électeurs. Dans la représentation attributive, se manifestant en général par la défense des intérêts, un groupe délègue un pouvoir décisionnel à un individu en raison de sa position sociale ou de ses connaissances. Par exemple, au cours des années 60, la défense de la protection des quartiers était un phénomène courant en urbanisme. La représentation descriptive assigne le pouvoir décisionnel à une personne parce qu'elle possède les caractéristiques d'un groupe plus large. Enfin, dans la représentation indépendante, une personne est choisie en raison de ses intérêts personnels ou professionnels concernant une question particulière et de son engagement à représenter les intérêts d'un groupe.

La représentation descriptive est devenue un moyen populaire d'aborder le problème de la représentation équitable des minorités visibles, l'hypothèse ici étant que l'apparence extérieure est un indicateur des préférences générales (stéréotypes). Si c'est là le critère de sélection des représentants, la question de savoir quels intérêts devraient être représentés est un problème tout aussi épineux. L'accent devrait-il être mis sur le statut social, l'origine ethnique, l'âge, le sexe ou la maladie?

Par le passé, les médecins étaient considérés comme des représentants indépendants de leurs patients, leur rôle étant perçu comme un rôle de protecteur. L'élargissement du concept de santé a remis en question ce rôle (Eyles, 1993).

Le choix d'un mécanisme de nomination adéquat constitue une autre dimension de la représentation. Marmor et Morone (1980) voyaient la représentation politique officielle comme essentielle à la garantie d'une forme quelconque de reddition de comptes. Toutefois, ils remarquent également «qu'il ne s'agit pas simplement de tenir des élections, encore faut-il offrir des «options sérieuses» (p. 137). Pour eux, une question importante est de savoir s'il faut choisir les représentants au moyen d'élections générales, de groupes organisés, d'élus ou par auto-sélection. Bien qu'on ait souvent recours à des élections générales, elles ne constituent peut-être pas le meilleur moyen d'assurer la reddition de comptes. Comme l'a démontré l'expérience des Health Services Agencies aux États-Unis, le processus d'élections générales peut entraîner une concurrence destructive entre les consommateurs et les prestataires (Checkoway et Doyle, 1980; Checkoway, 1982). Une autre difficulté mieux connue associée au processus électoral est qu'il y a généralement une sur-représentation des participants scolarisés de la classe moyenne au détriment des autres groupes (Eyles, 1993).

Étant donné les difficultés énoncées plus haut, et après l'observation du processus aux États-Unis, Marmor et Morone (1980) ont proposé que les représentants devant siéger aux conseils de santé communautaire soient choisis à même les organismes ou groupes de santé communautaire existants. Le lien entre ces organisations et leur base assez homogène de commettants a entraîné une plus grande participation que la sélection de candidats au moyen d'élections générales par un «électorat» plus hétérogène. À la même époque, cette approche a été adoptée par le Gouvernement du Québec dans la réforme de son système régional de santé (Alberta Health, 1993).

Pour revenir brièvement à la question, les modèles de prestation de soins de santé communautaires sont généralement tenus de rendre des comptes en vertu du rapport juridique avec le ministère ou le conseil de direction élu au niveau local. Selon la documentation, ces deux formes de reddition de

comptes sont relativement faibles dans les faits. Cependant, cette observation se fonde principalement sur des opinions d'experts plutôt que sur des études empiriques.

5.5 Quel champ de responsabilité la collectivité désire-t-elle quant à la prise de décision?

Comme nous l'avons dit au début de cette section, l'une des hypothèses sous-jacentes dans les discussions sur la direction des consommateurs est que les collectivités veulent participer à la prise de décision. Au-delà de cette expression simpliste de la valeur démocratique, selon laquelle cette participation est souhaitable, peu d'études ont été effectuées sur les types de décisions de gestion et de planification auxquelles les consommateurs pourraient participer.

Une exception dans le domaine de la santé est une étude récente (Abelson et coll., 1994) où un exercice de vote et de délibérations a été mené en Ontario avec cinq groupes potentiels de décideurs en santé, dont des consommateurs choisis au hasard, des assistants aux assemblées municipales, des personnes siégeant aux Conseils régionaux de santé (CRS), des élus et d'autres experts locaux. Dans une série de rencontres de groupes de discussion de deux heures, les participants se sont montrés plus réticents à assumer les responsabilités de prise de décision et plus enclins à s'en remettre aux décideurs classiques comme les gouvernements provinciaux. Parmi les participants des CRS, moins de 30 pour cent étaient en faveur de responsabilités accrues.

Dans une enquête descriptive antérieure (Pinto et coll., 1979) comparant les attitudes et les valeurs des membres des conseils et du personnel de gestion de quatre Centres communautaires de santé mentale et d'une clinique de santé mentale, les chercheurs ont découvert que les membres du conseil croyaient fermement que les citoyens n'avaient pas une meilleure appréciation des besoins et des problèmes en santé mentale dans leur collectivité que les professionnels de la santé. Par conséquent, le conseil a préféré assumer un rôle consultatif dans la prise de décision. En ce qui a trait au type de personnes les plus appropriées pour faire partie du conseil, le conseil et le personnel de gestion ont placé au bas de la liste les consommateurs de services, actuels ou éventuels. Considérant cette opinion, les auteurs ont mis en doute la capacité des Centres de sensibiliser davantage les citoyens.

Pour répondre à la question en rubrique, les deux études comprises dans cette revue de la documentation semblent indiquer que les citoyens préfèrent ne pas assumer de responsabilités majeures dans la prise de décision.

5.6 Résumé et considérations générales : Direction

La discussion de la modalité de direction des modèles de prestation de soins communautaires englobe deux blocs de documentation qui se chevauchent : la participation des citoyens/consommateurs et le choix des patients.

La documentation sur la participation des citoyens ne rapporte pas de données empiriques montrant que les conseils de direction constituent un mécanisme efficace pour habiliter les citoyens par rapport aux autres intervenants ou pour obliger les décideurs à rendre des comptes à la collectivité. Certains auteurs pensent que les administrateurs locaux peuvent aider les consommateurs à rétrécir le fossé des connaissances qui les sépare des prestataires mais la documentation porte à croire que les administrateurs ne seront probablement pas motivés à le faire.

L'expérience a semblé indiquer que les administrateurs, autant que les prestataires et les consommateurs, étaient intéressés à consolider leur propre base politique. La solution pour faire monter les consommateurs des échelons inférieurs aux échelons supérieurs de l'échelle de participation se trouve peut-être à l'extérieur de la salle du conseil ou encore, la salle du conseil peut ne constituer qu'un des endroits où se fait l'habilitation des citoyens. Un autre centre de décision, tout aussi important, peut être la rencontre entre le consommateur de services et le prestataire.

La documentation sur les choix des patients a indiqué que les citoyens pouvaient jouer un rôle important dans la prise de décision en matière de santé, et le faisaient parfois, malgré que la participation des citoyens ait été décevante jusqu'ici selon l'avis général. De nouvelles approches à la prise de décision dans les soins de santé reliant les préférences du patient (par opposition aux préférences des prestataires ou des administrateurs) à des considérations d'ordre budgétaire sont essentielles à toute stratégie d'habilitation. Selon les données recueillies, un résultat éventuel est une plus grande rentabilité. Les études comprises dans cette revue de la documentation ont indiqué que les patients avaient un important rôle à jouer dans les décisions faisant intervenir des choix de valeurs entre des options concurrentes. Les faits semblaient indiquer que lorsqu'ils étaient bien informés des options thérapeutiques d'affections aiguës, les patients étaient enclins à choisir les interventions moins intensives et moins coûteuses.

La question de reddition de comptes est complexe et la documentation ne propose aucune solution claire. Les articles examinés ont indiqué que les moyens classiques de garantir la reddition de comptes et l'accroissement du contrôle des modèles de prestation de soins communautaires ne semblent pas avoir été très efficaces.

Sur la préférence de la collectivité à participer à la prise de décision, la documentation est particulièrement peu abondante. Cependant, elle semble indiquer qu'on devrait accorder plus d'attention aux préférences des consommateurs pour ce qui est des décisions en matière de santé.

Étant donné le peu de données empiriques sur ce qui pourrait constituer les *meilleures* structures de direction pour les modèles de prestation de soins communautaires, les décideurs doivent d'abord considérer leurs objectifs et ensuite concevoir des structures de direction qui les aideront à atteindre ces objectifs. Les questions qui suivent peuvent s'avérer utiles tant pour l'élaboration des politiques appropriées que pour l'évaluation des résultats.

Qu'entendons-nous par direction assurée par la collectivité et participation des citoyens?

Quels sont les objectifs recherchés par l'inclusion de citoyens dans la prise de décision en santé communautaire?

Qu'attendons-nous des représentants communautaires?

Quelles qualités et compétences ces représentants devraient-ils posséder?

Quels structures, processus, ressources sont nécessaires pour atteindre les objectifs déclarés de la participation populaire?

Ces ressources sont-elles disponibles et qui les fournira?

Y a-t-il un engagement de principe suffisant de la part de tous les intervenants, que ce soit les gouvernements, les prestataires, les administrateurs et les consommateurs, en faveur de l'habilitation de la collectivité?

Comment les structures communautaires de direction peuvent-elles être vraiment tenues de rendre des comptes à la collectivité et aux clients qu'elles servent?

Quels critères et quels mécanismes de nomination aux conseils communautaires sont le plus aptes à assurer une représentation complète mais efficace des intérêts de la collectivité et des clients?

6 MODALITÉ 2 : APPROCHES DE PRESTATION DE SERVICES

L'amélioration de la capacité des prestataires de services de répondre aux besoins d'une manière efficace et efficiente constitue un aspect important des réformes actuelles des systèmes de santé. On considère que les services fournis dans un cadre non institutionnel fournissent un moyen adéquat de diminuer les coûts des services et sont plus adaptés aux besoins de la collectivité. Les questions spécifiques aux approches de prestation de services en milieu communautaire comprennent :

- l'étendue et l'intégration des services
- la composition de l'éventail de services (préventifs/curatifs/sociaux)
- l'efficacité de la prestation des services
- l'efficacité de la prestation des services

Dans cette section, nous passerons en revue les principales observations tirées de revues de la documentation et d'études d'orientation portant sur des modèles organisationnels communautaires bien établis comme les centres de santé communautaires. Nous nous pencherons ensuite sur les études qui ont tenté de déterminer si une autre organisation «offrait un moyen moins coûteux de fournir des services de niveau au moins équivalent à ce qui est actuellement disponible» (Crichton et coll., 1991, p. 334). Certaines études ont aussi porté sur d'autres résultats tels que l'intégration des modalités de services et sa relation avec les résultats d'optimisation des ressources et de qualité des soins. Comme la plus grande partie de la documentation faisant l'objet de cette revue est structurée en fonction de la forme d'organisation (p. ex. centre de santé communautaire) ou du type de service offert (p. ex. soins prolongés), par opposition aux résultats prévus ou documentés, la présentation pour cette section suivra ce schéma d'organisation.

6.1 L'approche de continuum intégré des soins est-elle moins coûteuse et plus efficace que d'autres approches de prestation?

Cette question comporte plusieurs dimensions importantes : Les services représentent-ils un large continuum des soins (santé/services sociaux; soins de courte durée, promotion, prévention, réadaptation et soins prolongés)? Y a-t-il continuité des soins chez les personnes avec le temps? Y a-t-il une variété de disciplines qui interviennent dans la prestation des services? Dans quelle mesure différentes disciplines, internes et externes par rapport au système de santé, intègrent-elles et coordonnent-elles leurs efforts?

Jusqu'à récemment, la recherche sur les modèles organisationnels de prestation de soins communautaires portait surtout sur les économies potentielles. Souvent appelées études «de rentabilité», ces études sont limitées parce qu'elles ont habituellement porté sur le coût sans tenir compte des résultats liés à l'amélioration de l'état de santé (ARA, 1992; Crichton et coll., 1991). Dans cette rubrique, la documentation sera examinée en regard d'un certain nombre de modèles organisationnels différents, l'accent étant mis sur la modalité de prestation de services.

6.1.1 Centres de santé communautaires (Centres de santé communautaires, Centres locaux de services communautaires, Centres de santé de quartier et Health Maintenance Organisations (Organisations de soins de santé intégrés parrainées par la collectivité))

Au cours de la dernière décennie, plusieurs revues de la documentation ont examiné les modèles bien établis de prestation de soins communautaires (Abelson et Hutchison, 1994; Angus et Manga, 1990; le Groupe conseil ARA, 1992; Birch et coll., 1990; Crichton, 1994; Crichton et coll., 1991). Les principales observations de ces études sont présentées ci-dessous.

Dans leur revue de la documentation internationale sur les modèles de soins primaires (axés sur les infirmières, axés sur les médecins et axés sur la collaboration), Abelson et Hutchison (1994) ont conclu qu'il ne semblait y avoir aucun modèle de prestation supérieur fondé sur la qualité des soins ou l'utilisation efficiente des ressources. Les indications sur les centres de santé communautaires et sur la réduction des taux d'admission à l'hôpital et des coûts globaux comparativement à un cadre de rémunération à l'acte étaient faibles. Par contre, les données indiquant que, pour certaines interventions, les CLSC au Québec offraient une meilleure qualité de soins que la rémunération à l'acte étaient plus solides. La capacité de généraliser cette affirmation était limitée en raison de l'éventail étroit d'interventions examinées.

Selon Crichton (1994), dans sa revue des observations de Crichton et coll. (1991), les auteurs s'étaient demandé si la mise au point d'autres modèles communautaires de prestation avait fondamentalement modifié l'organisation de la pratique médicale ou la configuration de la prestation de services.

La revue de Birch et coll. (1990) portait sur les résultats des études du rendement clinique et économique des Organisations de services de santé (OSS) en Ontario. Cette revue englobait également la documentation sur les Health Maintenance Organisations (HMO) des États-Unis et sur la comparaison entre les OSS et les Centres de santé communautaires (CSC) au Canada. Dans leur analyse politique, Angus et Manga (1990) ont discuté de la perception actuelle des avantages du modèle de CSC (dans un sens général) et ont tenté de comparer ce modèle à d'autres types de modèles de prestation, y compris le modèle de rémunération à l'acte, quant à leurs avantages respectifs. Le Groupe conseil ARA (1992) a évalué le programme des CSC en Ontario, ainsi que la documentation à ce sujet. Collectivement, ces trois revues relèvent des éléments qui reviennent souvent lorsqu'on compare les OSS, les HMO et les CSC aux modèles fondés sur la rémunération à l'acte; en voici la liste :

- taux d'utilisation des services hospitaliers plus faibles
- utilisations comparables des soins ambulatoires
- plus gros volumes de patients pour les médecins
- emploi de plus de personnel de soutien
- meilleure qualité des soins
- structures qui favorisent davantage les services préventifs
- médecins qui croient que leur mode de rémunération favorise la prestation de services préventifs
- patients moins satisfaits des soins reçus.

À l'issue de leur analyse, Birch et coll. (1990) ont conclu qu'à l'exception de l'utilisation des services hospitaliers et de la substitution des catégories de personnel, le niveau de confiance à l'égard des autres affirmations est faible et qu'il s'en faudrait de peu pour que ces conclusions soient modifiées par de nouvelles données de recherche. Selon les auteurs, aucune des affirmations répandues concernant les OSS n'est appuyée dans la documentation par un grand nombre d'études empiriques rigoureuses. Les résultats de ces études sont traités également dans la section sur le financement, étant donné que plusieurs d'entre eux portent sur le mode de rémunération.

Selon une évaluation descriptive de la prestation de soins de santé dans les quartiers du centre-ville de cinq grandes villes américaines, malgré le fait que les centres de quartier fournissent des soins à un coût moins élevé que les autres établissements publics, ils demeurent dépendants de financement externe (Ginzberg et Ostow, 1985). D'après les résultats de deux enquêtes portant sur des centres de santé de quartier aux États-Unis, Freeman et coll. (1982) ont tiré les conclusions suivantes :

les centres de santé de quartier ont permis à des populations à faible revenu et à des minorités d'avoir accès à des services ambulatoires, à un coût équivalent à celui de services fournis par des médecins en cabinet privé

les centres de santé de quartier ont réduit l'utilisation des cliniques hospitalières de soins ambulatoires et des services d'urgence, ce qui peut produire des économies appréciables

chez les patients de ces centres, le taux d'utilisation des services hospitaliers est notablement plus faible comparativement à celui de patients qui fréquentent les cliniques externes des hôpitaux.

Dans une revue de la documentation évaluant les centres de santé de quartier aux États-Unis, Seacat et coll. (1977) ont conclu que les centres avaient en général réussi à «fournir de bons soins complets, y compris des services de prévention et de surveillance de la santé au moyen d'une approche de travail en équipe...à un coût raisonnable» (p. 168).

Une étude transversale, de faible puissance, des soins de santé pour adolescents fournis dans une clinique scolaire et une clinique hospitalière ont signalé une variation des caractéristiques d'utilisation et d'accessibilité. La clinique scolaire recevaient plus de demandes pour des services de counseling et de maintien de la santé tandis que la clinique hospitalière recevaient plus de patients souffrant d'affections aiguës ou chroniques. La clinique scolaire semblait permettre un accès plus facile aux soins de santé, en particulier pour les visites confidentielles portant sur des sujets délicats (McHarney-Brown et Kaufman, 1991).

6.1.2 Soins prolongés

Angus et coll. (1994) ont noté que la définition de «soins prolongés» variait mais comportait deux éléments constants : des soins continus assurés pendant une longue période de temps et l'intégration des soins de diverses composantes de services. Les soins prolongés sont destinés à des clientèles très variées, dont les personnes âgées, les personnes souffrant d'incapacités physiques, les enfants souffrant de perturbations émotives, les personnes ayant des problèmes d'alcool ou de drogue, les itinérants et les familles en crise. Dans sa revue descriptive des soins prolongés au Canada, Hollander (1994) a défini cette catégorie de soins comme un système complexe de prestation de services, un certain nombre de composantes étant intégrées dans un continuum de soins, y compris les soins

prolongés, le soutien à domicile et les soins à domicile. Il a établi une liste de services constituant les «composantes fondamentales des soins prolongés» :

services communautaires - services de repas à domicile, services d'aides à domicile, soins infirmiers à domicile, physiothérapie et ergothérapie communautaires, centres de jour pour adultes et foyers collectifs

services d'hébergement - établissements de soins de longue durée, unités ou hôpitaux de soins chroniques, centres d'évaluation et de traitement et hôpitaux de jour

autres services optionnels - équipement et fournitures, services de transport, groupes de soutien, soutien en situation de crise, compétences pratiques et sociales de vie autonome, services de relève, soins palliatifs, organismes de bénévoles et habitations collectives

Dans son analyse des divers systèmes de soins prolongés au Canada, Hollander (1994) a proposé les caractéristiques idéales suivantes pour les soins prolongés communautaires :

guichet unique - dépistage continu pour assurer la prestation de services coordonnés adéquats basés sur les besoins individuels

évaluation et placement - pour renforcer l'application du guichet unique

prise en charge coordonnée - contrôle régulier pour s'assurer que l'état des patients ne se détériore pas au point où ils auront besoin de services plus coûteux

administration unique - pour encourager l'intégration du financement, de la planification et de la prestation des services

cohérence dans la classification du niveau de soins - pour permettre que soit évaluée la maladie du patient

Les études passées en revue dans cette section comparent les services à l'intention des personnes âgées, des enfants et des personnes souffrant d'un cancer en phase terminale, tous des groupes qui pourraient faire partie des bénéficiaires de soins prolongés selon la définition de Hollander. Nous examinerons d'abord les revues majeures portant sur les soins prolongés au Canada et aux États-Unis. Nous verrons ensuite quelques autres études comparatives.

Personnes âgées

Plusieurs revues et études d'orientation majeures des coûts et des effets des soins prolongés pour les personnes âgées ont déjà été réalisées (Crichton et coll., 1991; Hollander, 1994; Weissert et coll., 1988; Kemper et coll., 1987). Les observations de ces études et d'autres études individuelles sont rapportées ci-dessous.

Selon Crichton et coll. (1991), les études de rentabilité comparant les services communautaires aux soins en établissement pour les personnes âgées ont donné des résultats contradictoires. Ceci se manifeste dans le débat continu entourant la rentabilité des soins communautaires et des soins à domicile pour les personnes âgées dont nous parlerons maintenant.

Pour tenter d'en arriver à une conclusion globale sur les coûts et les effets des soins à domicile et des soins communautaires pour les personnes âgées, Weissert, Cready et Pawelek (1988), à l'aide d'une étude descriptive, ont examiné 27 études «rigoureuses et généralisables» portant sur les soins à domicile aux États-Unis, choisies à partir de 700 articles potentiels. Ces 27 études satisfaisaient aux cinq critères suivants : 1) examen des effets de l'offre de services communautaires et à domicile comparativement à des services existants de soins prolongés (dont certains comportaient une composante communautaire ou à domicile); 2) plan de recherche comprenant un groupe traité et un groupe témoin; 3) au moins 50 personnes dans chaque groupe d'étude; 4) les personnes comme unités d'analyse primaires; 5) clientèle âgée.

Les auteurs ont conclu que «les soins à domicile et les soins communautaires comme ils ont été pratiqués au cours des 30 dernières années, n'avaient généralement pas entraîné d'économies selon la plupart des études». Selon les auteurs, le potentiel d'économies pourrait être favorisé par les actions suivantes :

établir un lien entre les programmes de soins à domicile et de soins communautaires et des programmes de dépistage avant l'admission dans des centres d'hébergement

utiliser des modèles à multiples variables pour estimer le risque d'institutionnalisation des patients

procéder à la modélisation des économies potentielles basée sur les soins en établissement et considérer les valeurs obtenues dans l'établissement de limites de dépenses pour les soins à domicile, pour un patient ou un ensemble de cas

spécifier soigneusement les différents avantages prévus pour divers sous-groupes de patients et la considération de ces différents résultats dans la planification des soins et les décisions concernant l'utilisation

consacrer des efforts à réduire les coûts des traitements, peut-être par une meilleure planification pour éviter la capacité excessive et par le contrôle de l'utilisation, en particulier en ce qui concerne le volume total et la durée des soins

accorder plus d'attention au contrôle de l'utilisation et des coûts des cas extrêmes

éviter les décisions thérapeutiques qui accroissent l'utilisation de l'hôpital à moins que le patient n'en retire un avantage évident

procéder à d'autres études sur les habitations collectives comme cadre efficace de prestation de services à domicile et de services communautaires.

