



HAL
open science

Modèle de détermination du coût de revient des usagers (patients) référés dans un programme de réadaptation en déficiences physiques

Michel Coulmont, Chantale Roy, Patrick Fougeyrollas

► **To cite this version:**

Michel Coulmont, Chantale Roy, Patrick Fougeyrollas. Modèle de détermination du coût de revient des usagers (patients) référés dans un programme de réadaptation en déficiences physiques. Normes et Mondialisation, May 2004, France. pp.CD-Rom. halshs-00593061

HAL Id: halshs-00593061

<https://shs.hal.science/halshs-00593061>

Submitted on 13 May 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MODÈLE DE DÉTERMINATION DU COÛT DE REVIENT DES USAGERS (PATIENTS) RÉFÉRÉS DANS UN PROGRAMME DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCES PHYSIQUES

Michel Coulmont, MBA, D.E.S.S., Doctorant (DBA) à l'Université de Sherbrooke, Professeur adjoint à l'Université de Moncton - Faculté d'administration - Université de Moncton, Moncton, (N.B.) E1A 3E9, Tél. : 506-858-4224 Fax : 506-858-4093, Courriel : coulmom@umoncton.ca

Chantale Roy, D.Sc. Gestion, M.Sc. compt., CA, Professeure titulaire à l'Université de Sherbrooke, Faculté d'administration - Université de Sherbrooke, Sherbrooke, (Québec) J1K 2R1, Courriel : croy@adm.usherb.ca

Patrick Fougeyrollas, Ph.D., Directeur de l'enseignement et du soutien scientifique à l'IRD PQ et professeur associé à l'Université de Sherbrooke et à l'Université Laval - Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, 525, boulevard Wilfrid-Hamel, Québec, (Québec) G1M 2S8, Courriel : pfougeyrollas@irdpq.qc.ca

Résumé

Le présent document a pour objectif de proposer un modèle de détermination du coût de revient des usagers (patients) référés dans un programme de réadaptation en déficiences physiques. Ce modèle est basé sur le cadre conceptuel de processus de production du handicap, sur les travaux relatifs aux groupes fonctionnels homogènes et sur l'application des principes de la comptabilité par activités.

Mots clés : *Gestion des établissements de santé, Groupe fonctionnel homogène, Comptabilité par activités, Processus de production du handicap.*

Abstract

The present document has for objective to propose a model of cost estimation for users (patients) referred in a rehabilitation program in physical impairment. Its development is based on the framework of the Disability Creation Process, on the works relative to the functional related groups and on the application of the principles of the activity-based costing.

Key words: *Management of health establishments, Functional related Group, Activity-based costing, Disability Creation Process.*

Introduction

Les établissements dans lesquels s'offrent les services de réadaptation en déficience physique évoluent de plus en plus dans un contexte de performance et d'obligation de résultats. Récemment, le rapport du comité Bédard (2002) sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du Québec, mentionnait que le ministère de la Santé devrait prendre en considération la performance financière dans l'attribution des budgets de développement, de manière à investir dans les hôpitaux qui sont susceptibles de donner de meilleurs rendements. En France, Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la santé, affirmait que «nous ne sommes pas dans une période de récession budgétaire, mais il faut que l'argent soit utilisé de la façon la plus rationnelle possible» (Garcia et Mandraud, 1999).

Si dans certains pays des établissements se sont dotés d'outils permettant de contrôler les coûts (par exemple: aux États-Unis avec les groupes de diagnostics homogènes et en France avec les groupes homogènes de malades), à certains égards, cela n'est pas le cas des centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) du Québec. Ceux-ci, comme les hôpitaux, ne disposent pas d'éléments d'information sur l'utilisation des soins et services par patient hospitalisé ou en consultation externe mais plutôt par centre d'activités pour l'ensemble des patients qui y ont utilisé des services. Il existe donc très peu d'éléments d'information sur les coûts des hospitalisations ou des services dans les rapports que les établissements de santé envoient aux ministères de la Santé de même que dans les banques de données (Durand et al., 2001). Tout au plus, les Ministères calculent un per diem¹ qui représente une mesure peu précise des coûts d'opérations. De ce fait, il semble aujourd'hui difficile aux pouvoirs publics de prendre des décisions éclairées en matière d'allocation budgétaire par manque d'outils d'évaluation ou d'éléments d'information sur les résultats cliniques et sur les coûts essentiels à la programmation et à la prise de décision (Nicklin et Zitner, 2002).

