

Documentation sur les données comparatives et indicateurs

Jacques Piché

Juillet 2006



Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Direction de la main-d'œuvre médicale
Direction générale des affaires médicales et universitaires

Introduction

Les données sont présentées par région et par zone résidentielle dont les limites sont celles des territoires de CLSC ainsi que par région. Le but de l'exercice est de fournir des informations utiles pour déterminer des priorités afin d'améliorer et de rendre plus équitable l'accès aux services médicaux. Les données permettent de classer les populations selon leur rang relatif, des mieux desservies au moins bien desservies.

Bien entendu, les données fournies comportent des limites et ne peuvent prétendre rendre compte de toute la réalité. De plus, certains territoires peuvent avoir des particularités telles qu'ils cadrent plus ou moins dans un modèle général. Il s'agit donc d'un outil d'aide à la planification, mais qui dans une mesure variable selon les régions, doit être complété par une connaissance pratique du terrain pour donner un portrait plus complet de la situation.

Les données sont divisées en quatre sections qui contiennent chacune des données et indicateurs comparatifs permettant de situer les territoires les uns par rapport aux autres. La première compare les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des populations, et en estime l'effet de manière à déterminer si le niveau relatif de besoins de chaque population est plus élevé ou moins élevé que celui des autres populations sur lesquelles porte la comparaison. Dans la deuxième section, la consommation de services des populations est mise en rapport avec leur consommation attendue. L'accessibilité aux services en fonction des distances parcourues fait l'objet de la troisième section. Enfin, la quatrième section porte sur les ressources médicales dont disposent les territoires.

I Section sur la population

Cette section fournit des informations sur les caractéristiques des populations qui agissent sur leur état de santé et qui sont ainsi en lien avec leur niveau relatif de besoins en services. Ces caractéristiques portent sur la composition démographique de la population du territoire et sur ses conditions socioéconomiques. Le facteur de pondération selon l'âge, le sexe et la défavorisation fait la synthèse des informations fournies en situant le niveau relatif de besoins d'une population par rapport à la moyenne du Québec. C'est cet indice qui est utilisé par la suite pour déterminer le niveau de consommation attendue de la population de chaque territoire.

Cette section comprend les variables suivantes :

- *nombre d'habitants*
- *âge moyen de la population*
- *proportion des personnes de 65 ans ou plus*

- *répartition de la population selon l'indicateur de défavorisation matérielle*
- *répartition de la population selon l'indicateur de défavorisation sociale*
- population pondérée selon l'âge et le sexe
- facteur de pondération selon l'âge et le sexe
- population pondérée selon l'âge, le sexe, et la défavorisation
- facteur de pondération selon l'âge, le sexe et la défavorisation

La population pondérée selon l'âge et le sexe

La population pondérée selon l'âge et le sexe d'un territoire mesure l'effet de sa composition démographique sur sa consommation attendue de services médicaux. Elle est obtenue en attribuant à chaque personne de ce territoire un poids relatif et en faisant la somme des poids attribués. Le poids relatif d'une personne varie en fonction de son appartenance à un groupe d'âge et de sexe. Le même système de poids est utilisé dans tous les territoires.

Le poids relatif d'un individu est le rapport entre, d'une part, le coût moyen provincial des services du groupe auquel il appartient et, d'autre part, le coût moyen provincial des services pour l'ensemble des citoyens (dans la discipline médicale considérée). Donc plus ce rapport est élevé, plus le poids relatif de l'ensemble des individus d'un même groupe est grand. Les coûts sont calculés à partir des services rémunérés à l'acte.

Pour chacun des deux sexes, sept groupes d'âge ont été formés : (1) 0 à 4 ans, (2) 5 à 19 ans, (3) 20 à 39 ans, (4) 40 à 54 ans, (5) 55 à 64 ans, (6) 65 à 74 ans et (7) 75 ans ou plus. Il existe ainsi quatorze groupes ayant chacun un poids relatif.

On s'attend à ce que les personnes âgées aient un poids supérieur à 1, ce qui signifie que leur poids en tant que consommateur de services est supérieur à la moyenne. Les territoires dont les populations sont plus âgées que la moyenne auront ainsi une population pondérée qui est supérieure à la population réelle.

Le facteur de pondération selon l'âge et le sexe

Cet indice est la moyenne des poids des individus qui résident dans un territoire. Par exemple, un indice de 1,2 signifie que la population d'un territoire a des caractéristiques d'âge et sexe qui font en sorte que, toute chose étant égale par ailleurs, on devrait s'attendre à ce qu'elle consomme 20 % plus de services médicaux que la moyenne des citoyens du Québec (dans la discipline considérée).