Quant à l'effet sur l'état de santé et le bien-être, les auteurs ont conclu que :

les soins communautaires peuvent parfois influencer de façon positive sur la survie et les fonctions mentales, mais pas beaucoup - les preuves sont ténues

l'augmentation de la satisfaction chez les soignants et les patients semble être un avantage relativement constant

on répondra peut-être mieux aux besoins des patients, qui auront plus d'interactions sociales - les preuves sont basées sur peu d'études et sur des échantillons de faible taille.

Dans l'ensemble, les auteurs ont laissé entendre que les décideurs devraient «abandonner leurs espoirs d'économies» et poursuivre plutôt d'autres résultats avec la prestation de soins communautaires. Ils notent en particulier des résultats positifs récents dans les domaines de la satisfaction des patients et de la satisfaction des prestataires, quoique «l'avantage soit peu marqué et que la persistance de cet effet au-delà de quelques mois soit douteuse».

En plus des conclusions énoncées plus haut, les auteurs ont proposé les orientations suivantes :

accent accru mis sur la production et la mesure des avantages relatifs à la satisfaction des soignants et des patients et diminution des attentes des décideurs à l'égard de ces avantages, de sorte que les résultats qualitatifs deviennent plus acceptables

mise au point, mise à l'épreuve et adoption de méthodes budgétaires prospectives tenant compte des avantages sur le plan social des soins à domicile et des soins communautaires

méthodes améliorées pour mesurer la volonté de la société de payer pour des résultats autres qu'économiques chez le patient et le soignant.

Ces résultats sont appuyés par une revue descriptive antérieure des soins communautaires et des soins à domicile menée par Kemper, Applebaum et Harrigan (1987). En analysant 16 projets pilotes sur les soins communautaires intégrés destinés à des populations de personnes âgées souffrant de déficits aux États-Unis, les chercheurs ont conclu que «l'élargissement des soins communautaires financés par le secteur public ne réduit pas les coûts totaux et risque plutôt de les augmenter - au moins avec le système actuel de soins prolongés» (p. 96). Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, en dépit des coûts accrus, les projets étudiés ont révélé des augmentations de la qualité de vie des patients ayant reçu les services. Les auteurs ont conclu que l'expansion des soins communautaires devrait être justifiée par les avantages que ces soins procurent aux personnes âgées souffrant d'incapacités et à leurs soignants plutôt que par les économies de coûts.

Dans une revue de la recherche sur les soins prolongés à domicile ou en cadre communautaire, Weissert (1985) a cerné sept raisons pour lesquelles il était difficile de rendre ce type de soins rentable :

le fait que les soins à domicile et les soins communautaires n'arrivent pas à diminuer l'institutionnalisation parce qu'ils sont considérés comme un ajout aux soins existants plutôt qu'un substitut

même la petite proportion d'utilisateurs de soins communautaires qui seront susceptibles d'être placés en établissement le seront peut-être pour de courtes périodes, pas assez longues pour produire des économies majeures

l'ampleur de l'effet des soins communautaires sur les taux d'institutionnalisation a été en général trop faible pour compenser les coûts des soins communautaires

les patients à haut risque d'institutionnalisation sont difficiles à trouver dans la collectivité

les coûts de dépistage et d'évaluation sont élevés

la capacité de produire un changement appréciable de l'état de santé est limitée.

Hollander (1994) n'était pas d'avis que les données recueillies aux États-Unis étaient applicables au Canada. Bien que les résultats présentés dans son étude aient été approximatifs, il a soutenu que les services communautaires devaient être rentables dans un système coordonné de prestation. Hollander a indiqué que le système de soins prolongés en Colombie-Britannique en était un exemple typique parce qu'il comportait les caractéristiques idéales décrites plus haut.

En appliquant les critères de Weissert au système de soins prolongés de la Colombie-Britannique, Hollander a noté que contrairement aux premier et troisième points - les soins communautaires sont des ajouts et les soins communautaires n'ont pas réduit les taux d'utilisation - la philosophie de cette province a consisté à offrir un placement en centre d'hébergement lorsqu'un client ne pouvait pas être traité dans la collectivité. La stratégie proactive consistant à diminuer l'utilisation des lits en diminuant l'augmentation du nombre de lits et la substitution des soins communautaires a entraîné une baisse de 71,6 lits/1000 habitants en 1983 à 57 lits/1000 habitants et une augmentation correspondante des clients du secteur communautaire. Il a attribué cette réussite à une stratégie faisant intervenir le guichet unique, l'évaluation et la prise en charge et le contrôle des listes d'attente.

Toutefois, Hollander était d'accord avec Weissert sur le fait qu'il existe peu de preuves d'une amélioration appréciable de l'état de santé. Il a attribué ce résultat au fait que les soins prolongés sont un système de soins plutôt qu'un système curatif. Pour cette raison, de bons soins ainsi qu'une diminution du taux de détérioration constituent des buts légitimes. La mesure de la rentabilité demeurera un problème dans le contexte canadien jusqu'à ce que les décideurs majeurs définissent les composantes de base du système de soins prolongés et élaborent des mécanismes pour comparer les données sur le coût et l'utilisation pour chaque composante du système dans toutes les régions.

Une importante question liée au coût des soins communautaires pour les personnes âgées est l'absence d'une répartition adéquate des patients. Par exemple, Weissert et coll. (1988) ont conclu que la clé de la rentabilité dans les soins à domicile et les soins communautaires pour les personnes âgées est de réserver la prestation des services aux personnes qui autrement auraient eu besoin de soins prolongés en établissement (pp. 366-367). Les études descriptives de Robertson (1987) et de Davidson et coll. (1989) ont indiqué que la prise en charge pouvait s'avérer un moyen suffisant pour obtenir une utilisation plus adéquate des services par les patients.

Toutefois, Kemper et coll. (1987) n'arrivent pas à la conclusion de Weissert et coll. (1988) sur le fait que la prise en charge peut être la solution au problème de coût. Selon eux, la détermination de critères d'admissibilité n'est pas tellement une question «d'efficacité de ciblage», par exemple pour quels groupes le remplacement des soins en centres d'hébergement par des soins communautaires entraînera les plus grandes réductions de coût, qu'une question d'équité, c'est-à-dire qui a droit à la quantité limitée de soins communautaires que la société peut se permettre (p. 97).

En plus des grandes études citées plus haut, nous verrons maintenant quelques études comparatives des soins prolongés.

Une étude de cohortes a été effectuée pour déterminer l'effet de soins multidisciplinaires coordonnés dans un centre communautaire de soins ambulatoires de Seattle sur l'utilisation des services, la qualité des soins et la satisfaction au sein d'une population urbaine, âgée et à faible revenu. Les résultats de cette étude de faible puissance semblent indiquer que les personnes qui fréquentaient la clinique avaient moins recours aux services d'urgence des hôpitaux que le groupe témoin du même quartier (Baldwin et coll., 1993). Sur le plan de la qualité, la clinique multidisciplinaire a fourni des soins de qualité égale ou supérieure dans tous les domaines sauf un. Les usagers de la clinique ont signalé un taux plus élevé de satisfaction, en particulier au chapitre de la commodité.

Les frais annuels estimés pour les patients de la clinique étaient de 1000 \$ de moins que pour les patients du groupe témoin.

Une revue portant sur la On Lok Senior Health Services' Community Care Organization for Independent Adults (Ansak et Zawadski, 1984) a révélé une économie de 26 pour cent par rapport à un échantillon du même quartier. On Lok dessert une population de personnes âgées (de 55 ans et plus) évaluées par un établissement dans une aire de recrutement de six kilomètres. Une équipe multidisciplinaire d'accueil et d'évaluation détermine de quels services les patients ont besoin. L'équipe de service comprend des médecins, des infirmières cliniciennes, des travailleurs sociaux, une diététicienne, des infirmières, des physiothérapeutes, des prestataires de soins à domicile, des aides à domicile agréées, des ergothérapeutes, des spécialistes en réadaptation par les loisirs, des chauffeurs, des travailleurs de la santé et une foule de spécialistes médicaux. Les services assurés par On Lok peuvent comprendre des services médicaux tels que des services de consultation en médecine et en pharmacie, des services de réadaptation (physiothérapie et ergothérapie), des services sociaux, des services de soutien (counseling sur l'alimentation, services de repas à domicile, régimes surveillés), transport (pour se rendre au centre et pour en partir), des cliniques externes, des aides familiales et des services d'accompagnement ou d'interprétation. Chez les patients d'On Lok, les jours d'hospitalisation étaient de 33 pour cent moins élevés comparativement aux patients du groupe témoin. Cette baisse est en grande partie attribuable à la plus grande utilisation des services d'une clinique de jour. Sur le plan de la qualité de la vie, la majorité des clients d'On Lok a montré une amélioration à dix indicateurs de l'état de santé et de l'état fonctionnel comparativement au groupe témoin.

Un essai clinique de puissance modérée mené dans un modèle d'aiguillage régional desservant une population d'environ 1700 personnes âgées réparties dans les sept villes d'une région (430 kilomètres carrés) du centre du Connecticut a révélé que les patients appartenant au groupe recevant le service d'aiguillage manifestaient une plus grande amélioration de leur état fonctionnel que les patients du groupe témoin (Doherty et coll., 1980). De plus, les dépenses par personne pour les services d'assurance-maladie et les services institutionnels classiques étaient moins élevées dans le groupe expérimental. Les coûts de certains services connexes étaient considérablement plus élevés pour le groupe expérimental (soins intermédiaires, aides à domicile, travaux domestiques/services de compagnie/services de repas à domicile, dentistes, podiatres, optométristes, conseillers en santé mentale, produits pharmaceutiques, appareils acoustiques/lunettes, autre transport). Cependant, les dépenses globales en services n'étaient pas notablement différentes entre les deux groupes.

Une évaluation quasi-expérimentale (Oktay et Volland, 1990) d'un programme de soutien post-hospitalier pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leur famille a révélé que les soignants ressentaient une légère diminution du stress tandis que les journées d'hospitalisation du groupe expérimental diminuaient considérablement. Cependant, l'étude n'a mis en évidence aucun effet (positif ou négatif) sur l'état fonctionnel des patients. Les auteurs ont admis que les résultats devraient être soumis à une analyse plus rigoureuse avant qu'on puisse tirer des conclusions fermes. Le programme avait recours à une approche d'équipe comprenant infirmières et travailleurs sociaux pour la prestation de services d'évaluation, de prise en charge, de soins infirmiers spécialisés, de counseling, d'orientation, de relève, d'éducation, de groupe de soutien, d'appui aux soins médicaux et de services d'appel.

Un essai clinique de faible puissance comparant les personnes âgées en perte d'autonomie placées en centres d'hébergement à d'autres personnes recevant des soins dans des foyers d'accueil communautaires (Oktay et Volland, 1987) a révélé que ces derniers pouvaient remplacer les soins en centre d'hébergement sans effet négatif évident. Les observations sur les coûts ont démontré que le coût direct des soins en foyer d'accueil est d'environ 25 pour cent moins élevé que celui des soins en centre d'hébergement. Les patients assignés à ce type de soins avaient plus de chances d'améliorer leurs résultats quant aux activités de la vie quotidienne et à l'état de santé mentale à 12 mois. Cependant, les patients recevant les soins d'un centre d'hébergement étaient plus susceptibles de maintenir ou d'améliorer leurs résultats de satisfaction de la vie à la même période. Les auteurs ont offert plusieurs explications différentes de ces derniers résultats, liées à la méthodologie.

Au Royaume-Uni, une étude sur une Family Support Unit (ou centre de soutien à la famille), qui fournit un continuum de soins comprenant centres de jour, services de relève et services d'hébergement à l'occasion, a révélé que ces services coûtaient trois fois plus cher que les services classiques mais prolongeaient, chez les patients âgés, la vie dans leur foyer de 172 jours en moyenne comparativement au groupe témoin. Les coûts par patient correspondaient à 41 pour cent du coût quotidien d'un lit en service de soins prolongés. Cependant, les auteurs ont reconnu que la méthodologie employée ne permettait pas de tirer des conclusions fermes (Donaldson et Gregson, 1989). Une autre étude menée au Royaume-Uni a comparé les coûts de services de soins intensifs à domicile à ceux de soins hospitaliers. L'étude était contrôlée pour ce qui est du degré d'incapacité. Dans 75 pour cent des cas, le coût des soins hospitaliers était plus élevé (Gibbons et coll., 1982).

Hôpital-à-domicile

D'abord mis en service au Nouveau-Brunswick, l'hôpital externe dans cette province offre un éventail de services infirmiers, de laboratoire, de pharmacie et de services de santé connexes comme substituts de soins hospitaliers. Dans une étude descriptive du programme d'hôpital-à-domicile de Verdun au Québec, et du programme d'hôpital externe au Nouveau-Brunswick, Bouchard (1990) a signalé que les deux programmes avaient des coûts de fonctionnement inférieurs au coût moyen d'un lit en soins de courte durée. Cette différence serait attribuable à l'absence de coût en capital et de frais d'entretien. Cependant, Bouchard a noté que «les coûts indirects assumés par les patients et leur famille peuvent être plus élevés, ces deux programmes reposant sur une plus grande participation des familles». L'auteur a souligné la nécessité de procéder à une étude d'évaluation, en particulier pour mesurer le coût marginal, l'effet sur l'état de santé et la satisfaction des patients et des familles.

Dans deux enquêtes menées auprès de parents d'enfants et de proches de patients décédés associés au programme d'hôpital externe au Nouveau-Brunswick (Nouveau-Brunswick, 1995), la cote d'approbation combinée pour le programme était d'environ 97 pour cent. Les questionnaires ont été envoyés à 97 personnes dont un proche était décédé et à 190 parents. Un questionnaire a également été envoyé à 450 patients choisis au hasard parmi ceux qui quittent l'hôpital et le taux de réponse a été de 71 pour cent. Les patients devaient répondre à huit questions sur une échelle d'évaluation à quatre points. Un taux de satisfaction maximal a été signalé par 77 pour cent des répondants.

Une évaluation de cinq programmes d'«hôpital-à-domicile» en Ontario (Groupe Conseil ARA Inc., 1994) a révélé les caractéristiques communes suivantes :

réponse rapide - démarches d'évaluation et d'admission permettant d'admettre les patients rapidement au moment voulu

structure flexible - le coordonnateur sur place avait le mandat d'adapter les services aux besoins du patient

cheminement - les patients, adressés par un médecin, étaient admis par le service d'urgence et évalués par un médecin et une infirmière; ils recevaient de l'information lorsque c'était nécessaire puis retournaient à la maison pour y attendre les services; les services infirmiers étaient habituellement sur place en quelques heures; les médicaments étaient apportés par le patient ou par messenger le même jour

rôle du médecin - assurait surtout une fonction de dépistage; contribuait à détourner les patients de l'hôpital pour les orienter vers le programme de soins hospitaliers à domicile.

Les forces et les avantages de tous les sites comprenaient : patients et familles satisfaits, introduction de nouvelles technologies dans les services communautaires (p. ex., transfusions sanguines), formation améliorée pour les prestataires, accès aux médicaments grâce aux fonds du programme de soins hospitaliers à domicile, meilleurs rapports entre les hôpitaux, les soins à domicile et les médecins, qualité des soins, mode de direction rapprochant les différents secteurs, stratégies de service flexibles, visites de soins infirmiers plus fréquentes et soutien pharmaceutique.

Les résultats propres à la prestation des services comprenaient :

moins de services d'aide familiale que dans le programme de soins à domicile

plus grande probabilité de passage à d'autres modalités de soins que les soins à domicile ou les soins hospitaliers

visites de médecins plus fréquentes qu'une fois par année (variations considérables entre les sites)

les patients des programmes d'hôpital-à-domicile étaient moins susceptibles de recevoir la visite d'un paraprofessionnel de la santé (ergothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute, nutritionniste) que les patients de soins à domicile ou de soins hospitaliers

durée moyenne de séjour (8,3 jours) similaire à celle de soins hospitaliers (8,2 jours) mais très différente de celle de soins à domicile (32 jours); cette différence porte à croire que les soins hospitaliers à domicile visent différents types de patients ou des patients à différents stades de traitement

les patients des programmes de soins hospitaliers à domicile sont plus susceptibles d'être confiés aux soins de quelqu'un d'autre que ceux des soins à domicile ou des soins hospitaliers

la plupart des médecins étaient satisfaits ou très satisfaits du programme

dans l'ensemble, le degré de satisfaction des patients et des soignants familiaux était «extrêmement élevé»

augmentation des prévisions budgétaires et des coûts de 10 à 40 pour cent pour les soins à domicile

réduction des jours d'hospitalisation.

Enfants

Une évaluation effectuée avant et après le début d'un programme de soins à domicile pour enfants recevant une assistance respiratoire après qu'ils ont reçu ces soins à l'hôpital a indiqué que des économies de coûts pouvaient être réalisées, principalement par le remplacement de soins infirmiers professionnels par les soins parentaux et par l'élimination de fréquentes analyses de laboratoire (Aday et coll., 1989). Les familles ont signalé avoir reçu à divers degrés l'éventail de services suivants à domicile : soins infirmiers (majorité), physiothérapie, enseignement, ergothérapie et inhalothérapie. Le développement des enfants a été évalué à l'aide d'une échelle à cinq points. En général, les soignants ont rapporté que le développement montrait une nette amélioration dans le programme à domicile. Les familles ont exprimé des inquiétudes concernant le maintien de la santé de leurs enfants, les questions de développement à long terme, les aspects financiers et techniques des soins à domicile, le niveau d'engagement et les tensions avec le personnel professionnel à la maison. Dans l'ensemble, les familles ont réagi de façon très positive à la présence de leur enfant à la maison.

Malades en phase terminale

Trois études ont été relevées concernant les services communautaires offerts aux patients en phase terminale. Une étude quasi-comparative rétrospective comparant les coûts des soins de santé fournis à domicile ou à l'hôpital pour des enfants en phase terminale a révélé que les soins à domicile étaient moins coûteux que les soins hospitaliers pour les coûts totaux (Birenbaum et Clarke-Steffen, 1992). Cependant, les soins à domicile étaient plus coûteux pour ce qui est des soins autres que sanitaires et les coûts indirects. Les coûts directs représentaient approximativement 76 pour cent des coûts totaux et les coûts des services autres que sanitaires ainsi que les coûts indirects représentaient dans les deux cas 12 pour cent des coûts totaux. Les familles ont payé entre 12 et 24 pour cent des coûts même une fois exclus les coûts indirects. Les auteurs concluent que les soins de phase terminale à domicile semblent coûter moins cher globalement, mais ce calcul ne tient pas compte du transfert de coût.

Un essai comparatif randomisé de puissance modérée portant sur les effets des soins coordonnés pour les patients souffrant d'un cancer en phase terminale à Londres (Addington-Hall et coll., 1992) a révélé qu'il y avait peu de différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Tous les patients ont reçu régulièrement les services disponibles. Le groupe expérimental a reçu l'aide de deux infirmières coordinatrices, dont le rôle était de s'assurer que les patients recevaient des services adéquats et bien coordonnés, basés sur leurs situations et besoins particuliers. Les auteurs ont conclu qu'un budget inadéquat pour les services ou qu'une disparité entre les compétences des infirmières coordinatrices et les exigences du rôle de coordination constituaient les causes majeures de l'absence de différences entre les deux groupes.

Un essai randomisé de forte puissance de la rentabilité des soins à domicile gérés par un hôpital pour les vétérans en phase terminale (Hughes et coll. 1992) a révélé des économies de coût et une satisfaction accrue des patients. Le groupe expérimental a utilisé 5,9 jours d'hospitalisation de moins

par année, ce qui a entraîné une économie de 47 pour cent par personne. Le coût des soins à domicile était plus élevé mais cette différence était contrebalancée par la diminution de l'hospitalisation. Les auteurs ont noté que les observations sur les coûts devraient être interprétées avec prudence en raison de faiblesses d'ordre méthodologique. L'analyse des types de visites a indiqué que le groupe témoin a rarement reçu de visites de professionnels autres que des infirmières, tandis que plus de la moitié du groupe recevant les soins à domicile voyaient des prestataires de tout un éventail de disciplines (infirmières, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, techniciens en santé et diététiciens). Collectivement, les données ont indiqué que le groupe à domicile recevait des soins à domicile «complets et continus» comparativement au groupe témoin. Les résultats chez les patients ont indiqué que l'accès aux soins et la satisfaction étaient accrus dans le groupe expérimental. Il n'y avait pas de différence de durée de survie ni de l'état fonctionnel entre les deux groupes. Le moral des soignants était meilleur également. Cette différence a été attribuée au niveau d'éducation.

Les auteurs ont conclu que le modèle de soins de santé à domicile était «plus complet et reposait sur une approche d'équipe multidisciplinaire qui différait des services infirmiers spécialisés utilisés par les patients du groupe témoin» (p. 814).

6.1.3 Santé mentale

Selon Fried et coll. (1989), depuis les années 70, le débat ininterrompu sur le cadre approprié pour les services de santé mentale s'est porté sur le choix entre les services communautaires et les services hospitaliers. En général, ce débat a été dominé par deux questions : les coûts des traitements, et l'efficacité clinique et les soins appropriés dans les deux cadres de soins. Les études examinées plus bas portent principalement sur la comparaison des coûts dans les deux cadres, en insistant également sur les résultats.

En ce qui concerne les études de coût, Fried et coll. (1989) ont noté que les «évaluations économiques en santé, qui devraient être simples..., sont souvent compliquées par des problèmes de mesure à l'origine de beaucoup d'erreurs» (p. 638). Les problèmes sont encore plus prononcés dans le domaine de la santé mentale en raison de la nature de cette discipline. Ces auteurs indiquent que les éléments suivants peuvent compliquer l'évaluation économique des programmes de santé mentale :

- l'hypothèse que les patients souffrant de maladies mentales correspondent à la définition sur le plan économique d'une «personne rationnelle»
- les problèmes externes causés par le transfert de la santé mentale des hôpitaux au cadre communautaire
- la mesure de l'efficacité étant donné le problème de la fiabilité du diagnostic en psychiatrie
- le calcul des salaires prévus
- la résistance de ceux qui font l'objet de l'évaluation.