Au Québec par exemple, pour juger de la performance ou de l'efficacité des établissements de santé, les gestionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux ont recours en grande partie aux éléments d'information contenus dans deux rapports annuels fournis par ces établissements. Le premier, l'AS 471 est le rapport présentant, par centre d'activités, les dépenses (heures, salaires, bénéfices marginaux, contribution de l'employeur, formation, etc.) et des unités de mesure (nombre d'usagers² desservis, heures de prestation de services, etc.). Le deuxième, l'AS 484, présente les données statistiques sur les clientèles (nombre d'admissions, d'inscriptions, les régions d'origine des usagers, les listes d'attente, les durées de séjour). Si certains éléments d'information semblent être disponibles dans les rapports, ceux-ci ne mettent pas en relation les résultats cliniques obtenus avec ce qu'ils ont coûté.

En résumé, il s'avère actuellement difficile d'établir un coût de revient par usager des ressources allouées aux programmes de réadaptation en déficience physique.

¹ De nombreuses institutions calculent un per diem de leurs opérations. Cela est essentiellement le total des coûts d'opérations pour l'année divisé par le total d'utilisation des services par les usagers sur l'année. Un exemple commun dans les hôpitaux est le coût par patient par jour. (Drummond et al. 1987).

² Au Québec, les personnes qui reçoivent des services de réadaptation dans un centre de réadaptation sont appelées des «usagers».

Paradoxalement, l'objectif principal des preneurs de décision est de répartir le mieux possible les ressources disponibles afin de dispenser des services qui permettent de répondre aux objectifs de leur programme et aux besoins des personnes ayant des déficiences et des incapacités. Dans cette optique, la présentation ci-après d'un modèle de détermination du coût de revient des usagers (patients) référés dans un programme de réadaptation pourrait contribuer à une amélioration de la gestion des programmes de santé en déficience physique. Le modèle proposé est centré sur les deux aspects fondamentaux de l'évaluation de la performance financière soit la mesure des résultats (cliniques) et la mesure des coûts.

La suite du document est organisée comme suit. La première section présente le cadre conceptuel de la réadaptation des déficiences physiques. La deuxième section est consacrée à la recension des écrits pertinents sur les groupes fonctionnels homogènes. Le modèle de détermination du coût de revient des usagers (patients) référés dans un programme de réadaptation est exposé dans la troisième section.

1 Cadre conceptuel de la réadaptation des déficiences physiques

Les modèles conceptuels en réadaptation des déficiences physiques sont importants. Ils forment la base de toutes les décisions en matière d'allocation des ressources. Ils peuvent aider dans l'analyse et la compréhension des cas cliniques et peuvent former un cadre pour l'élaboration des services, la planification des interventions ainsi que pour tous projets de recherche en évaluation clinique (Fougeyrollas et al., 1998a; Wade et De Jong, 2000; Organisation Mondiale de la Santé, 2001).

La plupart des modèles conceptuels en réadaptation des déficiences physiques (Nagi, 1991; Johnson et Wolinsky, 1993; Wilson et Cleary, 1995; Ebrahim, 1999) s'inspirent ou sont de légères variantes de celui de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), élaborée par l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et publiée en 1980. La CIDIH repose sur la classification conceptuelle introduite par Wood dans l'analyse des situations de handicaps (concepts de déficience³, d'incapacité⁴, de désavantage⁵).

Les démarches de soins en réadaptation sont encore actuellement largement inspirées de cette classification. Cependant, de nombreux professionnels pensent qu'il n'est plus adapté à l'exercice actuel et aux réalités de vie des personnes handicapées (Hamonet, 1999), notamment parce qu'il ne prend pas suffisamment en compte les interactions entre les différents éléments du modèle (Minaire et al., 1991), ou encore, les interactions personne-environnement (Fougeyrollas et al., 1998a). La réadaptation physique agit en fonction des situations de vie rencontrées par la personne handicapée; celles-ci sont dépendantes des

³ Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération de structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique (OMS, 1988).

⁴ Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain (OMS, 1988).

⁵ Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) (OMS, 1988).