L'indice peut être calculé en divisant la population pondérée d'un territoire par sa population réelle.

L'indicateur de défavorisation matérielle

Cet indicateur est le résultat de la combinaison de trois variables : la scolarité, l'emploi et le revenu. La population du Québec est divisée en cinq groupes de même taille. Le premier groupe est constitué des 20 % les plus favorisés alors que le cinquième est composé des 20 % les plus défavorisés. Si pour un territoire, les pourcentages sont tous près de la valeur de référence (soit 20 %), cela signifie que la composition du territoire ressemble à celle du Québec dans son ensemble. Les territoires défavorisés sont donc ceux dont les pourcentages pour les groupes 4 et 5 dépasseront la valeur de référence de 20 %.

L'indicateur de défavorisation sociale

Cet indicateur est aussi le résultat de la combinaison de trois variables : la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves, la proportion de familles monoparentales et la proportion de personnes vivant seules. Sa construction est la même que celle de l'indicateur de défavorisation matérielle.

La population pondérée selon l'âge, le sexe et les indicateurs de défavorisation

La pondération selon l'âge, le sexe et la défavorisation de la population d'un territoire rend compte de l'effet de sa composition démographique et socioéconomiques sur sa consommation attendue de services médicaux. Chaque personne de ce territoire se voit attribué un poids relatif qui varie en fonction de son appartenance à l'un des 350 groupes qui ont été formés (2 sexes X 7 groupes d'âge X 5 groupes de défavorisation matérielle X 5 groupes de défavorisation sociale = 350). La population pondérée d'un territoire est obtenue en faisant la somme des poids attribués.

Le poids relatif d'un individu est le rapport entre le coût moyen provincial des services consommés par les personnes du groupe auquel il appartient sur le coût moyen provincial des services consommés par l'ensemble des citoyens. Les coûts sont uniquement ceux des services rémunérés à l'acte. Soulignons toutefois que les poids ne dépendent pas en tant que tels des coûts eux-mêmes, mais des rapports entre eux.

Le facteur de pondération selon l'âge, le sexe et la défavorisation

Cet indice est la moyenne des poids des individus qui résident dans un territoire. Par exemple, un indice de 1,2 signifie que la consommation attendue des personnes d'un territoire est de 20 % supérieure à la moyenne provinciale en raison uniquement de leurs caractéristiques d'âge, de sexe ainsi que de leurs conditions socioéconomiques telles que mesurées par les indicateurs de défavorisation matérielle et sociale. Rappelons que c'est cet indice qui est utilisé par la suite dans le calcul de la consommation attendue.

II Section sur la consommation de services par la population

Cette deuxième section permet de comparer la consommation de services médicaux de la population résidante de chaque territoire de CLSC (et de chaque région) à la moyenne du Québec, une fois prise en considération ses caractéristiques d'âge, et de sexe, ainsi que ses conditions socioéconomiques. Les données de consommation sont ventilées selon les principaux champs de la pratique médicale.

Cette section comprend les variables suivantes :

- coût per capita des services médicaux dans la discipline considérée
- coût per capita des services médicaux directs après ajustement des tarifs
- consommation en ETP selon certaines catégories de services (principalement les services auprès des patients hospitalisés, des patients de l'urgence, des cliniques privées, et des CLSC)
- consommation attendue en ETP
- indice comparatif de consommation
- indice comparatif de consommation pour les services rendus en CH
- indice comparatif de consommation pour les services rendus en cabinet et CLSC

Le coût per capita des services médicaux

Il s'agit du coût réel de l'ensemble des services médicaux (quel que soit le mode de rémunération) qui ont été fournis à la population d'un territoire

Le coût per capita des services médicaux directs après ajustement des tarifs

Ce coût est ajusté pour faire en sorte qu'un même service reçoive la même valeur monétaire quel que soit le lieu de pratique ou le territoire où il a été posé. En plus

d'éliminer l'effet de la rémunération différenciée, un autre ajustement est effectué pour enlever la majoration des tarifs qui couvre les frais d'opération d'une clinique privée. Les montants reçus pour des activités de garde, ou pour toute activité qui n'est pas clinique en soi (déplacement, ressourcement, tâches administratives, etc.), ne sont pas considérés.