Pour illustrer ces difficultés, Fried et coll. (1989) ont comparé deux évaluations économiques «bien menées» portant sur les services de santé mentale en cadre communautaire et en cadre hospitalier au Canada et aux États-Unis. Ces études feront l'objet d'un bref examen puis suivra une discussion des limites de ce genre d'études selon Fried et coll.

Fenton et coll. (1979) ont procédé à un essai randomisé de puissance modérée pour déterminer l'efficacité d'un traitement en cadre communautaire mettant l'accent sur les soins à domicile par opposition aux soins psychiatriques en cadre hospitalier. Cent cinquante patients ont été répartis au hasard en groupes recevant les soins à domicile ou à l'hôpital. Le groupe des soins à domicile était traité par une équipe multidisciplinaire comprenant des psychiatres à mi-temps, un travailleur social en psychiatrie et une infirmière en psychiatrie. L'équipe assurait un service jour et nuit. Les patients du groupe traité à l'hôpital ont reçu un traitement intensif de courte durée par le personnel psychiatrique et paramédical régulier du service hospitalier, soit deux psychiatres traitants (un à temps plein et un à temps partiel), deux ou trois résidents en psychiatrie et le personnel de soins infirmiers et d'ergothérapie.

Les résultats ont montré que la durée d'hospitalisation pour les patients recevant les soins à l'hôpital était de 41,7 jours comparativement à 14,5 jours pour les patients recevant les soins à domicile. Il n'y avait pas de différence significative de la quantité de soins ambulatoires reçus par les deux groupes. Les auteurs ont conclu que les soins psychiatriques communautaires constituaient une solution de remplacement efficace aux soins hospitaliers pour la plupart des patients souffrant de graves incapacités. Un essai clinique de suivi, de puissance modérée (Fenton et coll., 1982), comparant le coût de ces deux types de prestation a révélé que le coût de la main-d'oeuvre (64,1 pour cent) et les coûts de fonctionnement (108 pour cent) étaient plus élevés pour le traitement hospitalier que pour le traitement communautaire.

Une analyse avantages-coûts d'une expérience contrôlée utilisant une approche classique de traitement hospitalier et une approche communautaire est arrivée à la même conclusion : les soins communautaires de santé mentale semblent être plus rentables que les soins hospitaliers (Weisbrod et coll., 1980). Le programme communautaire consistait à transplanter dans un cadre communautaire le personnel d'un service psychiatrique hospitalier ayant reçu une nouvelle formation. Le personnel assurait des programmes personnalisés 24 heures par jour, sept jours par semaine. Ces programmes étaient élaborés en tenant compte des déficits fonctionnels des patients et des exigences quant à la vie en société et avaient la caractéristique suivante : le personnel a enseigné aux patients les activités de la vie quotidienne (p. ex., lessive, courses, cuisine, budget, hygiène et transport) dans leur foyer, sur les lieux de travail et dans leur quartier. De plus, on aidait les patients à trouver un emploi et à le garder et à utiliser leurs loisirs de façon constructive. Une importante composante du programme était le soutien suivi aux autres membres de la famille (Stein et Test, 1980).

Les résultats ont indiqué une économie nette annuelle de près de 400 \$ par patient. Au cours de la première année, les patients du groupe expérimental ont eu un taux de réadmission de 6 pour cent comparativement à 58 pour cent pour le groupe témoin. De plus, bien que les membres des deux groupes aient eu des emplois pour des périodes de temps comparables, le groupe expérimental tirait un revenu d'emploi notablement plus élevé. De même, les activités de loisir et les contacts sociaux étaient équivalents chez les deux groupes mais les patients du groupe expérimental avaient significativement plus de contacts avec des amis de confiance. Le groupe expérimental était également plus satisfait de la vie que le groupe témoin. Tous ces indicateurs ont accusé une baisse marquée après la cessation du programme.

De ces résultats ressort une mise en garde, soit la reconnaissance que les programmes communautaires classiques sont «insuffisants, inadéquats ou les deux» (Stein et Test, 1980, p. 396). Les auteurs ont conclu que les patients souffrant de maladies psychiatriques causant une incapacité chronique ont besoin, dans un cadre communautaire, de services qui soient permanents, flexibles et personnalisés. Pour cela, il faut une évaluation soigneuse, une surveillance étroite, une

intervention énergique et des rapports professionnels étroits avec les patients et les membres de la collectivité.

Pour revenir à la discussion de Fried et coll. (1989), les auteurs ont noté que la force de ces deux études était qu'elles «se conformaient étroitement aux principes théoriques» sous-jacents à l'évaluation économique. L'étude réalisée par Fenton et coll. différait de la plupart des études de rentabilité en ce qu'elle considérait un éventail relativement large d'avantages et de coûts. Les deux études adoptaient une large perspective sociale. Cependant, selon Fried et coll., la faiblesse des deux études était qu'elles ne pouvaient être généralisées en raison de défauts d'ordre méthodologique concernant la mesure, les patients et l'organisation des interventions. Ces faiblesses sont d'ailleurs reconnues par les deux groupes d'auteurs dans les études originales (Fenton et coll., 1979; Fenton et coll., 1982; Weisbrod et coll., 1980). Tous les auteurs s'entendent sur le fait que la force des évaluations économiques repose sur l'accumulation de résultats d'une variété d'études, ce qui devrait en accroître la validité. Plusieurs autres études de coût employant des méthodologies variées sont présentées ci-dessous.

Un essai comparatif randomisé de faible puissance (Burns et coll., 1993) portant sur un service d'approche communautaire destiné aux adultes souffrant de troubles psychiatriques a révélé que le remplacement de soins psychiatriques en établissement par des soins à domicile en banlieue de Londres a produit une baisse substantielle de l'hospitalisation et une diminution de 50 pour cent des coûts pour ceux qui recevaient les soins de l'équipe multidisciplinaire (contrôle pour des regroupements de diagnostics). L'étude a consisté à comparer trois aires de recrutement appariées, chacune disposant d'une équipe multidisciplinaire identique fournissant les services dans un cadre communautaire ou en établissement. Chaque équipe comprenait un psychiatre consultant (directeur), une infirmière en psychiatrie communautaire à temps plein et un travailleur social en double activité.

Une étude de cohortes de faible puissance (Bond et coll., 1989) a comparé les résultats de patients appariés sur le plan démographique, quatre mois après l'admission à deux programmes d'hébergement de courte durée en cas de crise. L'un des programmes a consisté en l'achat de services d'hébergement et l'autre, en l'utilisation d'un refuge de huit lits; les deux programmes ont réussi à stabiliser la situation des clients sur le plan de l'hébergement et des finances. Les coûts moyens par patient étaient similaires. La différence majeure entre les deux programmes était que le roulement du personnel était considérablement plus élevé dans le programme de refuge. L'approche fondée sur l'achat de services d'hébergement demandait trois fois plus d'heures de coordination. Cependant, les auteurs ont noté que ceci était prévisible, les estimations n'ayant pas tenu compte des heures de surveillance au refuge. Les deux approches avaient des coûts et des taux d'hospitalisation similaires. Une différence d'environ 30 pour cent au chapitre du roulement du personnel a été notée. La satisfaction des consommateurs n'a pas été mesurée. Les auteurs admettent qu'en l'absence de répartition au hasard et en raison des différences entre les collectivités desservies, les processus d'orientation ainsi que les caractéristiques de logement, de moyens financiers et de médication des clients, la seule conclusion prudente est que les résultats ne seront probablement pas différents entre des programmes faisant appel à différentes dispositions d'hébergement assorties de services similaires.

Un essai clinique de puissance modérée comprenant une analyse avant-après (Borland et coll., 1989) et comparant la gestion de soins intensifs chez 72 patients jeunes, souffrant de troubles chroniques et récidivants de la pensée, réfractaires au traitement, s'est déroulée pendant cinq ans, avec une période préalable à l'étude de deux ans. Les résultats ont indiqué que le nombre de jours

d'hospitalisation a été réduit de 75 pour cent tandis que le nombre de jours de soins à domicile a augmenté de 193 pour cent.

Plusieurs des études discutées plus haut ont également examiné les résultats cliniques et sociaux. Dans leur essai comparatif de forte puissance sur les soins psychiatriques immédiats à domicile et en établissement, Burns et coll. (1993) n'ont constaté aucune différence des résultats cliniques ou de la fonction sociale entre les patients des deux groupes; l'assignation avait été faite au hasard. Fenton et coll. (1979) ont observé peu de changement sur une période d'un an pour ce qui est des symptômes, de la capacité fonctionnelle ou du fardeau psychosocial familial chez les patients, qu'ils aient reçu des soins à domicile ou des soins hospitaliers. Borland et coll. (1989) ont constaté que la capacité fonctionnelle des patients est demeurée essentiellement inchangée pendant cinq ans. Cependant, une nette amélioration a été signalée dans certains domaines fonctionnels comme les épisodes de crise, les tentatives de suicide, l'abus de drogues et d'alcool et l'observance de la prise de médicaments. L'utilisation des services d'urgence et des services téléphoniques en dehors des heures normales de service a diminué régulièrement.

Un essai clinique de puissance modérée a comparé l'efficacité de trois programmes thérapeutiques communautaires pour les itinérants souffrant de maladies mentales. Les trois programmes comprenaient un programme classique de traitement externe offert par une clinique de santé mentale, un centre de dépannage de jour et un programme thérapeutique continu comportant un service d'approche dynamique, un ratio clients/personnel élevé et une prise en charge intensive. Les résultats ont révélé à 12 mois une baisse des symptômes ainsi qu'une augmentation du revenu, de l'adaptation sociale et de l'estime de soi chez les patients du programme thérapeutique continu comparativement aux deux autres programmes. Le programme thérapeutique continu était guidé par les principes suivants : intervention communautaire dynamique, politique de «non-refus», prestation de services pour une période de temps illimitée et approche flexible et personnalisée en fonction des multiples besoins du patient. L'équipe de traitement continu a montré des résultats «supérieurs» à ceux des deux autres programmes pour ce qui est de la satisfaction des consommateurs, de l'utilisation des ressources, de la fréquence du contact avec le programme et de la diminution de l'itinérance. C'est ce dernier résultat que les auteurs ont considéré comme le plus important.

Un essai comparatif randomisé de puissance modérée visant à comparer l'efficacité de soins à domicile à des soins hospitaliers standard pour le traitement de patients souffrant de graves affections mentales, à Londres (Muijen et coll., 1992), a donné les résultats suivants : réduction de 80 pour cent du séjour à l'hôpital pour le groupe recevant les soins à domicile, améliorations similaires dans les deux groupes à l'échelle de l'adaptation globale, résultats notablement supérieurs dans le groupe soigné à domicile pour la satisfaction des membres de la famille des nouveaux patients. Dans d'autres domaines du programme de soins à domicile tels que le soutien aux patients (emploi, hygiène personnelle, courses), un manque de connaissances spécialisées de la part du personnel a entraîné un faible taux de succès. Cependant, l'acceptation du programme de soins à domicile par les patients et leur famille a été étonnamment élevé. Une faiblesse de l'étude qui a été soulignée était le biais potentiel de la part des cliniciens, des évaluateurs et des patients, qui a pu influencer sur les résultats.

6.1.4 Soins prénatals

Un certain nombre d'études reliant les soins prénatals à des approches intégrées de prestation de services telles que les soins intégrés et la prise en charge, et à des résultats tels qu'un meilleur poids à la naissance, de plus faibles taux de mortalité infantile, une accessibilité accrue et une plus grande satisfaction des patients ont été relevées dans la revue de la documentation.

Dans une étude de cohortes de puissance modérée comparant l'utilisation et les résultats de soins rémunérés à l'acte et de soins intégrés offerts à des bénéficiaires de Medicaid dans l'État de Washington (Krieger et coll., 1992), les chercheurs ont conclu que la participation des bénéficiaires de Medicaid à des régimes de soins intégrés n'éliminait pas le large écart existant dans les soins prénatals entre la population admissible à Medicaid et la population générale. Les bénéficiaires de Medicaid ont accouché de bébés de petit poids et ont eu un accès inadéquat aux soins prénatals comparativement à l'autre groupe. L'étude a indiqué que la disponibilité de prestataires ou de services ne suffisait pas à égaliser les taux d'utilisation des services ou à donner de bons résultats. La structure et le contenu des soins ont semblé importants pour favoriser de meilleurs résultats de santé. Les auteurs ont conclu que les soins intégrés pouvaient offrir l'occasion de réaliser de modestes économies tout en apportant de modestes améliorations des soins prénatals. Cependant, les soins intégrés seuls n'ont pas comblé les écarts entre l'accès aux services et les résultats à la naissance.

Une étude de cohortes de puissance modérée portant sur des femmes à faible revenu ayant reçu des soins prénatals de médecins en cabinet privé ou du service de santé publique de Chicago en 1988-1989 (Handler et Rosenberg, 1992), a conclu que la probabilité de donner naissance à un bébé prématuré de faible poids était significativement plus grande (rapport de cotes de 3,1, intervalle de confiance à 95 pour cent de 2,3 à 4,0) chez les femmes ne recevant des soins que de médecins en cabinet privé (n = 530) comparativement à celles qui ne recevaient les soins que du service de santé publique (n = 2465). Les auteurs ont recommandé la prudence dans l'interprétation des résultats.

Une étude de cohortes de puissance modérée réalisée parmi les bénéficiaires de Medicaid recevant les soins du service de santé publique et d'autres prestataires de la Caroline du Nord et du Kentucky a donné des résultats similaires (Buescher et Ward, 1992). De plus, les auteurs ont conclu que dans ces deux États, il était plus probable de trouver une approche multidisciplinaire des soins prénatals dans les services de santé publique que dans les cabinets d'autres prestataires. Grâce à la coordination avec d'autres programmes de santé et des programmes sociaux, les services de santé feront plus souvent appel à des infirmières, à des nutritionnistes, à des éducateurs et à d'autres catégories de personnel de soutien.

Selon une étude de cohortes moins récente, de puissance modérée, comparant en Caroline du Nord des femmes admissibles à Medicaid et recevant des soins de maternité coordonnés à des femmes qui ne recevaient pas ces services, ces dernières présentaient un taux de faible poids à la naissance de 21 pour cent plus élevé, un taux de très faible poids à la naissance de 6 pour cent plus élevé et un taux de mortalité infantile de 23 pour cent plus élevé que les femmes qui recevaient des soins coordonnés (Buescher et coll., 1991). Par conséquent, les auteurs ont conclu que la coordination des soins de maternité pouvait s'avérer un moyen efficace de réduire la mortalité infantile et d'accroître les résultats positifs pour ce qui est du poids à la naissance.

Une enquête rétrospective de faible puissance a été menée auprès de femmes qui consultaient l'une de trois cliniques de soins prénatals pour grossesses à faible risque; ces cliniques différaient selon le modèle de composition du personnel : médecins, personnel mixte et infirmières cliniciennes

spécialisées pouvant consulter un médecin au besoin. Les résultats n'ont révélé aucune différence dans les résultats physiologiques de la mère et du nouveau-né, quoique l'admission de nouveau-nés à l'unité néonatale de soins intensifs différait presque à un degré significatif entre les cliniques. Le modèle basé sur les infirmières cliniciennes spécialisées s'est avéré le plus rentable et le plus satisfaisant pour les patientes (Gravely et Littlefield, 1992).

Un essai clinique de faible puissance sur l'effet de services paraprofessionnels sur la quantité de soins prénatals reçus et le poids à la naissance a été réalisé auprès de 111 femmes à faible revenu (Poland et coll., 1992). Les femmes consultant une clinique prénatale publique au Hutzel Hospital de Détroit ont été échantillonnées au hasard pour être suivies par des paraprofessionnels du milieu. Le groupe témoin était apparié pour l'origine ethnique, la parité et le trimestre de début des soins prénatals. Les résultats ont montré que les femmes suivies par un paraprofessionnel étaient plus susceptibles d'avoir plus de rencontres prénatales et d'accoucher d'un bébé de plus gros poids comparativement au groupe témoin.

Une comparaison du poids à la naissance entre les participantes à un programme de prise en charge de cas et de formation au rôle de parent, pour adolescentes enceintes, et la population générale d'adolescentes de San Francisco a indiqué que les adolescentes inscrites au programme coordonné avaient un bébé d'un plus gros poids à la naissance que les adolescentes de la population générale (Korenbrod et coll.). Le programme était destiné à combler des lacunes de services à San Francisco grâce à l'établissement d'un réseau communautaire de services spécialisés pour répondre aux besoins d'ordre éducatif, psychosocial et clinique d'adolescentes et d'adolescents pour ce qui est de la grossesse et du rôle de parent. La caractéristique principale du programme était la prise en charge des cas.

Les auteurs d'une étude de cohortes de faible puissance comparant la prestation de soins prénatals à six endroits (deux cliniques de santé de quartier, deux hôpitaux et deux HMO) ont conclu que les adolescentes reçoivent généralement des soins prénatals plus adéquats si le centre de soins est agréable et invitant et si on consacre des efforts particuliers à les inscrire au programme de soins et à les garder. De plus, l'étude a révélé de meilleurs résultats de naissance (Cartoof et coll., 1991). Cependant, il n'y avait pas assez de données pour démontrer que l'aspect de la clinique influait sur les soins.

6.2 Quel éventail et quelle composition de services les modèles de prestation communautaires offrent-ils?

Une importante question demeurée sans réponse dans la documentation est la gamme et la composition optimale des services dans le continuum des soins. Peu de documents ont examiné quels étaient les services qui fonctionnaient avec le plus d'efficacité et d'efficience lorsqu'ils étaient intégrés ou coordonnés. La documentation discutée plus bas présente un survol descriptif de la gamme et de la composition des services assurés par les modèles communautaires de prestation. Certains résultats associés avec la composition des services sont signalés.

Dans leur enquête descriptive sur les centres locaux de services communautaires au Canada, Robichaud et Quiviger (1991) ont noté que, dans sept provinces sur dix, la majorité des services offerts étaient surtout sociaux par opposition à médicaux. Seules trois provinces ont indiqué qu'elles avaient une approche intégrée à la prestation de services dans les centres. Les services offerts le plus fréquemment comprenaient : services d'information et d'orientation, de prévention primaire,

d'éducation sur la santé, de développement communautaire, services psychosociaux et mise sur pied de groupes d'entraide.

Une étude descriptive des CLSC au Québec réalisée auparavant par Bozzini (1988) a rapporté la composition de services suivante : 73 pour cent des centres fournissaient des soins médicaux primaires et 98 pour cent, des services sociaux primaires; la majorité fournissaient des services médicaux et sociaux intégrés par l'intermédiaire de soins à domicile et de services à la mère et à l'enfant (soins prénatals et santé publique) et des services en milieu scolaire (prévention et promotion de la santé).

L'étude descriptive de Seacat (1977) des centres de santé de quartier aux États-Unis a indiqué que, sauf quelques exceptions, les centres assuraient l'éventail suivant de services : soins primaires, services spécialisés (dentisterie, optométrie, podiatrie, santé mentale, physiothérapie et orthophonie), services infirmiers et sociaux comprenant le planning familial, la nutrition, les services de santé à domicile, l'éducation sanitaire, les services d'approche, de suivi et de transport.

Abelson et Lomas (1990) ont comparé les niveaux de prévention et de promotion de la santé entre les centres de santé communautaires et l'exercice rémunéré à l'acte en Ontario. Leurs résultats indiquent que même s'il y avait peu de différences quant à la présence de systèmes de rappel pour le dépistage ou quant à la connaissance de certaines interventions de prévention, à l'observance de ces mesures et à leur mise en pratique, les centres de santé communautaires ont signalé une variété notablement plus grande de programmes de promotion de la santé que les cabinets utilisant la rémunération à l'acte. De plus, les centres de santé communautaires faisaient généralement plus appel à du personnel non médical pour assurer ces activités. Les auteurs font une mise en garde contre la généralisation de ces observations parce que les participants répondaient eux-mêmes à l'enquête; toutefois, ils ont laissé entendre que les données actuelles remettaient en question l'hypothèse selon laquelle les centres de santé communautaires offraient plus d'activités de prévention que les autres cadres de prestation de services.

6.3 Quelle accessibilité les modèles de prestation communautaires offrent-ils?

L'enquête menée par Robichaud et Quiviger (1991) sur les centres locaux de services communautaires au Canada a évalué l'accessibilité générale des centres à l'aide d'un indice basé sur six questions. Ces six questions visaient à obtenir de l'information sur trois aspects de l'accessibilité : heures d'ouverture quotidiennes, disponibilité de services d'urgence, et emplacement de l'équipement et moyens de communication. Douze pour cent des centres ont reçu une cote d'accessibilité élevée tandis que la majorité (59 pour cent) a reçu une cote moyenne et 28 pour cent, une cote faible. Une corrélation intéressante a été observée entre le statut du centre (public ou privé) et l'accessibilité. Les centres privés (75 pour cent) se sont révélés plus accessibles que les centres publics (55 pour cent).

6.4 Résumé et éléments d'orientation : Prestation de services

La question de savoir si les modèles communautaires intégrés offrent une prestation de services moins coûteuse a fait l'objet de nombreuses recherches. Ceci traduit la tendance à considérer ces modèles comme une source potentielle de réduction des coûts. Beaucoup moins d'efforts ont été

consacrés à étudier l'augmentation d'efficacité associée aux modèles multi-services multidisciplinaires. Malgré les limites reconnues des études économiques et la pénurie d'études portant sur des résultats autres qu'économiques, quelques tendances émergent de la documentation.

La première tendance est la preuve répétée que les centres de santé communautaires constituent un moyen moins coûteux de fournir un éventail de services de santé. La réduction des coûts se traduit principalement par la diminution de l'utilisation des services hospitaliers par les populations desservies par ces centres. Des données semblent indiquer que les centres de santé communautaires fournissent un éventail plus large de services de santé et sociaux que les autres modèles organisationnels, mais l'effet de la variété et de la composition des services sur la santé de la population n'est pas clair.

La deuxième tendance est que les données sur la capacité de réduction des coûts des soins communautaires pour les personnes âgées sont contradictoires. Les études portant sur les services offerts dans un cadre clinique ont révélé des coûts plus faibles, à l'instar des baisses observées chez d'autres groupes desservis par les centres de santé communautaires et pour les mêmes raisons, soit une baisse de l'utilisation des services hospitaliers. D'autres études comparant les soins en établissement et les soins à domicile (principalement aux États-Unis) portent à croire que les soins à domicile n'entraînent peut-être pas des économies de coûts. La raison majeure pour cette observation selon les chercheurs est que l'on n'a pas constitué les groupes cibles les plus susceptibles de bénéficier des soins à domicile. Cependant, un auteur, Hollander (1994), a fait remarquer que ces conclusions étaient basées sur des études de soins à domicile aux États-Unis où il n'existe pas de système coordonné. Au Canada, où le niveau de coordination est supérieur, il y a peut-être un potentiel d'économies plus élevé. Cependant, Hollander a indiqué qu'une mesure adéquate de ces paramètres ne sera possible qu'avec l'établissement d'une base de données nationale coordonnée.