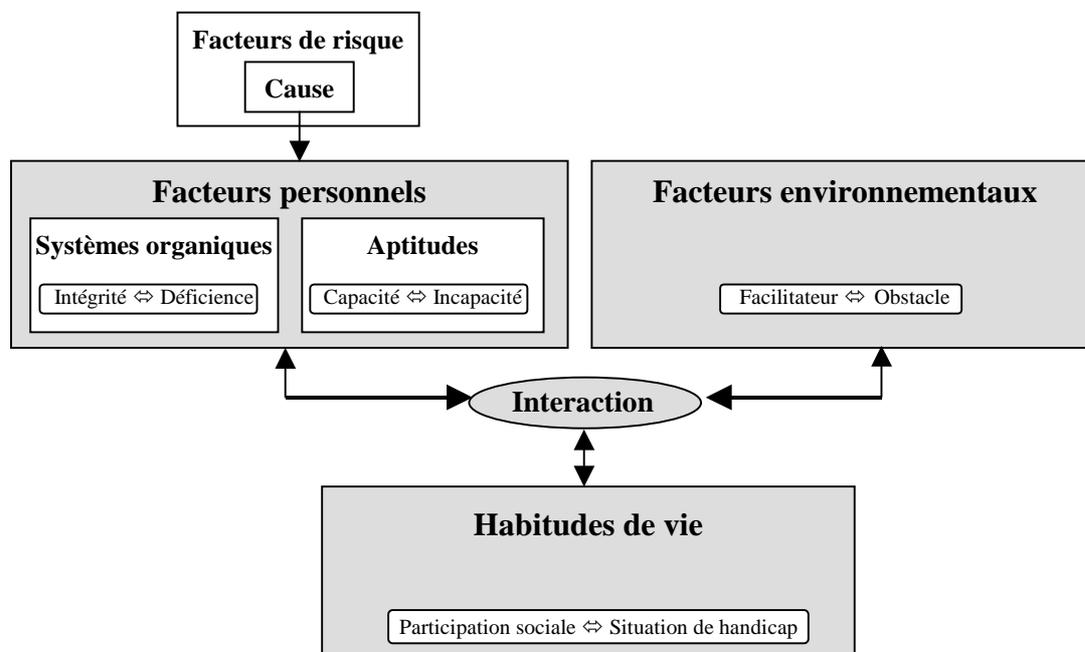
facteurs personnels (c.-à-d. caractéristiques intrinsèques appartenant à la personne, tels que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.) et du contexte environnemental (c.-à-d. les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société) (Fougeyrollas et al., 1998a; Wade et De Jong, 2000; Dijkers, 1999).

L'organisation mondiale de la santé a récemment révisé son modèle. En 1997, elle a édité la version avant projet CIH-2 Bêta-1 et publié, en novembre 2001, la version finale de la CIH-2 (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) pour remplacer la CIDIH.

La CIH-2 dans sa version Bêta (1997) ainsi que finale (2001) intègre bien des données environnementales et situationnelles, cependant cette évolution semble être insuffisante car elle maintient les segmentations et les chevauchements conceptuels de la CIDIH et elle introduit de nouvelles confusions et incohérences terminologiques, conceptuelles et opérationnelles notamment en ce qui concerne la nomenclature et les échelles de mesure (Fougeyrollas et al., 1998a).

Les tendances de la CIDIH à rejeter la responsabilité du handicap sur l'individu plus que sur la société sans prendre en compte la relation entre l'individu et son environnement ont conduit le Comité Québécois de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CQCIDIH), en 1990, à proposer le modèle du Processus de production du handicap (PPH). Le PPH, issu de la pratique clinique et du mouvement de promotion des droits des personnes ayant des incapacités, est le modèle conceptuel regroupant les déterminants personnels et environnementaux des situations de handicap et de la participation sociale⁶ (figure 1). Il est aujourd'hui fréquemment utilisé comme cadre de référence clinique ou de planification pour les programmes québécois.

Figure 1 : Processus de production du handicap



⁶ La participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) (Fougeyrollas et al., 2000).

Le PPH offre un ensemble de concepts, de définitions et une nomenclature permettant d'appréhender de manière articulée le processus d'apparition des situations de handicap. La situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (déficiences, incapacités et autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles) (Fougeyrollas et al., 1998a; Fougeyrollas et al., 1998b; Détraz, 2000; Castelein et al., 1998). Elle perturbe donc la réalisation des habitudes de vie de la personne compte tenu de son âge, de son sexe et de son identité socioculturelle (Fougeyrollas et al., 1998a). Les habitudes de vie assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société, tout au long de son existence. Les facteurs environnementaux représentent toutes les dimensions sociales, culturelles et physiques, qui constituent l'organisation et le contexte d'une société humaine. Ils concernent tous et chacun et ne sont pas spécifiques aux personnes ayant des incapacités. Ces facteurs peuvent devenir des obstacles ou des facilitateurs lorsqu'ils interagissent avec les déficiences et les incapacités d'une personne dans une situation spécifique de vie. Selon l'âge, le sexe et l'identité personnelle (éducation, expérience, histoire de vie, etc.), ils déterminent la prévention ou la production des situations de handicap dans la performance ou la réalisation d'activités de la vie sociale courante pour une personne en particulier (Fougeyrollas et al., 1998a).