La consommation en ETP

Le calcul de la consommation se fait en cumulant les coûts ajustés de l'ensemble des services reçus par la population qui réside dans un territoire. Ces coûts sont ensuite divisés par le revenu moyen des médecins actifs (après ajustement des tarifs) afin de chiffrer à combien de médecins ETP correspond cette consommation.

La consommation attendue en ETP

La consommation attendue de la population d'un territoire est celle qu'elle aurait si son profil de consommation était le même que celle observée à l'échelle du Québec chez les personnes qui présentent les mêmes caractéristiques démographiques et socioéconomiques (selon les indicateurs de défavorisation matérielle et de défavorisation sociale).

La consommation attendue est en lien direct avec le facteur de pondération selon l'âge, le sexe et la défavorisation. La consommation attendue de la population d'un territoire sera plus élevée que la moyenne provinciale lorsque ce facteur est supérieur à 1.

L'indice comparatif de consommation

C'est le rapport entre la consommation de la population d'un territoire et sa consommation attendue. La valeur de référence de l'indice comparatif de consommation est de 1. Une valeur de 1 signifie que la population d'un territoire consomme une quantité de services qui est comparable à la moyenne pondérée de l'ensemble des citoyens du Québec, donc que sa consommation réelle est égale à sa consommation attendue.

III Section sur l'accessibilité aux services

La troisième partie porte sur l'accessibilité aux services médicaux en prenant les distances parcourues par les patients de chaque territoire comme indicateur. Elle permet de juger si ces distances peuvent être considérées comme raisonnables.

Cette section comprend les variables suivantes :

- distance parcourue par les patients hospitalisés dans un CHSGS
- distance parcourue par les patients ayant fréquenté l'urgence
- distance parcourue par les patients ayant fréquenté une clinique privée

Distance parcourue pour accéder aux services

Le calcul des distances se fait en prenant pour hypothèse que les personnes partent de leur domicile lorsqu'elles consultent un médecin. Il s'agit d'une estimation de la distance à vol d'oiseau (aller simple).

L'ensemble des trajets effectués par la population d'un territoire sont classés du plus court au plus long. La médiane est la distance parcourue par la personne qui se situe au milieu de cette distribution. Habituellement, la valeur de la médiane se rapproche de celle de la moyenne. Elle a l'avantage de ne pas être affectée par des valeurs extrêmes.

Lorsque l'on élimine 80 % des trajets les plus courts, on obtient la distance parcourue au 8^e décile. Cette valeur permet d'apprécier la longueur des trajets dans la portion de la population qui parcourt les plus longues distances.

IV Section sur la production de services dans le territoire

La quatrième partie porte sur la production de services dans les territoires. Elle permet de connaître les ressources médicales qui œuvrent dans un territoire et leur répartition par secteur d'activités. Diverses informations sont fournies dont l'indice d'autosuffisance qui compare la production de services dans un territoire à la consommation de services de la population qui y réside. Les informations concernant l'âge des médecins et le taux annuel des départs sont fournies afin d'aider à prévoir le besoin de recrutement de nouveaux médecins.

Cette section comprend les variables suivantes :

- médecins ETP clinique selon certains secteurs d'activités (principalement la pratique en CH auprès des patients hospitalisés et auprès des patients de l'urgence, la pratique en clinique privée, et la pratique en CLSC)
- indice d'autosuffisance

Le nombre de médecins ETP clinique dans un territoire

Ce calcul se fait en cumulant les coûts ajustés de l'ensemble des services cliniques produits dans un territoire, quelle que soit la provenance des patients qui ont reçu ces services. Ces coûts sont ensuite divisés par le revenu moyen ajusté des médecins actifs afin de chiffrer à combien de médecins ETP correspond cette production.

Comme pour la consommation, seuls les coûts ajustés des services directs à la population sont comptabilisés dans le calcul des médecins ETP qui ont rendu des services dans un territoire. Il s'agit donc d'une mesure uniforme dont la méthode de calcul est définie de la même manière pour tous les territoires. Un volume de 1 ETP correspond à la production typique d'un médecin qui se consacre à temps complet à dispenser des services cliniques.

L'indice d'autosuffisance

Un territoire est autosuffisant lorsque la production de services dans le territoire telle que mesurée par le nombre de médecins ETP est égale à la consommation des services en ETP par la population qui habite dans ce territoire. Un indice inférieur à 1 traduit une situation de dépendance. Un indice supérieur à 1 traduit l'étendue supraterritoriale du bassin de desserte des médecins d'un territoire.