La troisième tendance est qu'on a obtenu de meilleurs résultats dans les domaines suivants : qualité de vie (capacité fonctionnelle et satisfaction du patient), poids à la naissance, mortalité infantile. De plus, comme l'a indiqué l'exemple d'On Lok, il est possible d'améliorer l'efficacité.

La quatrième tendance est que les soins de santé intégrés sont l'approche privilégiée pour la prestation de soins communautaires en raison de la possibilité de coordonner l'accès adéquat aux services.

Enfin, la cinquième tendance est que les modèles communautaires de prestation semblent offrir un large éventail et une composition variée de services intégrés et que la composition des services présente des différences considérables.

Une observation finale qui ne représente pas une tendance mais qu'il vaut la peine de noter est que les économies de coûts réalisées par la réduction de l'utilisation des services hospitaliers peut cacher un transfert aux familles d'autres coûts relatifs aux soins à domicile.

Pour décider de la meilleure façon d'intégrer les services communautaires, les décideurs doivent considérer les éléments suivants :

Quel éventail de services ou de programmes peut être intégré le plus efficacement?

Quels coûts et quels résultats entraînera l'intégration d'un ensemble donné de services ou de programmes?

7 MODALITÉ 3 : APPROCHES DE FINANCEMENT

L'un des défis auxquels font face les décideurs en matière de santé est de mettre au point un mode de financement des services de santé qui contrebalance les préférences des prestataires avec celles des autres intervenants. Le biais classique, qui a favorisé jusqu'ici les prestataires, a nui aux efforts visant à fournir les services d'une manière équitable. Dans cette section, nous discuterons brièvement de trois approches de financement et de leurs répercussions sur le plan de l'équité.

Abelson et Hutchison (1994) font une distinction entre «le concept de différents modes de rémunération des prestataires et le concept de différents modes d'allocation de fonds à un modèle de prestation» (p. 46). Dans cette section, nous verrons surtout les différents modes d'affectation de fonds à un système de prestation, à un modèle organisationnel ou à un programme.

7.1 Quelle approche de financement traite le mieux la question de l'équité dans la distribution des ressources dans les soins de santé?

Selon le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (1993), bien que l'état de santé subisse l'effet de diverses influences extérieures au système de santé, l'équité dans ce domaine demeure une question fondamentale. Selon la même source, l'«équité» désigne l'égalité dans la qualité des soins et l'accès aux soins. L'utilisation des ressources au niveau régional offre la possibilité de traiter la question de l'équité lorsque la répartition est basée sur la population, les caractères démographiques et les besoins en santé liés aux facteurs socio-économiques et environnementaux.

Au niveau régional, les services de santé peuvent être financés à l'aide de trois approches fondamentales axées sur l'utilisation, sur la population ou sur les besoins. Ces approches devraient être considérées comme appartenant à un continuum. Chacune d'elles est brièvement traitée ci-dessous.

7.1.1 Financement axé sur l'utilisation

Selon cette approche, le financement serait alloué aux régions en proportion de l'utilisation, c'est-à-dire des services de soins de santé réellement utilisés dans une région. Ce type de financement peut être mis en application de différentes façons. La plus simple serait la rémunération à l'acte sans plafond. Ce pourrait également être fait à l'intérieur de limites de dépenses totales, de limites de volumes totaux et le financement bloqué à moins de 100 pour cent. D'autres ajustements visant à augmenter l'efficacité de cette approche pourraient comprendre une forme quelconque d'indicateur de performance de l'hôpital et un indicateur de composition des cas pour le financement à long terme.

L'avantage potentiel de l'approche axée sur l'utilisation serait la disponibilité immédiate des données. La comparaison entre régions est relativement facile. On obtiendrait une affectation optimale des ressources si les ajustements d'efficacité notés plus haut étaient ajoutés et que le système fonctionnait à un niveau presque optimal.

Les inconvénients potentiels de ce système comprennent la perpétuation des injustices actuelles, un financement basé sur l'utilisation plutôt que sur des considérations relatives à la santé de la population et les difficultés que pose l'incorporation de critères d'efficacité.

Comme Birch et coll. (1993) l'ont noté dans leur discussion d'une approche d'affectation des ressources axée sur les besoins, les conclusions de la recherche empirique sur l'utilisation dans le cadre de l'assurance-maladie est qu'«il n'existe pas de tendance naturelle pour les ressources de soins de santé à être réparties selon les besoins» (p. 74).

7.1.2 Financement axé sur la population (capitation)

Selon cette approche, une somme fixe par personne est distribuée à une organisation ou à une région dans une zone géographique définie, selon la taille et les caractères démographiques de la population de chaque région. En retour, l'organisation ou la région fournit une protection assurée pour toutes les personnes admissibles aux services désignés qui en font la demande. L'accent est mis sur les caractéristiques de la population plutôt que sur les caractéristiques d'utilisation. Par exemple, l'affectation pourrait tenir compte de caractéristiques telles que l'âge et le sexe.

Les avantages potentiels de cette approche comprennent : moins d'influence du comportement des prestataires, facteurs d'incitation structurels pour diminuer l'utilisation non appropriée ou inutile, meilleure maîtrise potentielle des orientations et des consultations si les patients sont assignés à un prestataire particulier.

Les inconvénients potentiels sont notamment le fait de ne pas tenir compte des différences du niveau de revenu, de scolarité, et d'autres facteurs socio-économiques entre les régions (p. ex., différences d'utilisation entre les habitants des centres-villes et le reste de la population); l'administration de fonds pour les itinérants serait compliquée et l'approche pourrait être difficile à mettre en application dans le cas de programmes provinciaux à administration centrale.

Il y a eu quelques études sur l'organisation, notamment des comparaisons de mécanismes de paiement par capitation, dans des zones non définies sur le plan géographique, et de services rémunérés à l'acte. Le paiement par capitation est souvent associé aux modèles organisationnels axés sur les médecins tels que les Health Maintenance Organizations (HMO [organisations de soins intégrés]) aux États-Unis et les Organisations de services de santé (OSS) en Ontario, au Canada. Comme Abelson et Hutchison l'ont souligné, la capitation a été utilisée par les gouvernements et les régimes d'assurance comme mode de rémunération des médecins parce qu'elle procure une certaine «prévisibilité des dépenses médicales pour une population définie» et qu'elle contribue à «une réduction de l'utilisation des services hospitaliers en remplaçant les soins hospitaliers et les services de prévention par les soins ambulatoires» (p. 47).

Comme l'ont fait remarquer Birch et coll. (1990), la mise en oeuvre des OSS au Canada était fondée sur la conviction qu'on pouvait obtenir des soins de santé aussi bons, sinon meilleurs, en rémunérant les prestataires par capitation plutôt qu'à l'acte. Cette affirmation était basée sur les études comparatives des HMO et des praticiens rémunérés à l'acte. Dans leur analyse de ces données empiriques, les auteurs indiquent que les modes de paiement peuvent influencer sur le coût et la qualité des soins. Cependant, les différences à l'intérieur du même modèle sont au moins aussi grandes que les différences entre les modèles.

Selon Crichton et coll. (1993), les études de coût les plus approfondies sur les centres de santé communautaires au Canada ont été menées par le ministère de la Santé en Saskatchewan (Saskatchewan Ministry of Health, 1983). L'étude a comparé le coût des services médicaux et d'hospitalisation des patients dans deux cliniques communautaires et des cabinets privés. Comme l'ont signalé Crichton et coll. (1991), les résultats indiquent que même si les coûts des services médicaux étaient plus élevés dans les cliniques que dans les cabinets de praticiens rémunérés à l'acte, les coûts totaux par personne (dont 64 pour cent pour l'hospitalisation) pour l'hospitalisation et les régimes de remboursement de médicaments étaient inférieurs de 13 pour cent dans une clinique et de 17 pour cent dans l'autre. Ce phénomène était particulièrement marqué pour les patients âgés de plus de 65 ans. Selon Abelson et Hutchison (1994), les chercheurs ont éprouvé des problèmes avec les sources de données, la sélection des échantillons et les moyens servant à définir les populations à comparer.

Selon Crichton et coll. (1991), une vérification de quatre centres de santé communautaires en milieu rural en Colombie-Britannique a révélé une économie nette dans tous les centres, principalement attribuable à la diminution de l'utilisation des services hospitaliers. Comme l'ont fait remarquer Birch et coll. (1990), des études comparatives canadiennes (Defreise, 1974; Hastings et coll., 1972; Mott et coll., 1973; University of Toronto and University of Michigan, 1973) menées auparavant (et souvent citées) ont produit des résultats similaires, sauf pour ce qui a trait à l'établissement des causes, et ont signalé des pourcentages de diminution de l'utilisation des hôpitaux.

L'opinion générale exprimée dans les études canadiennes sur les modèles organisationnels des centres de santé communautaires était que les données actuelles sur l'utilisation des services hospitaliers étaient assez solides mais qu'elles devaient être interprétées avec prudence en raison de faiblesses d'ordre méthodologique (Angus et Manga, 1990; le Groupe conseil ARA, 1992; Birch et coll., 1990; Crichton et coll., 1991). Ces faiblesses comprenaient :

- l'estimation des populations réelles concernées
- l'auto-sélection des patients et des prestataires
- le calcul des coûts
- l'absence de mesure de l'efficacité
- une attention inadéquate aux variations à l'intérieur d'un même modèle
- l'absence d'attention à la qualité des services, au choix approprié des services, à l'accessibilité ou aux résultats
- l'absence d'attention aux variables du processus.

Étant donné ces faiblesses et le peu d'études en ce domaine, Crichton et coll. se sont demandé pourquoi aucune évaluation systématique du phénomène d'utilisation des hôpitaux n'avait été entreprise dans le contexte des CLSC au Québec (p. 339). Dans leur revue sur les modèles de prestation de soins primaires dans le contexte international, Abelson et Hutchison (1994) ont indiqué que même ces études avaient une puissance méthodologique «allant de modérée à faible» et que «l'applicabilité de ces résultats à d'autres cadres était souvent limitée» (p. 64).

Notre revue a isolé plusieurs études des modèles de centres de santé communautaires effectuées ailleurs qu'au Canada. Les résultats de ces études appuient généralement les observations faites ici. C'est le cas d'une étude quasi-comparative menée aux États-Unis visant à déterminer l'effet de cinq centres de santé communautaires situés dans des régions disparates quant à l'utilisation des hôpitaux (Freeman et coll., 1982); on y signale une différence de 50 pour cent dans les taux d'admission et

le nombre de nuits passées à l'hôpital entre les cliniques et les cabinets de praticiens rémunérés à l'acte. Les techniques employées permettaient de contrôler les variables sociales et démographiques (Crichton et coll., 1991, p. 339).

Dans un essai clinique de forte puissance sur l'effet d'un régime prépayé de médecine de groupe parrainé par la collectivité (Manning et coll., 1984), le plan de recherche a permis aux chercheurs d'examiner le rapport entre l'utilisation des services de santé et le prix pour l'utilisateur dans un cadre de rémunération à l'acte et un cadre de rémunération par capitation, de même que l'effet des modalités de prestation sur l'utilisation des soins de santé. Une fois encore, les résultats sont comparables à ceux qui ont été obtenus dans des études de coût au Canada, le coût moyen par personne étant inférieur de 28 pour cent, et la durée d'hospitalisation, inférieure de près de 50 pour cent en faveur du cadre communautaire.

Une étude quasi-comparative des taux d'orientation entre les médecins en cabinet privé et les médecins exerçant dans des centres de santé des Pays-Bas a indiqué que ces derniers avaient des taux d'orientation vers des hôpitaux plus faibles (Wukel, 1986).

Dans leur revue des effets du paiement par capitation sur l'utilisation des services, Hutchison et coll. (1994) ont conclu que ce mode de rémunération diminuait les taux d'hospitalisation pour certaines populations et accroissaient les coûts relatifs à l'orientation pour les autres.

7.1.3 Approche axée sur les besoins

Cette approche se caractérise par la distribution des fonds aux régions en fonction des besoins de santé relatifs des populations concernées, les besoins étant évalués à l'aide d'indicateurs de l'état de santé, de l'appréciation des comportements à risque et de l'évaluation des résultats de santé. Cette approche représente un élargissement de l'approche axée sur la population parce que la distribution des fonds tient compte en partie des caractéristiques des populations. Cependant, en plus des indicateurs de santé de base, l'approche axée sur les besoins fait entrer un autre facteur lié aux populations «à besoins particuliers» telles que les pré-adolescents ou les mères à faible revenu. L'importance croissante accordée à ces populations témoigne du rapport établi entre les conditions socio-économiques et la santé.

Les avantages potentiels de cette approche comprennent : l'effort consacré à maximiser le «potentiel santé» d'une population en affectant les ressources là où les besoins sont les plus grands, les facteurs d'incitation pour réaffecter des ressources à ces populations, la mise au point d'indicateurs de populations définies qui reconnaissent des besoins particuliers par opposition à des exigences, une occasion d'affecter des ressources en fonction des besoins relatifs et l'encouragement à remplacer des services coûteux de faible rendement par des services de faible coût à rendement élevé.

Les désavantages potentiels sont : le besoin de recueillir continuellement des données sur la situation socio-économique et l'état de santé et l'absence d'unanimité sur les indicateurs adéquats (Birch et coll., 1993; Carr-Hill, 1987).

L'approche axée sur les besoins permet de nombreuses variations. En fait, certaines variations de l'approche axée sur les populations peuvent être considérées comme des approches axées sur les besoins. Une fois établi un fonds de financement pour une approche (p. ex., axée sur les populations), l'affectation des sommes au niveau sous-régional pourrait faire intervenir d'une manière quelconque

la composition des cas. Par conséquent, ces trois approches devraient être considérées comme des parties s'échelonnant le long d'un continuum.

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (1993) a laissé entendre que, des trois approches de répartition des fonds au niveau régional, le modèle axé sur l'utilisation était le plus faible parce qu'il n'exprimait pas les besoins réels de la population. En fait, il refléterait plutôt les caractéristiques de comportement des prestataires et les antécédents de distribution de ressources à l'intérieur du système de santé.

Dans leur discussion de l'approche axée sur les besoins, Birch et coll. (1993) ont indiqué qu'une approche relative axée sur les besoins fournit des ressources égales aux groupes qui ont des besoins semblables (équité horizontale) mais pas aux groupes ayant des besoins inégaux (équité verticale).

Dans une étude descriptive, Birch et Chambers (1993) ont appliqué une approche axée sur les besoins dans une répartition simulée de ressources à 49 comtés en Ontario. D'après les résultats, l'approche axée sur les besoins n'a pas favorisé l'utilisation efficiente des ressources mais n'a pas non plus été un obstacle à cet égard. Les auteurs ont considéré ce résultat comme une amélioration par rapport à l'approche axée sur l'utilisation, laquelle a été soumise à des modifications pour accroître les allocations futures.

Dans une étude descriptive visant à élaborer et à appliquer une méthode de calcul des tarifs de capitation pour une Organisation de médecine globale (OMG) en Ontario, Birch et coll. (1990) ont signalé des différences considérables entre l'utilisation et les besoins de services dans la population étudiée.

Comme l'ont mentionné Shortell et coll. (1993) et Shortell et coll. (1994), l'évaluation des besoins des populations demeure un instrument clé pour la mise sur pied d'un système de santé intégré.

7.1.4 Approche axée sur les prévisions budgétaires ou les demandes

L'approche axée sur les prévisions budgétaires ou les demandes repose sur la négociation d'un budget fixe qui spécifie les ressources requises pour atteindre les objectifs de l'organisation. Les antécédents d'utilisation jouent un rôle important dans la détermination des prévisions budgétaires. Comme il est mentionné dans le document d'Alberta Health (1991), cette approche a été la méthode de répartition des ressources la plus répandue en santé communautaire.

Robichaud et Quiviger (1991) ont noté que les centres de santé communautaires au Canada peuvent être financés selon plusieurs modes. Leur enquête sur ces établissements a indiqué que 37 pour cent (N = 128) ont reçu des fonds d'autres modes ou combinaisons de modes; 28 pour cent (N = 89) ont reçu un financement global; 23 pour cent (N = 73) un financement pour des programmes précis, 9 pour cent (N = 29), un financement au cas par cas basé sur le volume de patients et enfin, 3 pour cent (N = 9) ont reçu des fonds par personne. Les auteurs ont conclu que les besoins globaux et les besoins précis semblaient être à la base des approches de financement les plus courantes.

7.2 Quelles sont les questions liées à l'application d'une approche de financement régional?

On a déterminé un certain nombre de questions liées à l'application d'une approche de financement régional, notamment : la faisabilité sur le plan administratif, les besoins en information et la méthodologie. Chacune d'elles est brièvement présentée ci-dessous.

Comme l'a remarqué le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (1993), toute mesure choisie «pour quantifier l'effet des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé» doit satisfaire aux critères ci-dessous.

Faisabilité sur le plan administratif. L'approche de financement doit être peu coûteuse et faisable sur le plan administratif. Les données devraient être disponibles à partir du système actuel plutôt que nécessiter l'élaboration d'une nouvelle base de données. Toutefois, une nouvelle organisation peut être un but souhaitable à long terme.

Données à jour. Le modèle devrait être basé sur des données actuelles et concorder avec les autres renseignements utilisés dans la répartition des ressources. Comme l'ont noté Hurley et coll. (1993), les vastes enquêtes sur la santé menées auprès de la population canadienne ne peuvent être utilisées dans les décisions sur la répartition des ressources pour les raisons suivantes :

les enquêtes sont souvent basées sur une vision «immédiate» de la population en un point dans le temps et ne produisent pas des données d'intérêt sur une base régulière

l'exécution, l'analyse et la diffusion de ces enquêtes sont longues, ce qui veut dire que les données sont souvent périmées lorsqu'elles deviennent disponibles

dans les enquêtes étalées dans le temps, les questions précises diffèrent entre les enquêtes, ce qui produit des données non équivalentes

les données sont souvent recueillies à un niveau de la population qui ne coïncide pas avec le niveau des populations faisant l'objet des projections, ou encore qui ne peut être analysé au même niveau.

Méthodologie. Selon le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (1993), l'élaboration d'une méthodologie apte à traduire les variations socio-économiques et les influences du milieu en une mesure quantifiable constitue un défi pour les décideurs. Cette question a fait l'objet de débats passionnés dans le milieu universitaire depuis l'introduction d'une approche de financement axée sur les populations en Grande-Bretagne dans les années 70. L'approche britannique a été critiquée parce qu'elle utilisait le ratio standardisé de mortalité comme mesure de la morbidité. Certains jugent que cette opération est inadéquate (Carr-Hill, 1987). D'un autre côté, les ratios de morbidité ne sont pas considérés comme utiles dans la répartition des ressources. La critique majeure de l'approche britannique tient à l'absence d'indicateurs socio-économiques dans le calcul. L'estimation des besoins de la population et, par conséquent, la répartition des fonds, doit être basée sur une estimation précise des populations régionales.

Une dernière considération d'ordre méthodologique est le mouvement inter-régional des patients et peut-être aussi des prestataires. Si les patients sont «libres» de demander des soins médicaux à l'extérieur de leur région désignée, il faudra inclure dans l'approche de financement une forme quelconque de correction à cet égard (Carr-Hill, 1987; Tuohy et Evans, 1986). Considérant le débat qui a entouré jusqu'ici cette question, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a conclu qu'il serait difficile de mettre au point une mesure qui tiendrait compte de tous ces éléments.

7.3 Résumé et éléments d'orientation : Approches de financement

La documentation sur les approches de financement a permis d'entrevoir une forme de financement liée aux caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population en cause et à l'évaluation des besoins de cette population. Le danger potentiel majeur d'un tel modèle, particulièrement dans un régime par capitation, est que les prestataires peuvent être tentés de choisir les patients en meilleure santé pour accroître les économies. Sur le plan méthodologique, le débat entourant la validité des indicateurs de l'état de santé se poursuivra encore pour quelque temps.

8 AIRES DE RECRUTEMENT DES SERVICES

Nous avons trouvé quatre questions pertinentes au domaine des aires de recrutement des services : territoire vs intérêt particulier, incidence sur la planification d'une approche de santé pour la population, taille optimale et effet sur l'état de santé. Nous savons qu'il se fait actuellement de la recherche dans ce domaine mais malgré tout, il n'a été possible de trouver que quelques études pertinentes dans la documentation. Ces études sont présentées ci-dessous.

En ce qui concerne l'opposition entre territoire et intérêt particulier, Robichaud et Quiviger (1991) ont indiqué que la définition de la collectivité est étroitement reliée au concept de lieu. Ainsi, les services communautaires sont définis sur le plan local «en relation à une population habitant un certain territoire et partageant des intérêts communs» (p. 7).

Examinant ce concept en rapport avec les services communautaires, de santé ou sociaux, au Canada, Robichaud et Quiviger (1991) ont noté que 54 pour cent des centres qui avaient fait l'objet de l'enquête ont déclaré offrir des services à des populations particulières. Cependant, en Saskatchewan, en Ontario et au Nouveau-Brunswick, les centres ont pris une approche fondée sur le territoire. Les auteurs ont observé une corrélation entre cette approche et la présence de populations cibles hétérogènes sur le plan ethnique. Les approches visant des populations précises semblaient être plus associées à des populations homogènes.

La planification et la répartition des ressources selon une approche axée sur la population requiert une caractérisation claire de la population sur le plan de la géographie ou des besoins. Comme l'a noté Dowling (1995), la définition d'une aire géographique ou d'une population est une importante condition à remplir si on veut maximiser la capacité du système à contribuer à la santé de la collectivité. Ainsi, une telle définition :

fournirait une base pour évaluer les besoins de la collectivité, emprunter une approche de planification épidémiologique (axée sur la population), déterminer avec quelles organisations collaborer, juger de l'accessibilité des points d'entrée dans le système, décider où installer les établissements, etc. (p. 159).