2 Groupe fonctionnel homogène

L'évaluation de l'utilisation des ressources constitue depuis longtemps la pierre angulaire du système de contrôle hospitalier (Halgard, 2000). Une avancée majeure dans ce domaine a découlé de l'utilisation des groupes de diagnostics homogènes (DRG), comme concept de produit.

C'est un groupe de chercheurs américains, dirigé par le professeur Fetter de l'Université de Yale, qui est à l'origine des DRG durant les années soixante-dix. Le système des DRG vise à regrouper les patients et les coûts qui découlent de leur traitement en plusieurs catégories de diagnostics (au début, 492 diagnostics) selon la sévérité et la nature des maladies. Le but principal poursuivi par Fetter (1991) lors de la création de ce système de regroupement était d'aider les gestionnaires à administrer plus efficacement leur établissement en définissant un «produit» comme base de mesure et d'évaluation. En regroupant les traitements des patients et les coûts qui en découlent en plusieurs catégories de diagnostics, cet outil de gestion vise à établir un lien entre l'utilisation des ressources et l'éventail particulier des maladies traitées, permettant, ainsi, aux gestionnaires des centres hospitaliers d'appliquer quelques-unes des techniques de gestion industrielle, tel que le budget flexible, les contrôles de coûts et de qualité, etc. (Fetter, 1991).

En France, ce concept, connu sous le nom de groupe homogène de malades (GHM), fut introduit en 1984-85 dans le cadre du projet qui est devenu par la suite le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (Dubois, 1999). Le PMSI est un outil de description et de mesure de l'activité médicale hospitalière (Coca 1998, Engel et al. 2000) qui vise à produire des éléments d'information pertinents concernant les coûts par pathologie et/ou par patient, soit les groupes homogènes de malades (Nobre, 2000). Environ 600 GHM sont aujourd'hui répertoriés pour les séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique (Nobre et Biron, 2001). Où que se soit, les systèmes mis en œuvre reviennent finalement à

déterminer des coûts standards par GHM ou DRG servant de référence aux établissements hospitaliers.

Avec les mêmes objectifs, certains chercheurs tentent de répliquer ce genre de regroupement en réadaptation. Toutefois, contrairement aux domaines médicaux où une classification selon les DRG semble donner des résultats satisfaisants, dans le domaine de la réadaptation, cela n'est pas le cas (Harada et al., 1993, Paolucci et al., 1998). C'est en 1993, qu'Harada et al. (1993) furent à l'origine du système de classification uniforme des données en réadaptation selon les groupes fonctionnels homogènes (FRG). Puis, en 1994, un groupe de chercheurs de l'Université de New York à Buffalo ont raffiné le modèle pour développer la première version du FIM-FRG. Le système FIM-FRG vise à regrouper les patients et les coûts qui découlent de leur traitement en plusieurs catégories d'indépendance fonctionnelle (dans la première version, 53 groupes) selon le type d'incapacité, le score FIM⁷ moteur et cognitif à l'admission et l'âge. La deuxième version de ce système appelé FIM-FRG₂, inclut deux nouvelles catégories d'incapacité aussi bien que des groupes séparés pour le patient admis à des fins d'évaluation. Cette classification divise, par exemple, les usagers ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) en 9 groupes basés sur le score du niveau fonctionnel moteur et cognitif à l'admission (prises avec la mesure d'indépendance fonctionnelle) et sur l'âge (Stineman et al. 1998). Le tableau 1 suivant présente cette classification.