Abelson et Hutchison (1994) ont conclu que l'introduction d'un système de paiement par capitation exigerait la caractérisation de la population desservie. Il faudrait pour cela un système d'inscription des patients faisant en sorte que les services ne seraient fournis que par les prestataires ou centres de santé communautaires assignés.

Quant à la taille optimale des aires de recrutement des services, une récente étude descriptive des aires de recrutement des HMO aux États-Unis (Kronick et coll., 1993) a signalé que «la taille de la population requise pour qu'une organisation de soins intégrés puisse offrir des soins primaires et des unités de spécialisation efficaces variait selon la spécialité et les hypothèses concernant le nombre minimal de médecins nécessaire pour assurer ce service. Les auteurs ont conclu qu'une population de 180 000 au minimum serait requise pour trois régimes de soins intégrés (p. ex., des HMO) et de nombreux services spécialisés. Un continuum de services plus large, comprenant les soins hospitaliers, devrait compter sur une population de 360 000 habitants. Des régions urbaines et rurales plus petites ne seraient pas viables sur le plan financier pour les régimes de soins intégrés. Bien qu'on n'ait pas trouvé d'études sur ce sujet en rapport avec les centres de santé communautaires,

nous soupçonnons que la taille optimale de l'aire de recrutement est inférieure à celle qui est présentée plus haut.

8.1 Résumé et éléments d'orientation : Aires de recrutement des services

Selon la documentation, l'aire de recrutement des services est importante pour trois raisons : la définition d'une collectivité, la facilitation de la planification selon l'approche axée sur la population et la création d'aires de recrutement qui soient viables sur le plan financier. Dans un quatrième domaine, l'effet sur l'état de santé, nous n'avons rien trouvé dans la documentation.

Les décideurs doivent aborder les questions suivantes en relation avec les aires de recrutement des services :

Comment la population sera-t-elle définie : limites géographiques, besoins, autres critères?

Quelle doit être la taille minimale requise de la population pour maximiser l'efficacité sur les plans administratif et financier?

Le fait d'avoir une aire de recrutement définie augmente-t-il la rentabilité de la prestation des services?

9 MODALITÉ 3 : STRUCTURES DE GESTION

Dans le contexte actuel de la réforme du système de santé, les décideurs se dirigent vers l'intégration de la gestion et de la prestation des services. Dans cette section, nous aborderons les questions suivantes :

potentiel d'efficacité et d'efficience accrues
perspectives et défis de la mise en oeuvre de systèmes de santé intégrés

9.1 Quels sont les perspectives et défis de l'intégration de structures de gestion et de prestation des services dans l'ensemble du système de santé?

L'examen de cette question est fait selon deux perspectives. La première concerne l'intégration des services au niveau du système. On met l'accent sur les obstacles et les facteurs de facilitation à l'intégration et à la coordination des services. La deuxième perspective traite de l'intégration à l'intérieur d'une organisation communautaire de prestation de services de santé.

9.1.1 Niveau du système ou de la région

Selon Hollander (1994), une structure administrative unifiée comporte plusieurs avantages, notamment :

possibilité de transférer des fonds d'un secteur de prestation à l'autre
considération des questions dans le contexte de la continuité des soins
planification sur l'ensemble du système
perspective élargie du continuum des soins pour les professionnels de la santé.

En dépit de ces prétendus avantages, le passage de la théorie à la pratique est semé de diverses embûches. Certaines de ces difficultés sont abordées ci-dessous.

Dans sa discussion féconde de la réforme administrative et de la coordination et de l'intégration des services sociaux, Weiss (1981) a soutenu que les décideurs avaient continué de défendre la coordination en dépit de résultats décourageants parce qu'ils avaient été séduits par le «contenu symbolique et expressif du message de coordination» (p. 21-22). Elle a indiqué que les éléments suivants pouvaient constituer des obstacles à la création de liens entre organisations :

Conflit conceptuel - ambiguïté à traduire l'idée en mesures concrètes administratives et professionnelles

Résistance professionnelle - perception par les professionnels que la coordination représente un moyen d'accroître le contrôle de la direction sur eux

Contraintes bureaucratiques - tendance des organisations à résister au changement et à maximiser leur autonomie et leur survie

Contexte politique - possibilité que les programmes de coordination et d'intégration deviennent de simples lieux de conflits de pouvoir sur le contrôle, les priorités ou les ressources.

Selon Weiss, à l'époque, il y avait peu d'indications, sinon aucune, que les systèmes de prestation coordonnés apportaient des avantages à court terme ou à long terme ou qu'ils assuraient de meilleurs services que les systèmes non coordonnés. Au niveau symbolique, l'image de rationalité associée à la coordination et à l'intégration fournit aux décideurs une légitimité accrue lorsque vient le temps d'appliquer la réforme.

Dans une analyse plus récente de la documentation sur la coordination et l'intégration de la prestation des services communautaires, Rondeau et Deber (1992) ont laissé entendre que l'intégration des structures de prestation des services sociaux était entravée par des «obstacles politiques, sociaux et économiques majeurs» (p. 387). Ces obstacles comprenaient : la complexité du système, une vision imparfaite ou contraire, les idéologies professionnelles, l'absence de facteurs d'incitation, les réalités de financement et les capacités inégales et fragmentées des gouvernements locaux. Les auteurs ont souligné que les tentatives d'intégrer les services sociaux devaient être considérées à l'intérieur d'un contexte politique. Ils ont conclu que la création d'un certain nombre de structures interdépendantes, qui réduisent collectivement les obstacles à certains niveaux, serait nécessaire à l'intégration des services sociaux. Un facteur clé pour atteindre une plus grande intégration est la création de facteurs d'incitation suffisants pour encourager la coopération parmi les divers intervenants.

Dans le domaine de la santé plus particulièrement, Shortell (1988), dans sa revue fondamentale des données sur le rendement des systèmes hospitaliers aux États-Unis, a repris les remarques de Weiss sur l'absence de preuves. En effet, selon les études disponibles à l'époque, peu nombreuses, et les données comparatives de 1000 hôpitaux à système et hôpitaux autonomes, Shortell a conclu qu'il y avait peu d'indications, sinon aucune, appuyant l'hypothèse que les hôpitaux à système étaient plus rentables, offraient de meilleurs résultats chez les patients ou réalisaient des économies d'échelle comparativement aux autres hôpitaux.

Shortell et coll. (1993) ont effectué une étude descriptive des obstacles et des facteurs de facilitation à la création de systèmes organisés de prestation des soins aux États-Unis. La recherche était basée sur des entrevues semi-structurées avec des présidents de conseils de systèmes hospitaliers, des membres de conseils, des membres de conseils d'unité de fonctionnement, des dirigeants au niveau du système et de l'unité de fonctionnement et des médecins chefs de file dans douze hôpitaux à système aux États-Unis. Les observations ont indiqué qu'il existait huit obstacles majeurs à l'intégration :

Méconnaissance du nouveau concept d'activités de base - continuer de baser les décisions sur les installations individuelles, continuer d'affecter la majorité des fonds aux soins de courte durée, bien que, dans les documents de planification, l'accent soit sur les soins primaires basés sur les principes de gestion des soins de courte durée, confusion par les gestionnaires des opérations entre la théorie des soins primaires et la pratique des soins de courte durée, l'intégration des médecins comme stratégie pour entretenir le secteur de l'hospitalisation plutôt que de faire croître le secteur des soins primaires et l'incapacité de convaincre les gestionnaires qu'un système basé sur les soins primaires est rentable.

Incapacité de dépasser le modèle hospitalier - stratégie de croissance du système basée sur l'intégration horizontale des hôpitaux, fusion des hôpitaux basée sur une conformité volontaire, prépondérance des besoins des hôpitaux sur les besoins et les décisions des médecins, développement de projets spéciaux des hôpitaux sans rapport avec les priorités du système

Incapacité de convaincre le principal établissement à accepter une stratégie de système - dominance du système par l'établissement majeur

Incapacité du conseil de comprendre le nouvel environnement des soins de santé - le fait de ne pas faire passer la priorité des soins de courte durée aux soins primaires, l'absence d'une reddition de comptes établie pour des stratégies précises, le manque de soutien aux actions stratégiques audacieuses de la direction

Rôles et responsabilités ambigus - Les administrateurs se voient comme les victimes du changement plutôt que ses agents; crainte des gestionnaires des opérations de perdre pouvoir et influence, absence de reddition de comptes établie et de systèmes de rétribution

Incapacité de gérer les soins intégrés - la direction ne comprend pas la stratégie concernant la relation entre le produit que constituent les soins intégrés et l'hôpital; le recrutement des médecins n'est pas vu selon l'optique du système; on ne sait pas comment appliquer la stratégie du système; confusion des rôles des unités de fonctionnement

Incapacité d'appliquer la stratégie - peu disposés à appliquer la stratégie; l'élaboration de la stratégie du système tient peu compte de la capacité interne

Absence d'un alignement stratégique - répartition inadéquate des ressources; absence d'une direction stratégique cohérente; confusion de la direction quant à la stratégie réelle; importance exagérée accordée aux contrôles comptables et financiers au détriment de la satisfaction des clients, des études de marché et de l'évaluation des besoins en santé de la collectivité.

Les problèmes d'intégration au niveau du système sont illustrés dans la description que fait Gosselin (1984) du système régional au Québec. Cet auteur a noté que la conviction qu'on pouvait réaliser des changements d'une façon coopérative s'est réalisée mais surtout parce que la réforme a été concentrée dans le secteur communautaire. Les hôpitaux ont continué de définir les besoins des patients selon leurs propres priorités organisationnelles et il y a eu peu de rationalisation des fonctions. Il a indiqué que des systèmes de valeur divergents étaient à la base de l'échec d'une intégration plus complète des services hospitaliers et des services communautaires.

Selon Shortell et coll. (1993), il y aurait sept capacités de base nécessaires à l'intégration de systèmes de prestation organisés. Ces capacités sont :

la création d'une nouvelle culture de gestion - accent mis sur la gestion non délimitée par les secteurs, gestion des marchés et des réseaux de soins à travers les épisodes de maladie et selon les voies de la santé, plus d'importance accordée à la négociation et à la gestion des conflits, penser en fonction du système, promotion du travail d'équipe et disparition des frontières entre le personnel d'exécution et le personnel de gestion

des décisions basées sur l'évaluation des besoins de la population - l'évaluation des besoins, des demandes et des préférences d'une population définie sera nécessaire à la

responsabilisation quant à l'état de santé de cette population; il faudra des liens plus étroits avec la collectivité

un système d'information intégré - visant à assurer la continuité des soins; intégration des données cliniques et financières; prise en charge organisée; gestion d'équipe; lignes directrices cliniques et processus permanents d'amélioration de la qualité

un système intégré pour l'évaluation et la gestion de la technologie - système officiel pour l'évaluation de l'indice de rentabilité d'autres technologies

un processus permanent d'amélioration - l'amélioration continue de la qualité et la gestion de la qualité totale permettent à l'organisation de réagir plus efficacement à l'évolution du milieu

liens d'information et facteurs d'incitation du système - réunir patients et prestataires dans le continuum des soins et récompenser les comportements de collaboration.

Se basant sur les travaux de Shortell et d'autres chercheurs dans sa revue descriptive du rapport entre les alliances stratégiques et les systèmes de prestation intégrés, Dowling (1995) a indiqué que les «praticiens» en sont venus à s'entendre sur les facteurs de réussite des systèmes intégrés. Ces facteurs sont les suivants :

engagement et leadership de la part du Conseil, du directeur général et des dirigeants - il est essentiel de s'assurer que le système devienne vraiment intégré. Les qualités de leadership souhaitables comprennent : la capacité d'exprimer une vision pour l'avenir, la capacité d'inspirer et d'habiliter les autres, la capacité de promouvoir le travail d'équipe, la capacité de gérer les conflits et le changement

prise de décision partagée par les participants clés - il est particulièrement important de rendre les médecins «co-propriétaires» de la vision et partenaires de la réussite du système de prestation

éducation - pour renforcer les changements organisationnels et favoriser l'adhésion

choix judicieux de médecins meneurs - le but est de trouver ou d'encourager les médecins qui sont ouverts au changement; une fois reconnus, ces personnes devraient devenir des participants à part entière dans les décisions concernant les buts, les orientations et la réussite du système. Ceci facilitera la création d'un sentiment d'appartenance pour l'intégration du système

affirmation de l'autonomie du médecin dans la prise de décisions cliniques

prise de décision fondée sur la santé de la population et la logique du continuum des soins

vision claire de l'avenir - la vision doit être pouvoir être expliquée et, plus important encore, «ressentie»

alignement des rôles, stratégies, structures et systèmes de gestion de l'organisation avec la vision

création de nouvelles attitudes et compétences au moyen de l'éducation et de la formation

importance accordée aux buts liés au service de la collectivité et des patients

ouverture aux besoins et aux attentes de la clientèle et des acheteurs des services

nécessité de se détacher du modèle hospitalier.

Parmi ces facteurs de réussite de l'intégration, il faut noter l'importance accordée à l'intégration des médecins dans le système. Dans une étude descriptive des systèmes de prestation organisés, Shortell et coll. (1994) ont trouvé des indications que le degré d'intégration des médecins était associé de façon positive à la performance financière. Les auteurs ont reconnu que la base de données de laquelle cette conclusion et les conclusions de l'étude effectuée auparavant étaient tirées ne sont que des indications parce que cette base est limitée aux données sur la performance financière des hôpitaux pour un point fixe dans le temps.

Dans une étude descriptive de la coordination des services aux patients dans des systèmes régionaux de santé, Conrad (1993) a souligné l'importance de réaliser l'intégration clinique pour procéder ensuite à l'intégration verticale. Shortell et coll. (1994) ont réaffirmé cette idée lorsqu'ils ont déclaré «qu'il n'est tout simplement pas possible de réaliser quelque intégration clinique que ce soit pour les patients sans un rapport étroit entre les médecins et le système de prestation organisé. En particulier, le pourcentage de médecins exerçant dans des groupes à multiples spécialités ou des établissements intégrés appartenant à un système était lié de façon notable à des mesures telles que le nombre de protocoles cliniques élaborés, le pourcentage de mesures de résultats cliniques recueillies et le pourcentage de divers services cliniques partagés» (p. 53).

Conrad (1993) a laissé entendre qu'il y avait un certain nombre de facteurs de facilitation et de facteurs limitants associés à l'intégration des services cliniques. Les facteurs de facilitation comprennent : la création de nouveaux mécanismes de collaboration entre les hôpitaux et les médecins, la tendance pour le continuum des soins à aller vers les soins ambulatoires et préventifs (axés sur la population), les stratégies internes de gestion des soins dans les hôpitaux, une gestion financière et une planification stratégique relativement bien intégrées, la modification des modes de rémunération des médecins, la modification des caractéristiques d'exercice et l'accroissement de l'innovation dans la technologie de l'information. Quant aux facteurs limitants, ils comprenaient : le manque de confiance entre médecins et établissements, la résistance à la régionalisation et à la technologie accompagnant la systématisation, à la décentralisation des dossiers et des systèmes de prise en charge des patients, des systèmes d'information insuffisamment intégrés, le cadre de réglementation existant et le coût toujours élevé de la technologie de l'information.

Dans un essai clinique de faible puissance, Corcoran et coll. (1988) ont évalué le résultat d'un changement d'un système de santé public de cliniques à services spécialisés à des cliniques de services intégrés. Les résultats d'une analyse comparative avant-après chez des clients choisis au hasard ont indiqué que le personnel percevait des améliorations dans les soins des patients, l'éducation et le suivi des patients et la gestion de la charge de travail. Les résultats de l'enquête menée auprès des patients ont révélé des améliorations dans les délais d'attente, la disponibilité des services et la durée (nombre de jours) des services. Les résultats indiquent donc une satisfaction accrue tant pour le personnel que pour les clients.

Quant au niveau inter-organisationnel, Bégin (1977), dans son analyse de l'intégration des hôpitaux et des CLSC dans les collectivités rurales, a constaté que l'opposition de systèmes de valeurs organisationnelles avait rendu l'intégration de deux entités distinctes irréalisable. Au niveau du conseil, l'intégration était superficielle, l'hôpital continuait de dominer. Au niveau des opérations internes, les médecins associés à l'hôpital ont continué de fournir tous les services de soins primaires sans intégration avec les CLSC. L'attitude des médecins à l'endroit des CLSC était tiède sinon franchement hostile. L'accès aux dossiers était contrôlé par la composante hospitalière de l'organisation. Le plus haut degré d'intégration semble avoir été à la réception, les deux organisations partageant le même espace.

Une étude descriptive (méthodologie d'enquête) de l'intégration de la santé publique dans les hôpitaux au Québec (Pineault et coll., 1986) a révélé que les DSC (Départements de santé communautaire) ont été bien intégrés dans la structure administrative des hôpitaux mais pas dans leur structure professionnelle. Les DSC avaient de «meilleurs» résultats dans la coordination interne des soins ambulatoires et les fonctions classiques de lutte contre les maladies. Cependant, leurs résultats étaient «médiocres» dans les fonctions externes relatives à leur nouveau rôle de santé communautaire (coordination externe, programmation et évaluation), à l'exception de l'évaluation des besoins en santé. Pineault et coll. ont conclu que l'intégration administrative pourrait être avantageuse si elle était accompagnée de mécanismes de protection des ressources de l'unité.

Dans une étude descriptive des avantages de la coordination des services destinés aux patients en santé mentale au Québec, White et Mercier (1991) ont conclu que même si la coordination était souvent considérée comme la clé de la continuité des soins, elle comportait aussi des effets négatifs. Dans une comparaison des forces et des faiblesses de deux types d'organismes communautaires fournissant des services en santé mentale, les auteurs ont constaté que la coordination pouvait entraîner l'élimination de la diversité des options de prestation des services. Ce faisant, le processus peut priver certains patients des avantages offerts par certaines organisations. La standardisation des services peut ainsi provoquer la mise à l'écart ou l'exclusion de certains patients.

Dans une étude sur l'historique de l'intégration d'un service local de santé et d'un centre de santé communautaire dans une région rurale de la Caroline du Nord, Lambrew et coll. (1993) ont noté que «les circonstances et l'intervention de l'État ont été les catalyseurs de l'intégration des services, plus encore que le besoin de ces mécanismes ou les avantages qui en découlent» (p. 19). Les auteurs mettent le lecteur en garde contre une application générale de ces résultats.

9.1.2 Niveau de l'organisation

Lennie et coll. (1990) ont fait une étude descriptive du rendement de la prestation de services de soins primaires dans neuf centres de santé communautaires en Australie en se servant de critères d'entrée et de sortie, notamment la gestion interne, l'éthique et les buts communs, la gestion communautaire, les arrangements financiers et l'expérience en éducation (entrées) ainsi que l'orientation des clients, la satisfaction, le travail d'équipe et l'orientation de la collectivité. La structure de gestion interne était le plus important facteur prédictif des résultats d'un centre. Comme l'ont noté les auteurs :

la meilleure structure interne a permis l'expression de valeurs éthiques communes... et a réussi à concilier les orientations des clients et de la collectivité. Les systèmes existaient pour s'assurer que tous les membres de l'équipe se rencontraient régulièrement et auraient

des occasions régulières de travailler ensemble. Des mécanismes formels garantissaient la responsabilité et des occasions à exploiter pour l'orientation de la collectivité (p. 114).

Des valeurs partagées par la direction, les autres membres du personnel, les médecins et les membres du conseil constituaient un autre facteur prédictif fort des résultats d'un centre.

9.1.3 Résumé et éléments d'orientation : Systèmes, processus et structures de gestion

Selon la documentation revue dans le cadre de cette étude, l'intégration de la gestion au niveau du système ou de la région est souhaitable parce qu'elle permet la planification et la répartition des ressources indépendamment des frontières sectorielles, orientées selon une conception large de la santé de la population plutôt que selon les préférences individuelles des organisations. Malgré cette affirmation théorique sur les avantages de l'intégration, peu d'indications sont venues jusqu'ici appuyer les avantages administratifs ou économiques de l'intégration.

Plusieurs auteurs ont laissé entendre que l'intégration était facilitée par les facteurs suivants : création d'une nouvelle culture de gestion, présence d'une direction forte, inclusion des médecins dans le processus décisionnel concernant les changements et la gestion courante du système et systèmes d'information intégrés.

Beaucoup d'importance a été accordée à l'inclusion des médecins dans les systèmes intégrés. Certains auteurs les considéraient comme un déterminant majeur de la réussite de l'intégration au niveau du système.

Par ailleurs, certains auteurs ont relevé des obstacles de taille à l'intégration des services de santé au niveau des régions ou du système. Ont été mentionnés : la résistance au changement de la part des principaux intervenants, l'absence d'une direction engagée, une compréhension imparfaite de la direction du changement, l'échec à convaincre les gestionnaires d'adhérer au changement et le fait de ne pas avoir inclus les médecins dans les grandes décisions concernant le changement.

Pour planifier l'intégration de la gestion au niveau des régions ou du système, les décideurs doivent se pencher sur les questions suivantes :

Comment peut-on rendre opérationnels les facteurs de succès les plus importants dans l'application d'un système régional intégré de soins de santé?

Comment peut-on surmonter les obstacles les plus importants dans ce processus?

Quelles stratégies encourageront les médecins à adhérer au changement?

Ce sont là des questions qui doivent être continuellement posées au cours de l'intégration et après.

10 RÉSUMÉ DE LA REVUE DE LA DOCUMENTATION

La revue de la documentation sur les modalités organisationnelles liées à la prestation de soins de santé communautaires a porté sur cinq sujets : la direction, la prestation de services, les approches de financement, les aires de recrutement des services et les structures de gestion. En voici les principales constatations.

10.1 Direction

La documentation sur la direction portait sur des questions liées à la participation des citoyens et au choix des patients. En ce qui a trait à la participation des citoyens, les documents ont indiqué qu'il n'y avait pas de preuves empiriques que les conseils de direction habilitaient les citoyens par rapport aux autres intervenants.

Quant au choix des patients, il semble que lorsqu'ils ont l'information appropriée sur des interventions précises, les patients choisissent parfois les interventions moins intensives et moins coûteuses.

L'approche classique de direction des modèles de prestation de soins de santé communautaires n'a pas été un moyen efficace d'habilitation des clients ou des collectivités desservies. En fait, l'approche de conseil communautaire semble traduire un biais élitiste défavorable à une forte participation des consommateurs. Le choix de la méthode de nomination et des critères de sélection des membres du conseil demeurent des questions importantes. Le défi majeur semble être d'apparier des ensembles de compétences aux responsabilités du conseil tout en s'assurant d'une large représentativité.

En raison de la relation d'indépendance entre le gouvernement comme bailleur de fonds et l'organisme communautaire comme fournisseur privé de services, la reddition de comptes par une pré-vérification est généralement faible. Les mécanismes électoraux locaux en font partie. Comme l'illustrent les deux exemples cités dans la revue, à défaut d'une forte capacité de pré-vérification, le gouvernement éprouve des difficultés à faire respecter les politiques et les lignes directrices.

Une autre question importante soulevée à propos de la direction est le degré de participation au processus décisionnel désiré par les non-spécialistes. On pense volontiers que les consommateurs souhaitent intervenir dans les conseils communautaires mais il existe des indications qu'ils ne veulent pas assumer la responsabilité des décisions majeures concernant la répartition des ressources. Étant donné que l'un des objectifs des initiatives de la réforme actuelle du système de santé est de renforcer le rôle des collectivités dans le processus décisionnel, on doit considérer soigneusement le champ des responsabilités conférées dans ce domaine ainsi que les mécanismes par lesquels les consommateurs participent aux décisions touchant leur santé.

10.2 Prestation des services

La documentation sur les modèles de prestation en santé communautaire a indiqué qu'en général, les modèles intégrés multi-services et multidisciplinaires étaient moins coûteux et plus rentables que les services comparables fournis par des prestataires de services uniques, qu'ils soient des individus ou des établissements. Ce fait est particulièrement évident lorsqu'on compare le modèle organisationnel de centre de santé communautaire à l'exercice de la médecine en solo avec rémunération à l'acte. Les économies majeures semblent être attribuables à la réduction de l'utilisation des services hospitaliers externes et internes par les populations desservies par les centres de santé communautaires. Ces centres offrent également plus d'accessibilité.

Hormis les centres de santé communautaires, la prestation de services communautaires semble offrir des possibilités d'économie dans la prestation de soins pour les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies mentales, les enfants et les malades en phase terminale. Des études sur les soins aux personnes âgées, les soins prénatals, ainsi que les soins aux personnes souffrant de maladies mentales, aux enfants et aux malades en phase terminale, ont indiqué que la prestation de soins dans un cadre communautaire pouvait entraîner une accessibilité accrue, et de meilleurs résultats de santé à un coût moindre que les soins procurés par des prestataires autonomes ou des établissements. Plus précisément, on a signalé de meilleurs résultats dans la qualité de vie des personnes âgées, des personnes souffrant de maladies mentales et des patients en phase terminale. On a également relevé de meilleurs résultats chez les nouveau-nés dont les mères avaient reçu des soins prénatals coordonnés. Des améliorations de la qualité des soins ont été notées chez ces groupes. Cependant, il faudra faire d'autres recherches dans ce domaine pour déterminer l'éventail de résultats liés à la qualité de la vie sur lesquels influe le choix de modalités de prestation de services.

En général, les efforts de recherche sur la «rentabilité» et l'«efficacité» ont été limités par divers problèmes d'ordre méthodologique. Hollander (1994) a ouvertement mis en doute l'applicabilité au contexte canadien des études des soins de santé menées aux États-Unis. Au-delà de ces difficultés méthodologiques, Hollander a laissé entendre qu'une évaluation plus précise des coûts et des avantages des soins prolongés au Canada ne sera possible que lorsque toutes les provinces auront accepté de recueillir et de consigner les données d'une manière standardisée.

10.3 Approches de financement

Il semble qu'une approche axée sur les populations ou axée sur les besoins, ou encore une combinaison de ces deux types d'approche, soit plus susceptible d'aboutir à une distribution équitable des ressources et de mettre l'accent sur les résultats de santé plutôt que sur les ressources elles-mêmes. La mise en application de ce type d'approche exigera l'élaboration d'un indicateur valide de l'état de santé de la population et des mécanismes fiables permettant de recueillir les données nécessaires pour suivre précisément la santé de la population au niveau régional.

10.4 Aires de recrutement des services

Une définition claire de l'aire de recrutement des services est un élément essentiel à la prise de décision basée sur la santé de la population, y compris l'évaluation des besoins et la répartition des ressources de soins de santé en fonction de ces besoins. Les décideurs doivent prendre garde que la définition de l'aire de recrutement n'entraîne pas de choix inévitables par les prestataires de services.

10.5 Structures de gestion

La documentation sur l'intégration au niveau du système ou des régions est basée, dans une large mesure, sur les discussions des facteurs positifs ou négatifs influant sur l'intégration. L'opinion générale qui se dégage de la revue est qu'il y a des obstacles importants à l'intégration du système associés à la distribution actuelle du pouvoir et des ressources. Pour surmonter ces obstacles, il faudra une direction forte, une nouvelle culture d'organisation, une vision claire et des systèmes d'information intégrés.

Un élément particulièrement important, tant sur le plan de la réussite de l'intégration que sur celui des coûts, est l'inclusion des médecins dans les décisions liées au changement et à la gestion globale d'un système intégré. Plusieurs auteurs ont laissé entendre que l'intégration ne fonctionnera que si les médecins participent à la prise de décision. Le système doit incorporer les préférences de la profession médicale à celles des administrateurs et des patients. Selon une étude descriptive (Shortell et coll., 1994), le degré d'intégration des médecins montre une corrélation positive avec les résultats financiers du système. Toutefois, cette conclusion n'était basée que sur des données obtenues dans des hôpitaux.

On s'entend également à dire que jusqu'ici, aucune preuve empirique satisfaisante n'est venue appuyer l'hypothèse selon laquelle le système intégré est moins coûteux que l'absence de système. Cependant, la plupart des études ont porté seulement sur des hôpitaux à système.

BIBLIOGRAPHIE

- Abelson, J. et Hutcheson. *Primary Health Care Delivery Models: Review of the International Literature* (document de travail p. 94-15, 1994), Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
- Abelson, J., Lomas, J., Eyles, J., Birch, S. et Veentstra, G. *Does the Community Want Devolved Authority? Results from Deliberative Polling in Ontario* (document de travail p. 94-19, 1994), Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
- Abelson, J. et Lomas, J. Do health service organizations and community health centers have higher disease prevention and health promotion levels than fee-for-service practices? *Journal de l'Association médicale canadienne*, p. 575-581, 1990.
- Aday, L.A., Wegener, D.H., Andersen, R.M. et Aitken, M.J. Home Care For Ventilator-Assisted Children. *Health Affairs - DataWatch* Summer 1989 p. 137-147.
- Addington-Hall, J.M., MacDonald, L.D., Anderson, H.R., Chamberlain, J., Freeling, P., Bland, J.M. et Raftery, J. Randomised controlled trial of effects of coordinating care for terminally ill cancer patients. *British Medical Journal* vol. 305, n° 6865, p. 1317-1322, 1992.
- Alberta, Ministère de la Santé. *Alternative Funding Models for the Alberta Public Health System* (document de travail), Division de la santé publique, 1991.
- Alberta, Ministère de la santé. *Regional Funding Allocation Methodology* (document de travail), Économie et Statistique sanitaires, 1994.
- Alberta, Ministère de la Santé, Division de la stratégie sanitaire et de l'évaluation. *Regionalization of Health Services Planning and Management: A Canadian Perspective*, juillet 1993.
- Alford, R. *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*. University of Chicago Press, 1975.
- Angus, D.E., et Manga, P. *Efficacité des modèles de prestation coopératifs/communautaires des soins de santé*. Association des coopératives canadiennes, Ottawa, 1990.
- Angus, D.E., Auer, L., Cloutier, J.E. et Albert, T. *Pour un système de soins de santé viable au Canada : rapport de synthèse*. Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's, 1995.
- Ansak, M-L. et Zawadski, R.T. *On Lok CCODA: A Consolidated Model*. The Haworth Press, Inc., p. 147-170, 1984.
- ARA Consulting Group Inc. *Final report: Evaluability Assessment of Ontario's Community Health Centre Program*. Présenté au groupe de projet chargé de l'évaluation, Projet de planification et d'évaluation stratégiques, Programme sur les centres de santé communautaires, ministère de la Santé de l'Ontario, 1992.
- Aronson, J. Giving Consumers a Say in Policy Development: Influencing Policy or Just Being Heard? *Analyse de Politiques* vol. 19, n° 4, p. 367-378, 1993.

- Auteur anonyme. Planification pour la santé : vers une prise de décision éclairée. Santé et Bien-être social Canada. Ottawa : Approvisionnements et Services, 1993.
- Baldwin, L., Inui, T.S. et Stenkamp, S. The effect of coordinated, multidisciplinary ambulatory care on service use, charges, quality of care of care and patient satisfaction in the elderly. *Journal of Community Health* vol. 18, n° 2, p. 95-108, 1993.
- Barry, M.J., Mulley, A.G. Jr., Fowler, F.J. et Wennberg, J.W. Watchful Waiting vs Immediate Transurethral Resection for Symptomatic Prostatism. *Journal of the American Medical Association* vol. 259, n° 20, p. 3010-3017.
- Bégin, C. Les CH-CLSC peuvent-ils cohabiter? *Hygiène mentale au Canada* vol. 25, n° 4, p. 11-15, 1977.
- Birch, S., Chambers, S., Eyles, J., Hurley, J. et Hutchinson, B. Development and Application of a Needs-Based Methodology for Calculating a Capitation Rate for a Comprehensive Health Organization. McMaster University, Hamilton (Ontario), mai 1990.
- Birch, S., Lomas, J., Rachlis, M. et Abelson, J. HSO Performance: A Critical Appraisal of Current Research. Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, 1990.
- Birch, S. et Chambers, S. To each according to need: a community-based approach to allocating health care resources. *Journal de l'Association médicale canadienne* vol. 149, n° 5, p. 607-612, 1993.
- Birch, S., Eyles, J., Hurley, J., Hutchison et Chambers, S. A Needs-based Approach to Resource Allocation in Health Care. *Analyse de Politiques* vol. XIX, n° 1, p. 68-85, 1993.
- Birenbaum, L.K. et Clarke-Steffen, L. Terminal Care Costs in Childhood Cancer. *Pediatric Nursing* vol. 18, n° 3, p. 285-288, 1992.
- Bond, G.R., Witheridge, T.F., Wasmer, D., Duncan, J., McRae, S.A., Mayes, J. et Ward, R.S. A comparison of two crisis housing alternatives to psychiatric hospitalization. *Hospital & Community Psychiatry* n° 2, p. 177-183, 1989.
- Borland, A., McRae, J. et Lycan, C. Outcomes of five years of continuous intensive case management. *H&Cp - Hospital & Community Psychiatry* vol. 40, n° 4, p. 369-376, 1989.
- Bouchard, H.S. Can In-home Hospital Care Be Implemented in Ontario? Implications for Public Policy. *Forum* p. 14-27, Summer, 1990.
- Bozzini, L. Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec: Description, Evaluation, Perspectives. *Journal of Public Health Policy* p. 347-375, 1988.
- Brown, L.D. Some Structural Issues in the Health Planning Program. *Health Planning in the United States: Selected Policy Issues* vol. 2, p. 1-53, 1981.
- Buescher, P.A., Roth, M.S., Williams, D. et Goforth, C.M. An evaluation of the impact of maternity care coordination on Medicaid birth outcomes in North Carolina. *American Journal of Public Health* vol. 81, n° 12, p. 1625-1629, 1991.

- Buescher, P.A. et Ward, N.I. A comparison of low birth weight among Medicaid patients of public health departments and other providers of prenatal care in North Carolina and Kentucky. *Public Health Reports* vol. 107, n° 1, p. 54-59, 1992.
- Burns, T., Beadsmoore, A., Bhat, A.V., Oliver, A. et Mathers, C. A Controlled Trial of Home-Based Acute Psychiatric Services. I: Clinical and Social Outcome. *British Journal of Psychiatry* vol. 163, p. 49-54, 1993.
- Burns, T., Raftery, J., Beadsmoore, A., McGuigan, S. et Dickson, M. A Controlled Trial of Home-Based Acute Psychiatric Services. II: Treatment Patterns and Costs. *British Journal of Psychiatry* vol. 163, p. 55-61, 1993.
- Carr-Hill, R.A. Health Status, Resource Allocation and Socio-Economic Conditions (Interim Report of Health Needs Research Study). Centre for Health Economics, University of York, Heslington, York, B.I., 1987.
- Carroll, B.W. Administrative devolution and accountability: the case of the non-profit housing program. *Administration publique du Canada* vol. 32, n° 3, p. 345-366, 1989.
- Cartoof, V.G., Klerman, L.V. et Zazueta, V.D. The effect of source of prenatal care on care-seeking behavior and pregnancy outcomes among adolescents. *Journal of Adolescent Health* vol. 12, n° 2, p. 124-129, 1991.
- Charles, C. et DeMaio, S. Lay Participation in Health Care Decision Making: A Conceptual Framework. *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol. 18, n° 4, p. 881-904, 1993.
- Checkoway, B. The Empire Strikes Back: More Lessons for Health Care Consumers. *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol. 7, n° 1, p. 111-123, 1982.
- Checkoway, B. et Doyle, M. Community Organizing Lessons for Health Care Consumers. *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol. 5, n° 2, p. 213-226, 1980.
- Checkoway, B. Public Participation in Health Planning Agencies: Promise and Practice. *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol. 7, n° 3, p. 723-733, 1982.
- Church, W.J.B. District Health Councils: The Local Advisory Body and Health Care Policy in Ontario. Thèse présentée à l'Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), 1986.
- Church, W.J.B. Structural Interests and Health Politics in Ontario: The Case of Community Health Centers. Thèse de doctorat non publiée; University of Western Ontario, 1994.
- Conrad, D.A. Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems: The Challenge of Clinical Integration. *Hospital & Health Services Administration* vol. 38, n° 4, p. 491-508, 1993.
- Colombie-Britannique, Ministère de la Santé. Regional Funding Allocation Model, (document de travail, 2^e version). A Funding Scheme to Support New Directions Decentralization Initiative. New Directions Development Office, novembre 1993.
- Corcoran, J., Hill, N., Credle, J., Lowe, P.H., Dever, G.E.A., Lofton, T.C. et Anderson, S.L. Improving the delivery of services in a local health department: integration versus block. *Public Health Nursing* n° 2, p. 76-80, 1988.

- Crichton, A., Robertson, A., Gordon, C. et Farrant, W. Implementing Canada's Social Model of Health Care; A Review of the Literature on Organizational Models for Community-based Health Services. *Subvention du PNRDS n° 5-52047-2522*, 1991.
- Crichton, A. Health Insurance and Medical Practice Organization in Canada: Findings from a Literature Review. *Medical Care Review* vol. 51, n° 2, p. 149-177, 1994.
- Davidson, G., Moscovice, I. and McCaffrey, D. Allocative Efficiency of Case Managers for the Elderly. *Health Services Research* vol. 24, n° 4, p. 539-554, 1989.
- Deber, R., Ross, E. et Katz, M. *Comprehensiveness in Health Care, Report to: the Health Action Lobby*, 1993.
- DeFriese, G.H. The Sault Ste. Marie Community Health Survey of 1973: Community Health Centers and Private Solo Practice under Universal Health Insurance: The Consumer's View. 1974.
- Direction de l'économie et de la statistique sanitaires. Regional Funding Allocation Methodologies, document de travail (version préliminaire), février 1994.
- Doherty, N., Hicks, B., Raisz, H. et Segal, J. Triage: overcoming organizational and financial barriers to care for the elderly. *Home Health Care Services Quarterly* vol. 1, n° 3, p. 37-48, 1980.
- Donaldson, C. et Gregson, B. Prolonging Life at Home: What is the Cost? *Community Medicine* vol. 11, n° 3, p. 200-209, 1989.
- Dowling, W.L. Strategic Alliances as a Structure for Integrated Delivery Systems, dans Kaluzny, A.D. et coll., éd., *Partners for the Dance: Forming Strategic Alliances in Health Care*, Ann Arbor: Health Administration Press, 1995.
- Eakin, J.M. Hospital Power Structure and the Democratization of Hospital Administration in Quebec. *Social Science Medicine* vol. 18, n° 3, p. 221-228, 1984.
- Eakin, J.M. Survival of the Fittest? The Democratization of Hospital Administration in Quebec. *International Journal of Health Services* vol. 14, n° 3, p. 397-412, 1984.
- Eyles, J. The Role of the Citizen in Health-Care Decision-Making. Centre for Health Economics and Policy Analysis. Policy Commentary p. C93-1, 1993.
- Feldman, P.H. Work life improvements for home care workers: impact and feasibility. *Gerontologist* n° 1, p. 47-54, 1993.
- Fenton, F.R., Tessier, L. et Struening, E.L. A Comparative Trial of Home and Hospital Psychiatric Care. One-Year Follow-up. *Arch Gen Psychiatry* vol. 36, p. 1073-1079, 1979.
- Fenton, F.R., Tessier, L., Contandriopoulos, A-P, Nguyen, H. et Struening, E.L. A comparative Trial of Home and Hospital Psychiatric Treatment: Financial Costs. *Revue canadienne de psychiatrie* vol. 27, p. 177-187, 1982.
- Ferguson, G. The New Brunswick Extra-Mural Hospital: A Canadian Hospital-at-Home. *Journal of Public Health Policy* p. 561-570, Winter, 1987.

- Fleming, G.V. et Andersen, R.M. The Municipal Health Services Program. Improving access to primary care without increasing expenditures. *Medical Care* vol. 24, n° 7, p. 565-579, 1986.
- Fowler, F.J. et coll. Symptom Status and Quality of Life following Prostatectomy. *Journal of the American Medical Association* vol. 259, n° 20, p. 2018-3022, 1988.
- Freeman, H.E., Kiecolt, K.J. et Allen, H.M. Community Health Centers: An Initiative of Enduring Unity. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* vol. 60, n° 2, p. 245-267, 1982.
- Fried, B.J., Worthington, C. et Deber, R.B. Economic Evaluations in the Canadian Mental Health System II: From Theory to Practice in Mental Health Care. *Revue canadienne de psychiatrie* vol. 34, p. 637-640, 1989.
- Gibbins, F.J., Lee, M. et Davidson, P.R. Augmented Home Nursing as an Alternative to Hospital Care for Chronic Elderly Invalids. *British Medical Journal* vol. 284, p. 330-333, 1982.
- Ginzberg E. et Ostow, M. Conservation of Human Resources, Columbia University. The Community Health Care Center: Current Status and Future Directions. *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol. 10, n° 2, p. 283-298, 1985.
- Godbout, J. Is Consumer Control Possible in Health Care Services? the Quebec Case. *International Journal of Health Services* vol. 11, n° 1, p. 151-167, 1981.
- Gosselin, R. Decentralization/regionalization in health care: the Quebec experience. *HCM Review* p. 7-23, 1984.
- Graveley, E.A. et Littlefield, J.H. A cost-effectiveness analysis of three staffing models for the delivery of low-risk prenatal care. *American Journal of Public Health* vol. 82, n° 2, p. 180-184, 1992.
- Handler, A. et Rosenberg, D. Improving Pregnancy Outcomes: Public versus Private Care for Urban, Low-Income Women. *BIRTH* vol. 19, n° 3, p. 123-130, 1992.
- Hastings, J.E.F., Mott, F.D., Barclay, A. et Hewitt, D. Prepaid Group Practice in Sault Ste. Marie, Ontario: Part 1: Analysis of Utilization Records. *Medical Care* vol. 11, n° 2, p. 91-103, 1973.
- Hollander, M.J. *The Costs and Cost-Effectiveness of Continuing-care Services in Canada*, Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's, document de travail n° 94-06, Université d'Ottawa, Ottawa, p. 11, 1994
- Hughes, S.L., Cummings, J., Weaver, F., Manheim, L., Braun, B. et Conrad, K. A randomized trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. *Health Services Research* vol. 26, n° 6, p. 801-817, 1992.
- Hulsman, B. et Chubon, S.J. A comparison of disabled adults' perceived quality of life in nursing facility and home settings. *Public Health Nursing* n° 3, p. 141-146, 1989.
- Hurley, J., Birch, S. et Eyles, J. *Information, Efficiency and Decentralization within Health Care Systems*, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Série de documents de travail n° 92-21, McMaster University, 1992.

- Kemper, P., Applebaum, R. et Harrigan, M. Community care demonstrations: What have we learned? *Health Care Financing Review* vol. 8, n° 4, p. 87-100, 1987.
- Korenbrodt, C.C., Showstack, J., Loomes, A. et Brindis, C. Birth Weight Outcomes in a Teenage Pregnancy Case Management Project. *Society for Adolescent Medicine* vol. 10, n° 2, p. 185-190, 1992.
- Krieger, J.W., Connell, F.A. et Logerfo, J.P. Medicaid Prenatal Care: A comparison of Use and Outcomes in Fee-for-Service and Managed Care. *American Journal of Public Health* vol.82, n° 2, p. 185-190, 1992.
- Lambrew, J.M., Ricketts, III, T.C. et Morrissey, J.P. Case Study of the Integration of a Local Health Department and a Community Health Center. *Public Health Reports* vol. 108, n° 1, p. 19-29, 1993.
- Lehman, A.F., Postrado, L.T., Roth, D., McNary, S.W. et Goldman, H.H. Continuity of care and client outcomes in the Robert Wood Johnson Foundation program on chronic mental illness. *The Milbank Quarterly* vol. 72, n° 1, p. 105-121, 1994.
- Lomas, J. *First and Foremost in Community Health Centers: The Centre at Sault Ste Marie and the CHC Alternative*. University of Toronto Press, 1985.
- Manning, W.G., Leibowitz, A. et coll. A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice on Use of Services. *New England Journal of Medicine* vol. 310, n° 23, p. 1505-1510, 1984.
- Marmor, T.R. et Marone, J.A. Representing Consumer Interests: Imbalanced markets, Health Planning and HSA's. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* vol. 58, n° 1, p. 125-165, 1980.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Allen, G., Tempelhoff, B. et Smith, R. Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hospital & Community Psychiatry* vol. 43, n° 10, p. 1005-1010, 1992.
- Mott, F.D., Hastings, J.E.F. et Barclay, A. Prepaid Group Practice in Sault Ste. Marie, Ontario: Part 2: Evidence from the Household Survey. *Medical Care* vol. 11, n° 3, p. 173-188, 1973.
- Muijen, M., Marks, I., Connolly, J. et Audini, B. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *BMJ* vol. 304, n° 6829, p. 749-754, 1992.
- Murray, V.V., Jick, T.D. et Bradshaw, P. Hospital Funding Constraints: Strategic and Tactical Decision Responses to Sustained Moderate Levels of Crisis in Six Canadian Hospitals. *Social Science Medicine* vol. 18, n° 3, p. 211-219, 1984.
- Naylor, C.D. *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966*, Kingston : McGill-Queen's University Press, 1986.
- Newton, K., University of Dundee. Is Small Really so Beautiful? Is Big Really so Ugly? Size, Effectiveness, and Democracy in Local Government. *Political Studies* vol. XXX, n° 2, p. 190-206.
- Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, Extra-Mural Hospital, Survey Report, mars 1995(a).

- Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, Extra-Mural Hospital, Questionnaire, mars 1995(b).
- O'Neill, M. Community Participation in Quebec's Health System: A Strategy to Curtail Community Empowerment? *International Journal of Health Services* vol. 22, n° 2, p. 287-301, 1992.
- Oktaç, J.S. et Volland, P.J. Post-hospital support program for the frail elderly and their caregivers: a quasi-experimental evaluation. *American Journal of Public Health* vol. 80, n° 1, p. 39-46, 1990.
- Oktaç, J.S. et Volland, P.J. Foster Home Care for the Frail Elderly as an Alternative to Nursing Home Care: An Experimental Evaluation. *American Journal of Public Health* vol. 77, n° 12, p. 1505-1510, 1987.
- Ontario, Ministère de la Santé. New Beginnings. Review of the HSO Program, (document de travail préliminaire) février 1991.
- Pineault, R., Champagne, F. et Trottier, L-H. The Integration of Public Health in Hospitals: The Case of Community Health Departments in Quebec. *Journal of Public Health Policy* p. 314-323, 1986.
- Pinto, R. et Fiester, A. Governing Board and Management Staff Attitudes toward Community Mental Health Center Citizen Participation. *Community Mental Health Journal* vol. 15, n° 4, p. 259- , 1979.
- Poland, M.L., Giblin, P.T., Waller, J.B., Jr. et Hankin, J. Effects of a home visiting program on prenatal care and birthweight: a case comparison study. *Journal of Community Health* vol. 17, n°4, p. 221-229, 1992.
- Renaud, M. Reform of Illusion? An Analysis of the Quebec State Intervention in Health. *Santé et société canadienne*, 1987.
- Robertson, D. Méthodes de prestation des soins de santé et vieillissement de la population au Canada. *Conseil économique du Canada, Troisième âge et soins de santé : actes d'un Colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé*. Approvisionnements et Services, Ottawa p. 67-77, 1987.
- Robichaud, J-B et Quiviger, C. Des communautés actives : rapport de recherche : étude des centres communautaires locaux de services sociaux et de santé au Canada en 1988. Conseil canadien de développement social.
- Rondeau, K.V. et Deber, R.B. Models for Integrating and Coordinating Community-Based Human Service Delivery: An Analysis of Organizational and Economic Factors. *Restructuring Canada's Health Services System* vol. 387-392, 1992.
- Saltman, R.B. Patient Choice and Patient Empowerment in Northern European Health Systems: A Conceptual Framework. *International Journal of Health Sciences* vol. 24, n° 2, p. 201-229, 1994.
- Seacat, M.S. Neighborhood Health Centers: A Decade of Experience. *Journal of Community Health* vol. 3, n° 2, p. 156-170, 1977.

- Schinnar, A.P., Kamis-Gould, E., Delucia, N. et Rothbard, A.B. Organizational determinants of efficiency and effectiveness in mental health partial care programs. *Health Services Research* vol. 25, n° 2, p. 387-420, 1990.
- Sharpe, L.J., Nuffield College, Oxford. Theories and Values of Local Government. *Political Studies* vol. XVIII, n° 2, p. 153-174, 1970.
- Shortell, S.M. The Evolution of Hospital Systems: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. *Medical Care Review* vol. 45, p. 2 (Fall 1988).
- Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B. et Morgan, K.L. Creating Organized Delivery Systems: The Barriers and Facilitators. *Hospital & Health Services Administration* vol. 38, n° 4, p. 447-466, 1993.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R. et Anderson, D.A. The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs* vol. 13, n° 5, p. 47-64, Winter 1994.
- Stein, L.I. et Test, M.A. Alternative to Mental Hospital Treatment. I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Arch Gen Psychiatry* vol. 37, p. 392-397, 1980.
- Stevenson Kellogg Ernst et Whinney (Préparé par), Funding and Incentives Study p. 1-100, 1989.
- Tindal, C.R. et Tindal, S.N. *Local Government in Canada*, troisième édition. McGraw-Hill Ryerson, 1990.
- Townsend, J., Frank, A.O., Fermont, D., Dyer, S., Karran, O., Walgrove, A. et Piper, M. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *British Medical Journal* vol. 301, p. 415-7, 1990.
- Trebilcock, M.S. Winners and Losers in the Regulatory State. Dans Rea, K.J. et J.T. Macleod, *Business and Government in Canada*, Toronto: Methuen, 1976.
- Tuohy, C.J. Medical Politics after Medicare. *Analyse de Politiques* vol. 2, n° 2, p. 192-210, 1976.
- Tuohy, C.J. et R.G. Evans. Pushing on a String: The Decentralization of Health Planning in Ontario. Dans Gotembiewski, R.T. et A. Wildowsky (éd.), *The Costs of Federalism*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books, 1986.
- University of Toronto, School of Hygiene, et University of Michigan, School of Public Health. Effects of Delivery Systems and Health Care Resources on Medical Care Behavior. Report to the Ontario Ministry of Health, 1973.
- Wasson, J., Gaudette, C., Whaley, F. et Sauvigne, A. Telephone Care as a Substitute for Routine Clinic Follow-up. *Journal of the American Medical Association* vol. 267, n° 13, p. 1788-1793, 1992.
- Weisbrod, B.A., Test, M.A. et Stein, L.I. Alternative to Mental Hospital Treatment. II. Economic Benefit-Cost Analysis. *Arch Gen Psychiatry* vol. 37, p. 400-405, 1980.
- Wenneberg, J.E. et coll. An Assessment of Prostatectomy for Benign Urinary Tract Obstruction. *Journal of the American Medical Association* vol. 9, n° 20, p. 3027-3030, 1988.

- Weissert, W.F., Cready, C.M. et Pawelak, J.E. The Past and Future of Home and Community-Based Long Term Care. *The Milbank Quarterly* vol. 66, n° 2, p. 309-388, 1988.
- Wenneberg, J.E. Sounding Board. Outcomes Research, Cost Containment, and the Fear of Health Care Rationing. *The New England Journal of Medicine* vol. 323, n° 17, p. 1201-1204, 1990.
- White, D. et Mercier, C. Coordinating Community and Public-Institutional Mental Health Services: Some Unintended Consequences. *Social Sciences Medicine* vol. 33, n° 6, p. 729-739.
- Wukel, D. Encouraging the Development of Integrated Health Centres: A Critical Analysis of Lower Referral Rates. *Social Science Medicine* vol. 23, n° 1, p. 35-41, 1986.
- Young, T. Kue. Lay-Professional Conflict in a Canadian Community Health Centre: A Case Report. *Medical Care* vol. XIII, n° 11, p. 897-904, 1975.

ANNEXES

ANNEXE I

STRATÉGIES DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE EN LIGNE

I. Base de données : Medline 1966 à décembre 1994

Jeu	Recherche	Résultats
1	*deinstitutionalization/	277
2	exp *primary health care/	2575
3	community based.tw.	1742
4	exp community health centers/	1072
5	exp community mental health centers/	307
6	maternal-child health centers/	90
7	*community health services/	1170
8	exp *community health services/ec,ma,mt,og,st,sn	11198
9	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 7 or 8	16617
10	exp *managed care programs/	1222
11	*health promotion/	2249
12	exp *preventive health services/	11623
13	professional practice location/	188
14	models, organizational/	476
15	exp *group practice/	481
16	10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15	15394
17	exp *community health centers/	517
18	native healing.tw.	2
19	*indians, north american/	704
20	*home care services/	1714
21	models, organizational/	476
22	17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 16	18181
23	9 and 22	7557
24	exp *health services accessibility/	2809
25	*waiting lists/	180
26	24 or 25	2964
27	*self care/	903
28	exp *consumer satisfaction/	1247

Jeu	Recherche	Résultats
29	accountability.tw.	357
30	consumer advocacy/	213
31	empowerment.tw.	309
32	27 or 28 or 29 or 30 or 31	2994
33	cost allocation/	151
34	cost-benefit analysis/	3804
35	exp cost control/	2389
36	economic value of life/	219
37	33 or 34 or 35 or 36	6279
38	exp peer review/	928
39	program evaluation/	2471
40	patient satisfaction/	2358
41	provider satisfaction.tw.	9
42	exp *quality assurance, health care/	6676
43	*quality of health care/	1706
44	exp *outcome and process assessment (health care)	1600
45	43 or 44 or 38 or 39 or 40	8658
46	26 or 32 or 37 or 45	19071
47	23 and 46	1214
48	comparative study/	187044
49	program evaluation/	2471
50	cross-sectional studies/	8631
51	exp case-control studies/	37269
52	exp evaluation studies/	55036
53	exp cohort studies/	81367
54	reproducibility of results/	12443
55	48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54	321726
56	limit 47 to (clinical trial or clinical trial,ph)	72
57	47 and 55	653
58	56 or 57	673
59	limit 58 to english language	601
60	limit 58 to french	24
61	59 or 60	623

II. Base de données : Healthplan 1975 à novembre 1994

Jeu	Recherche	Résultats
1	*deinstitutionalization/	856
2	exp *primary health care/	6493
3	community based.tw.	2670
4	exp community health centers/	2279
5	exp community mental health centers/	1507
6	maternal-child health centers/	272
7	*community health services/	4490
8	exp *community health services/ec,ma,mt,og,st,sn	25951
9	*ambulatory care facilities/	1295
10	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	40589
11	exp consumer organizations/	6409
12	exp health planning organizations/	2313
13	exp governing board/	3128
14	decision making, organizations/	1979
15	11 or 12 or 13 or 14	13243
16	exp *delivery of health care/	68484
17	exp *delivery of health care/ec,lj,ma,mt,og,st,sn	21657
18	*delivery of health care/	9265
19	service mix.tw.	32
20	continuity of patient care/	2261
21	multiservice.tw.	34
22	integration of services.tw.	29
23	exp *health services accessibility/	8411
24	medically underserved area/	1234
25	single point of entry.tw.	3
26	comprehensive health care/	1573
27	17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25	33924
28	exp *regional health planning/	11374
29	population density/	261
30	exp population/	8058
31	exp "health services needs and demand"/	8996
32	28 or 29 or 30 or 31	26084

Jeu	Recherche	Résultats
33	funding.tw.	4959
34	global budgets\$.tw.	81
35	capitation fee/	701
36	“fees and charges”/	2966
37	user fee\$.tw.	53
38	fund holding.tw.	13
39	fundholding.tw.	49
40	fees, medical/	2258
41	health planning support/	122
42	*financing, government/	1971
43	budgets/	2455
44	33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41	12493
45	15 or 27 or 32 or 44	75035
46	10 and 45	8665
47	personnel loyalty/	208
48	personnel turnover/	833
49	*workload/	411
50	*burnout, professional/	744
51	exp personal satisfaction/	4958
52	*life style/	1213
53	*health status/	2872
54	*"outcome assessment (health care)"/	737
55	*attitude of health personnel/	7329
56	47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55	18291
57	cost allocation/	846
58	cost-benefit analysis/	9656
59	exp cost control/	9250
60	conomic value of life/	428
61	57 or 58 or 59 or 60	19597
62	exp *health services accessibility/	8411
63	*waiting lists/	286
64	62 or 63	8662
65	*self care/	1813

Jeu	Recherche	Résultats
66	exp *consumer satisfaction/	3873
67	accountability.tw.	1381
68	consumer advocacy/	564
69	empowerment.tw.	358
70	65 or 66 or 67 or 68 or 69	7931
71	56 or 61 or 64 or 70	52780
72	71 and 46	1577
73	comparative study/	50690
74	program evaluation/	3185
75	cross-sectional studies/	7550
76	exp case-control studies/	18329
77	exp evaluation studies/	47940
78	exp cohort studies/	42867
79	reproducibility of results/	3676
80	73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79	138673
81	72 and 80	258
82	limit 72 to (clinical trial or clinical trial,ph)	11
83	81 or 82	262
84	limit 83 to english language	261
85	limit 83 to french	1
86	84 or 85	262
87	limit 86 to non-medline	85

III. Base de données : Cinahl 1982 à octobre 1994

Jeu	Recherche	Résultats
1	exp *community health services/	16753
2	*deinstitutionalization/	196
3	community based.tw.	453
4	exp ambulatory care facilities/	725
5	home health agencies/	299
6	primary health care/	1065
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	18580
8	exp population/	4125
9	exp residency characteristics/	1429
10	exp *health/	4817
11	*health services for the aged/	427
12	health services for the indigent/	82
13	“health services needs and demand”/	256
14	demography/	422
15	patient selection/	356
16	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15	10645
17	exp *health care delivery/	3959
18	exp continuity of patient care/	604
19	service mix.tw.	2
20	(service\$ and integration).ti,sh,ab,it.	61
21	multiservice.tw.	4
22	*case management/	638
23	point of entry.tw.	3
24	*collaboration/	469
25	one stop shopping.tw.	7
26	*health care industry/	118
27	patient centered care/	191
28	17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25	5832
29	*research support/	214
30	exp financing, government/	1477
31	*medicaid/	163
32	exp *cost control/	493

Jeu	Recherche	Résultats
33	exp financial management/	1133
34	exp income/	1487
35	exp "fees and charges"/	458
36	user fee\$.tw.	4
37	funding.tw.	401
38	funded.tw.	172
39	global budget\$.tw.	5
40	fundholding.tw.	11
41	fund holding.tw.	1
42	*health resource allocation/	230
43	exp *economics/	6074
44	economics.hw	115
45	29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37	5339
46	39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45	8589
47	shared governance/	237
48	decision making, organizational/	51
49	exp consumer organizations/	479
50	governing board/	63
51	*patient centered care/	132
52	decentralization/	85
53	*decision making, patient/	128
54	*patient autonomy/	86
55	*empowerment/	244
56	16 or 28 or 46 or 55	22847
57	7 and 56	3379
58	cost benefit analysis/	722
59	exp *"cost and benefit analysis"/	2104
60	exp cost control/	807
61	cost savings/	132
62	economics.hw.	115
63	economic.hw.	417
64	58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63	3147
65	exp *health care costs/	416

Jeu	Recherche	Résultats
66	64 or 65	3147
67	exp consumer organizations/	479
68	exp consumer satisfaction/	1378
69	empowerment.tw.	251
70	accountability/	692
71	*patient centered care/	132
72	67 or 68 or 69 or 70 or 71	2856
73	*health services accessibility/	388
74	health resource allocation/	364
75	exp “appointments and schedules”/	87
76	*health services for the aged/	427
77	health services for the indigent/	82
78	*"health services needs and demand"/	180
79	*needs assessment/	401
80	73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79	1786
81	exp personal satisfaction/	2237
82	exp quality of life/	1617
83	*personnel retention/	641
84	personnel loyalty/	26
85	personnel turnover/	239
86	exp quality of health care/	8151
87	*health status/	229
88	team building/	158
89	workload/	79
90	exp consumer satisfaction/	1378
91	evaluation studies/	1226
92	81 or 82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87	12255
93	92 or 88 or 89 or 90 or 91	14480
94	66 or 72 or 80 or 93	19216
95	57 and 94	1174
96	exp comparative studies/	2816
97	*research methodology/	959
98	96 or 97	3757

Jeu	Recherche	Résultats
99	95 and 98	61
100	case study.pt.	8318
101	protocol.pt.	932
102	research.pt.	32827
103	standards.pt.	371
104	exp evaluation/	2265
105	evaluation studies/	1226
106	exp “research studies by design (non-cinahl)”/	13039
107	reproducibility of results/	39
108	statistics.pt.	1088
109	100 or 101 or 102 or 103 or 104 or 105 or 106 or	46142
110	95 and 109	494

ANNEXE 2

PERSONNES RESSOURCES

Associations de centres de santé communautaire

1. Fédération des CLSC - T. Kaufman
2. Association des centres de santé de l'Ontario
3. Manitoba Association of Community Health Centres - P. Sullivan
4. Community Health Centre Federation of Saskatchewan - Denise (personne ressource)
5. Federation of CHCs of Nova Scotia - Carol Ann Wright
6. McAdam CHC Pilot Project
Région sanitaire 3, Nouveau-Brunswick
Carole Dilworth (personne ressource)

Centres universitaires de recherche

1. Manitoba Centre For Health Policy Evaluation
Department of Community Health Sciences
Faculty of Medicine, University of Manitoba
S-101 - 750 Bannatyne Avenue
Winnipeg (Manitoba) R3E 0W3
Personne ressource :
D^r Noralou Roos, Directeur
2. Northern Health Research Unit
Department of Community Health Sciences
Faculty of Medicine, University of Manitoba
Personne ressource: D^r Kue Young
3. Régis Blais
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Université de Montréal
4. Jonathan Lomas
Centre for Health Economics and Policy Analysis
McMaster University
1200 Main Street West, Room 3H26
Hamilton (Ontario) L8N 3Z5

SUMMARY OF LITERATURE ON CBHD MODELS Comparative Studies

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Addington-Hall/ 1992	Clinical trial	Service integration	Inner London, England Cancer pts., yr. to live and their care givers, on home care. Ages 18-75, male & female	Case management vs. usual care	Quality and outcomes of care: No significant difference to presence, severity, control of symptoms/ADL/psychiatric morbidity/sources of help/use of & satisfaction with service/career problems.	Moderate
Baldwin, LM/1993	Cohort study	Service integration	Seattle, USA - downtown CBHC centre. Self reported health status fair/poor. Low Income, elderly (60), ambulatory	Pike Market Clinic (PMC) care vs. other medical care sources	Quality and outcomes of care: PMC clients found the clinic more convenient and had fewer disability days, fewer ER visits, but more Doctor visits in two months than comparison group.	Moderate
Beuscher, PA/1991	Cohort study	Service Integration	North Carolina, USA Pregnant women on Medicaid who delivered at 36 wks in 1988-89	Coordinated maternity care vs. other prenatal care	Quality and Outcomes of care: 21% increased birth weight, 23% decreased mortality. \$140 average savings in postnatal infant costs.	Moderate
Beuscher, PA/1992	Cohort study	Service Integration	Kentucky & North Carolina, USA Low income women on Medicaid who give birth to a live baby.	Prenatal care of public health department vs. other providers.	Quality and outcomes of care: increased birth weight at PHD's.	Moderate

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Bond, GR/1989	Cohort study	Service Integration	Indianapolis, USA Adults with acute persistent mental illness. Poor, refused from 1 of 2 private inner city hospitals for 1st time to a threshold Bridge program.	Bridge West short- term program, 8 bed crisis home with 24hr. supervision vs. Bridge South short- term program: temporary shelter at hotels and boarding houses.	Quality and outcomes of care: No significant differences in program effectiveness or costs - both reduced hospitalizations, improved accommodations, but staff turnover high in 24hr. crisis home.	Weak
Borland, A/1989	Clinical trial: pre/ post test comparison	Service Integration	Spokane County, USA Adult psychiatric patients age: 18-60.	Pre case management vs. initiation of case management.	Quality and outcomes of care: 4/5 utilization measures decreased p05 function remained stable. Value: no cost differences.	
Burns, T/1993 Parts I & II	Clinical trial	Service mode	London, England Adult psychiatric patients	Home-based psychiatric service vs. standard care.	Quality and outcomes of care: HC - fewer in-hospital days, similar outcomes. Value: HC - substantial cost savings.	Weak
Cartoof, VG/1991	Cohort study	Service mode	NE, USA Pregnant adolescents aged 13-18 in a city of 126,500 who delivered a live infant in 1984-85.	Prenatal care at SCHC vs LTH vs LCHC vs STH.	Quality and outcomes of care: Increased care gives better outcomes. Attractiveness of clinic inconclusive.	Weak
Corcoran, J/1988	Clinical trial: pre/ post comparison	Service mode	Lawrenceville, Georgia, USA Clients attending a public health clinic and Staff of that clinic	Integrated service clinics vs. block clinics	Quality and outcomes of care: some perception of improved care. Quality of Worklife: improved staff satisfaction	Weak

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Doherty, N/1980	Cohort study	Service integration	Connecticut, USA Elderly people eligible for medicaid within a 7 town region	Triage model system vs conventional system	Quality and outcomes of care: function tests: mental status maintained or improved p01. Value: no significant difference.	Moderate-Weak
Fenton, FR/1979	Clinical trial	Service mode	Montreal, Canada Adult psychiatric patients in need of hospital admission (18)	Home care vs. hospital care.	Quality and outcome of care: Hospital days 14.5 vs. 41.7. Outpatient care higher in hospital care. Function, burden & symptoms NS.	Moderate
Fenton, FR/1982	Clinical trial	Service mode	Montreal, Canada Adult psychiatric patients, 60% female, 18-35 yrs. old.	Home-care vs hospital care.	Value: Hospital care 84% - 108% more expensive.	Moderate
Fleming, GV/1986	Community survey pre/post design	Service mode	Baltimore, Cincinnati, Milwaukee, St. Louis & San Jose, USA People who live in the service areas of one MHSP clinic in each city. 1000 families/city.	Membership in MHSP clinic.	Fairness: improved access in some areas. No increase in continuity or user satisfaction. No cost savings.	Weak
Graveley, EA/1992	Survey	Service integration	Texas, USA 156 women 17 yrs, 48 hrs postpartum, delivered at county hospital, had 2 prenatal visits at one of 3 study clinics, 1989.	Prenatal care at MD Clinic vs. Mixed Service Clinic vs. RN Clinic	Fairness: no difference Value: RNC most cost efficient Quality of care: MSC least satisfactory	Weak

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Handler, A/1989	Cohort study	Service Integration	Chicago, USA Women who delivered at University of Illinois or Cook County Hospitals	Prenatal care from Chicago Dept. of Health vs. private physicians vs. mixture.	Quality and Outcomes of care: Private care - increased low birthweight OR = 3.1 - increased transfers OR = 2.2.	Moderate
Hughes, SL/1992	Clinical Trial	Service Integration	Illinois, USA Terminally ill (mos.) admitted to urban hospital April 1984-1987. Had a caregiver, lived within 30 mile area.	Hospital based home care vs. traditional community home care or hospice care.	Quality and Outcomes of care: Increased patient and caregiver satisfaction, fewer hospital days, decreased per capita costs.	Strong
Hulsman, B/1989	Cross sectional survey	Service mode?	South Carolina, USA People who required intermediate or skilled nursing service defined by Medicaid criteria. Were orientated, communicate, on Medicaid.	Residents of nursing home vs. clients of long-term care program.	Quality and outcomes of care. No difference in QUAL.	Weak
Hutchison, et al/1993	Cohort study	Funding	39 physicians who converted from FFS to capitation funding.	FFS vs capitation.	No difference between capitated and FFS practice hospital utilization rates for three time periods.	Moderate
Krieger, JW/1992	Cohort study	Service mode	Washington State, USA Pregnant women on Medicaid	Medicaid recipients in managed care plans (MCP) vs. matched group in fee-for-service (B) matched non-medi-caid group in MCP.	Quality and outcomes of care: No difference between MCP & B on medicaid. Medicaid (MMC) vs. Non-mediicaid in MCP-MMC lower use and poorer outcomes. Fairness: gaps remain in use, outcomes and access for women on medicaid.	Moderate

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Manning, WG/1984	Clinical Trial	Funding	Puget Sound, USA Seattle area residents no enrolled in GHP, >, salary 53,000.	New users of pre- paid group practice plan vs. fee-for- service users vs. longer term users of PPGP.		Strong
McHarney-Brown, C/1991	Cross sectional study	Service mode	Albuquerque, NM, USA Inner-city, indigent, adolescents.	School-based clinic (SBC) vs University Hospital pediatric clinic.	Access and patterns of use Aug. 1988-Dec. 1988: SBC saw significantly more for counselling and health care maintenance.	Weak
Milligan, SE/1989	Cross-sectional survey	Service mode	Western Pennsylvania, USA Women age 13-44 who attended 1 or 44 family planning clinics.	Free standing clinic vs. community health clinic vs. hospital clinic.	Accessibility and satisfaction: freestanding most accessible and most satisfactory. Hospital clinics least in both categories.	Weak
Miujen, M/1992	Clinical trial	Service mode	South Southwark, London, England Severe mentally ill, needed immediate hospitalization. No primary addiction, 80% first time, 20% repeats. Aged 18-64.	Home based care vs. hospital care.	Decreased hospital stays by 80%, other slight advantages.	Moderate
Morse, GA/1992	Clinical trial	Service integration	St. Louis, USA Homeless individuals with serious psychiatric illness (Global Severity Index), geographic stability, no serious violent behaviour.	Case manager vs. drop-in vs. outpatient treatment.	Patients in all groups improved over time in most areas. Those in CT most satisfied.	Moderate

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Mott, FD/1973	Cohort study	Service mode	Sault Ste. Marie, Canada Families of Algoma Steel Corporation	Prepaid group practice plan (GHA) vs. Insurance company plan (IP).	Patterns of use July 1987-1988: GHA-less continuity of care, 25% lower hospital rates.	Moderate
Oktay, JS/1987	Clinical trial	Service mode	John Hopkins, USA 64 yrs & thought to need nursing home placement. Selected Mar. 1979-Sept. 1981.	Foster home care vs. nursing home care.	No significant differences, #s too small. Cost difference NS.	Weak
Poland, ML/1992	Clinical trial	Service integration	Detroit, USA Low income pregnant women enrolled at Hutzel Hospital prenatal clinic, April 1986-Mar. 1988.	Indigenous paraprofessional Maternal-Child Health Advocate vs. control group.	Some positive results but inconclusive.	Weak
Renaud, M/1980	Cohort study	Service mode	Montreal, Canada GP's in Montreal area who graduated after 1984.	CLSC care vs. private group clinic care for tension headache.	Quality and outcomes of care: CLSC physicians provided more adequate care, gave better examinations, had higher patient satisfaction scores.	Moderate
Stein, L/1980	Clinical trial	Service mode	Madison, USA Adult psychiatric patients (18-62 yrs.) seeking admission.	Training in Community Living (TCL) vs. Hospital care plus follow-up.	Quality and outcomes of care: TCL decreases hospital use increased independent living, & employment time, contact with friends, self esteem. All decreased when program ended.	Strong
Stergachis, A/1983	Clinical trial	Service mode?	Puget Sound, USA All enrollees of the Group Health Cooperative, an HMD.	An upper respiratory infection (URI) self-care pamphlet mailed with reminder vs. control group.	Patterns of use: fewer phone consults and drug prescriptions.	Weak

SUMMARY OF LITERATURE ON CBHD MODELS uasi-comparative, Descriptive and In ormed Opinion Studies

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Abelson, et al/1994	Descriptive	Governance	Random sample of citizens. town hall participants, DHC appointees, local elected politicians. Random sample of local health & social services experts.		10% want responsibility for revenue-raising. 30% of DHC appointees want responsibility for allocating funds. 72% willing to take some formal decision-making responsibility. Local politicians ranked cost information higher. Health experts obtained the vote as most suitable decision-making group.	N/A
Abelson & Hutchison/1994	Descriptive	Governance Service delivery Management	Nurse-centred models. Physician-centred models. Collaborative models.	Literature review.	Successful health centres appear to be based on small teams consisting of a GP, two nurses, and a social worker.	N/A
Abelson & Lomas/1990	Descriptive	Service delivery	23 FFS practices. 19 HSOs, 11 CHCs	Questionnaire administered during personal interview. Comparison of the performance of 3 types of practice.	Few differences between practice types in approach to and conduct of disease prevention activities. As much variably among providers within practice types as between practice types. High level of health promotion activity reported by CHCs. Trend by CHCs to be less likely to undertake ineffective of dubious screening procedures.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Aday, et al/1989	Quasi-comparative	Service delivery	Ventilator assisted children.	Survey of impact of home care on children and families in terms of costs and benefits.	Improved developmental status in home setting. Overall, home care less costly but attributed to substitution of parental for professional nursing. Parental concerns: health of children, long-term development, technical & financial costs, level of commitment, tension with professional staff.	N/A
Alberta Health	Opinion Funding			Discussion of issues.		N/A
Alford/1975	Descriptive	Governance	Health Care Agencies in U.S.A.	Analysis of health care decision making process related to planning.	Competition among structural interests results in dynamics without change in health care policy.	N/A
Angus & Manga/1990	Descriptive	Governance Service delivery Management	CHCS/Cooperatives		Cost effectiveness - accessibility, quality of care, range of services.	N/A
Angus, et al/1995	Descriptive	Management Service delivery H.H.R.		Analysis of cost drivers in Canadian health system	Significant cost savings are feasible. Focus on developing cost-effective continuing care. Some funding reallocated for human transition costs. Balance must be maintained between strong central control and regional authority to respond to needs.	N/A
Ansak & Zawadski/1984	Descriptive (Review)	Service delivery	Elderly average age 79. 52% vision impaired. 44% hearing impaired.	Multi-disciplinary multi-service consolidated care.	Participants maintain independence. Receive more professional services and show more improvement. They use hospitals and nursing homes less. Costs are lower.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
ARA Consulting Group/1992	Descriptive	Governance Service delivery Management	CHCs	Literature review. Discussion of evaluability issues		N/A
Aronson/1993	Informed Opinion	Governance		Discussion of consumer involvement in long-term care policy in Ontario.	Government-initiated participatory strategies do not live up to democratizing promise.	N/A
Barry, et al/1988	Quasi-Comparative	Governance	Massachusetts, USA 70 men with benign prostatic hypertrophy.	Decision analysis to compare expected outcomes with im- mediate transurethral resection and watchful waiting.	Patient preferences should be the dominant factor in the decision whether to recommend prostatectomy.	N/A
Begin/1977	Opinion	Management	Hospitals and CLSCs.	Discussion of attempts to integrate hospitals and CLSCs in rural Quebec.	Clash of value systems. Limited integration.	N/A
Birch, et al/1990	Descriptive	Service delivery	HSOs, CHCs, HMOs, FFS	Review of studies of the clinical and economic performance.	Some justification that HSO & FFS patient ambulatory care utilization is similar. More justification that HSO physicians manager greater patient loads. More justification that HSOs employ more non-physician per- sonnel. Some justification that HSOs provide higher quality care. Some justification that HSOs are better structured to deliver preven- tive services. Some justification that HSO physicians believe method of remuneration favours preventive services. Some justification that patients of HSOs are less satisfied with some aspects of care.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Birch, et al/1990	Descriptive	Funding	CHO population.	Application of a needs-based funding model.	N/A	N/A
Birch, et al/1993	Informed Opinion	Funding		A discussion of the applicability of a needs-based approach to funding in Canada.	Needs-based approach severs the link between resources currently used and relative future needs.	N/A
Birch & Shelley/1993	Descriptive	Funding	49 Ontario counties.	For each health care program population mean levels were calculated and adjusted for age/sex to produce a national age- and sex-adjusted share.	Existing data can be used to propose allocations that related to relative need.	N/A
Birenbaum & Clarke-Steffen/1992	Quasi-comparative	Service delivery	19 terminally ill children. 18 families.	Exploratory comparison of costs of terminal illness in home vs. hospital.	Home care less expensive for total costs. More expensive for non-health costs.	N/A
Bozzini/1988	Descriptive	Service delivery	CHSCs.	Discussion of service delivery in CLSCs.	Good accessibility. 27-43% penetration. Impressive quantity and variety of preventive and community programs.	N/A
Brown/1981	Informed Opinion	Governance	HSAs in the U.S.A.	Discussion of governance issues related to HSAs.	Highly politicized. Conflict between economics and politics. Countervailing sources of power.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Carr-Hill/1987	Descriptive	Funding	Regional Health Authorities in Great Britain.	Examination of the process of resource allocation for health services.	Mortality ratios cannot be taken as a sufficiently good proxy of morbidity.	N/A
Carroll/1989	Informed Opinion	Governance	Ontario non-profit housing program.	Application of accountability typology to program.	Enhanced accountability mechanisms need to be developed.	N/A
Charles & DeMaio/1993	Informed Opinion	Governance	N/A	Literature review in the context of a conceptual framework.	Greater conceptual clarity is needed in defining goals and dimensions of lay participation.	N/A
Checkoway/1982	Descriptive	Governance	HSAs in U.S.A.	Description of a national study on participation objectives and methods of HSAs.	Agencies favoured “safe” participation method that doesn’t transfer power to citizens.	N/A
Checkoway & Doyle/1980	Descriptive (case)	Governance	East Central Illinois, U.S.A. HSA.	Description of power struggle between providers and consumers.	Health care planning cannot be considered apart from a context of politics. Community organization is important for those wishing to exercise power.	N/A
Church/1994	Descriptive	Governance	7 CHC development processes in Ontario.	Comparison of development process based on interview, review of primary documentation, and literature review. Use of an evaluative framework.	CHCs have developed as an outcome of the competition among structural interests in health care politics.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Conrad/1993	Informed Opinion	Management	N/A		Argument that vertical integration involves the coordination of service input and outputs to achieve optimal personal health.	N/A
Crichton/1976	Informed Opinion	Governance	N/A	Discussion of the shift in power from medical entrepreneur to corporate rationalizers in health care in Canada.	N/A	N/A
Crichton, et al/1991	Descriptive	Service delivery Management		Literature review within a conceptual framework	N/A	N/A
Crichton/1994	Informed Opinion	Service delivery		Overview of the development of CHCs in Canada.	Medical practice organization is still tightly controlled by the medical profession and is geared toward individualistic approaches to medical care.	N/A
Davidson, et al/1989	Descriptive	Management	Elderly clients in two rural counties in Minnesota. Pre-admission screening/ alternative care grants program.	Analysis of the allocative efficiency of case managers for community-based elderly. One year follow-up.	Case managers were allocating home and community-based care in a reasonably efficient manner.	N/A
Deber, et al/1993	Descriptive (Review)	Governance	2-4 senior government officials in each Canadian province.	Telephone interviews and literature review.	Conceptual framework to determine where public participation in decision making is appropriate.	N/A
Dowling/1995	Descriptive (Review)	Management	N/A	Literature review. Discussion of integration and findings from a number of studies.	Success factors.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Eakin/1984	Descriptive	Governance	140 board members in 11 anglophone hospitals between 1973 and 1976.	50 formal semi-structured interviews with administrators, senior doctors, board members, and government officials. Review of organizational documentation. Literature review.	Despite government efforts to democratize boards, traditional board "elites" and administrators maintained control.	N/A
Fowler, et al/1988	Descriptive	Governance	471 patient candidates for prostatic resection for benign prostatic hypertrophy.	Prospective patient interview.	Patient choice is important if the goal of surgery is to improve the quality of life.	N/A
Freeman, et al/1982	Descriptive	Service delivery	Catchment areas for planned CHCs in twelve U.S.A communities.	Survey.	Nearly 50% lower utilization. Access for low income and minority areas to ambulatory care.	N/A
Fried, et al/1989	Descriptive	Service Delivery	N/A	Discussion about difficulties of economic evaluations of mental health.	Questionable external validity of economic evaluations.	N/A
Godbout/1981	Descriptive	Governance	6 CLSCs in Montreal, Canada.	Analysis of introduction into community. Analysis of minutes. Interviews. Monograph for discussion.	Tendency towards domination by professionals and bureaucratization. Consumers require autonomous source of power.	N/A
Gosselin/1984	Informed Opinion	Management	N/A	Discussion of the first decade of decentralized health care in Quebec.	Health care decentralization has not yet lived up to expectations.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Hurley, et al/1992	Informed Opinion	Governance		Discussion of information requirements in decentralized decision-making.	Need to integrate expert knowledge with values, needs and preferences. Decentralization may provide the opportunity to bring these two types of information together.	N/A
Kemper, et al/1987	Descriptive	Service delivery	16 demonstration projects provided case-managed community care to impaired elderly populations, age 50-65.	Review of 16 demonstration projects.	Expanded funding leads to increased aggregate costs. Expanded funding appears to positively affect quality of life. Cost reductions through improved targeting.	N/A
Korenbrod/1989	Quasi-comparative	Service delivery	411 mothers in a teen pregnancy and parenting program in San Francisco, U.S.A.	Birth certificate data audited for birth weight, age of mother, race of mother. Comparison with teen births and birthweights for San Francisco teens.	Participation in program strongly associated with better birth weight outcomes.	N/A
Kronick, et al/1993	Descriptive	Service catchment	HMOs	Ratio of physicians to enrollees as an indicator of the staff needs of an efficient plan.	360,000 to support three plans for acute care. 180,000 to support three plans for primary care.	N/A
Lambrew, et al/1993	Descriptive	Management	Local health department and hospital.	Case study	Mutual interest and physical proximity are facilitators. Outside crisis and assistance were keys in this case.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Lehman, et al/1994	Quasi-comparative	Service delivery	Clients experiencing acute 24 hour care screened in 4 cities.	Comparison of two cohorts on continuity of care, case management and outcomes.	Improvement in the provision and continuity of care management. No improvement in outcomes.	N/A
Lennie, et al/1990	Descriptive	Management	9 CHCs in Australia	Examination of the performance of CHCs as primary care organizations.	Effective internal management and shared ethos were the strongest predictors of favourable outcomes overall.	N/A
Marmor & Morone/1980	Informed Opinion	Governance		Discussion of imbalance of power and information in health care decision making.	Support of staff is essential to stronger consumer role. Existing consumer organizations as a source of representation. HSAs need authority.	N/A
Murray, et al/1984	Descriptive	Governance	6 Ontario hospitals	Preliminary test of several hypothesis in the literature.	Hypothesized importance of the decision-makers subjective interpretation of the causes for cutbacks, and the tendency to blame inward and cut costs through efficiency measures.	N/A
Naylor/1986	Descriptive	Governance	Medical Profession in Canada	Discussion of the rise of medical professionalism in Canada.	N/A	N/A
Newton/1970	Informed Opinion	Governance		Discussion of the relationship between size, effective and democracy in local government.		N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
O'Neill/1992	Informed Opinion	Governance		Discussion of the record of citizen participations in health-care decision making in Quebec.	Community participation and empowerment are two different things. Adequate information and a strong mandate are precursors to effective citizen participation.	N/A
Ontario Ministry of Health/1991	Descriptive	Governance funding	HSOs in Ontario.	Program evaluation.	Switch from fee-for-service to capitation increase by an average of 46% + bonuses = 70%. Alternative bonus mechanism recommended.	N/A
Oktay & Volland/1990	Quasi-experimental	Service delivery	93 comparison group frail elderly/caregivers in a Post-Hospital Support Program at Johns Hopkins in Baltimore. 98 treatment group pairs.	Interviews were conducted with patients and caregivers at 1, 3, 6, 9 and 12 months after discharge.	Slight reduction in caregiver stress. Substantial reduction in hospital days. Possible extension of life. Annual savings of \$4,585/patient. DSCs have been well integrated into administrative structure of hospitals. Less integrated with professional structure. Achievement of mandate reflects integration findings.	N/A
Pineault, et al/1986	Descriptive	Management	32 DSCs and Hospitals in Quebec	Questionnaires were administered to heads of DSCs, CEOs, and Directors of Professional Services and EDs of other short-and long-term hospitals, nursing homes, CLSCs and Regional Councils.	Poorly rated on external role.	N/A
Pinto/1979	Descriptive	Governance	Florida, U.S.A. Board members and management staff of 4 Community Mental Health Clinics.	Survey of attitudes regarding citizen participation: Board members vs. management staff.	Fairness: both agree it is required. Both ranked participation by clients as low in comparison to other segments of population. Both favoured a provider oriented approach to governance.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Rana/1993	Opinion	Funding		Discussion of regional funding allocation model.	N/A	N/A
Rondeau & Deber/1992	Opinion	Management		Discussion of factors affecting integration and coordination of CBHD.	A number of political, social and economic barriers to creating truly integrated human service delivery.	N/A
Saltman/1994	Opinion	Governance		Discussion of conceptual framework for patient choice and empowerment and basic issues.	N/A	N/A
Seacat/1977	Descriptive	Service delivery	Neighbourhood Health Centres	Review of Evaluative Study	Evaluative studies on effectiveness in disease prevention, in reduction of hospitalization and emergency room usage, and improved quality of care show the centers compare favourably to other methods of similar care.	N/A
Sharpe/1970	Informed Opinion	Governance	N/A	Discussion of local government theory.	N/A	N/A
Shortell/1988	Descriptive	Management	N/A	Discussion of the performance of systems vs. non-system hospitals.	Hospital systems have not yet lived up to their promise in terms of efficiency and cost.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Shortell, et al/1993	Descriptive	Management	12 U.S.A. hospital systems.	Interviews with chairs of system boards, other board members, operating unit board members, President/CEO, and physician leaders. 2-3 day site visits. Background material on each system. Meetings with research advisory groups from each system.	Facilitators of integration. New management culture. Population-based needs assessment. Patient care management system. Technology management system. Continuous improvement. Information linkage and incentives.	N/A
Shortell, et al/1994	Descriptive	Management		Description of various approaches to developing integrated systems and based on research, the performance of such systems.	Clinical integration still not well developed. Better performance measures needed. More research needed. Considerable barriers.	N/A
Stevenson, et al/1989	Opinion	Funding		Discussion of issues and options for funding community-based services.	N/A	N/A
Tindall & Tindall/1990	Descriptive	Governance	N/A	Discussion of local government in Canada.	N/A	N/A
Townsend, et al/1990	Descriptive	Governance	84 terminally ill patients.	Prospective study of randomly selected cancer patients in hospital and community.	Majority of patients preferred to die at home. With additional resources 50% more patients could be supported to die at home.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Trebilcock/1976	Opinion	Governance	N/A	Discussion of the power imbalance between provider groups and consumer groups in the political decision-making arena.	Imbalance of political resources favours provider groups.	N/A
Tuohy & Evans/1986	Opinion	Management		Discussion of political and economic considerations in decentralization.	Need to link planning to resource allocation. Need to minimize organizational costs.	N/A
Weisbrod, et al/1980	Comparative	Service delivery	Psychiatric patients needing admission to hospital.	Benefit-cost analysis of a controlled experiment comparing hospital and community-based mental health.	Costs of mental health were high for both groups. 40-50% of costs are indirect. Hospital-based program was 20% cheaper. Community-based program contributed to increased work productivity for patients. Community-based program provides both additional costs and benefits compared with the conventional treatment.	Strong
Weissert/1985	Descriptive	Service delivery	N/A	Discussion of problems associated with cost-effective.	Few of the assumptions concerning the potential cost-effectiveness of home-care community-based long-term care were warranted.	N/A
Weiss/1981	Opinion	Management	N/A	Discussion of barriers to integration and coordination in human services.	Conceptual conflict. Professional resistance. Bureaucratic constraints. Politics.	N/A

Author/ Yes	Study Design	Mortality	Participants	Intervention/ Exposure	Outcomes	Strength of Study
Wennberg/1990	Opinion	Governance	N/A	Discussion of patient choice within the context of cost containment.	N/A	N/A
Wennberg/1988	Descriptive	Governance	Patients who were candidates for prostratotomy in Manitoba & Maine.	Analysis of claims data. Patient and physician interviews. Decision analysis.	Risk and frequency of applications much higher than reported in literature. Need to increase quality of information for patients when deciding on which procedure to undergo.	N/A
Weissert, et al/1988	Descriptive	Service delivery	Home care and community for the elderly in the U.S.A.	Examination of 27 studies of home care in the U.S.A.	Home care and community care has not tended to produce cost savings. Positive affect on health status and well-being.	N/A
White & Mercier/1991	Descriptive	Management	Community Mental Health and Public-Institutional Health in Quebec.	Comparison of two types of mental health organizations.	Conversion from loosely knit network to coordinated integrated system may limit the variety of service delivery arrangements.	N/A
Wukel/1986	Quasi-comparative	Service delivery	GPs practising in CHCs in Holland.	Statistical analysis of relationship of GP referral rates in community health centres to performance of GP's.	Differences cannot be explained by structural factors, nor by selection of patients and doctors.	N/A
Young/1975	Descriptive	Governance	Regina Community Clinic	Discussion of the resignation of the medical staff at the clinic in 1974.	Medical professionals are resistant to change in payment system or professional autonomy.	N/A