Tableau 1 : Classification FIM-FRG₂ pour usager avec AVC

FIM-FRG ₂	Score FIM moteur	Score FIM cognitif	Âge
1.	74-91	31-35	Tout âge
2.	63-73	31-35	Tout âge
3.	63-91	5-30	Tout âge
4.	56-62	5-35	Tout âge
5.	49-55	5-35	Tout âge
6.	38-48	5-35	Tout âge
7.	13-37	18-35	> 74 ans
8.	13-37	5-17	> 74 ans
9.	13-37	5-35	16-74 ans

L'échelle pour la FIM moteur est de 13 à 91 et pour la FIM cognitive de 5 à 35.

Bien que l'acceptation de cette classification semble répandue aux États-Unis, où la plupart des recherches sur son utilisation ont été effectuées, en Australie, un groupe de chercheurs de l'Université de Wollongong a récemment recommandé au gouvernement australien d'adopter le système de classification AN-SNAP dans le domaine de la réadaptation. Fondamentalement basé sur les mêmes principes que la FIM-FRG₂, celui-ci aide également à prédire les résultats cliniques, la durée de séjour et les coûts de la réadaptation et peut jouer un grand rôle dans la gestion des programmes de réadaptation (Lowthian et al. 2000). De même que la FIM-FRG₂, l'AN-SNAP couvre l'ensemble de la réadaptation (en 65 groupes).

⁷ La mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF), traduit en anglais par « Functional Independence Measure » (FIM), a été élaborée par un groupe de travail conjoint de l'American Congress of Rehabilitation Medicine et de l'American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, c'est une échelle qui comprend 18 questions à 7 niveaux permettant d'évaluer l'état fonctionnel d'un usager. Cet état va de dépendance complète (1) à l'autonomie complète (7), pour plusieurs dimensions regroupées en quatre scores moteurs et deux scores de cognition sociale. Le score global va de 18 à 126.

Par exemple, elle divise les usagers ayant subi un AVC en 5 groupes basés sur le score du niveau fonctionnel moteur et cognitif à l'admission (mesurés avec la mesure d'indépendance fonctionnelle) et sur l'âge (tableau 2).

Tableau 2 : Classification AN-SNAP pour usager avec AVC

AN-SNAP	Score FIM moteur	Score FIM cognitif	Âge
204.	63-91	20-35	Tout âge
205.	63-91	5-19	Tout âge
206.	47-62	5-35	Tout âge
207.	14-46	5-35	> 74 ans
208.	14-46	5-35	< 74 ans

La plupart des modèles de classification relatifs aux usagers en consultation externe, tels que le «Ambulatory Visit Groups» (AVGs), le «Ambulatory Patient Groups» (APGs) et le «Ambulatory Care Groups» (ACGs), ont opté pour une classification à l'acte plutôt que pour le traitement complet (Eager et al., 1999). Cependant, l'AN-SNAP a également des catégories spécifiques à la consultation externe basées sur le type d'incapacité, l'indépendance fonctionnelle et le recours à une thérapie simple ou multidisciplinaire. Il y a 15 classes pour la réadaptation, 2 pour l'évaluation et 13 pour le traitement. C'est la seule classification ambulatoire identifiée jusqu'à présent qui a été développée spécifiquement pour la réadaptation (Eager et al., 1999).

Enfin, la FIM-FRG₂, et l'AN-SNAP semblent actuellement retenir l'attention des chercheurs. Celles-ci font l'objet de comparaison pour identifier laquelle des deux classifications est la plus appropriée pour la réadaptation. Lowthian et al. (2000) les ont comparées sur la base de leur utilité en terme de prédiction des résultats cliniques et les durées de séjour (et de là, les coûts) pour des usagers admis suite à un AVC. Les résultats de leur étude démontrent que les deux systèmes de classification donnent des performances semblables quant à la prédiction des durées de séjour et que le FIM-FRG₂ est légèrement meilleur en ce qui a trait à la prédiction des résultats cliniques.

3 Proposition d'un modèle de détermination du coût de revient

Le modèle de détermination du coût de revient est ici issu d'une réflexion qui vise essentiellement à faire une estimation la plus fine possible des coûts des services de réadaptation et des résultats cliniques. Ces résultats cliniques se doivent d'être une mesure qui reflète au mieux les services prodigués auprès des usagers des services de réadaptation en déficience physique. Même si chaque cas (usager) admis dans les programmes de réadaptation en déficience physique soit en quelque sorte unique, il est également proposé d'intégrer au modèle de détermination du coût de revient la notion de groupe fonctionnel homogène basé sur le processus de production du handicap.

3.1 Estimation des coûts des activités des services de réadaptation

Dans l'état actuel des choses, la mesure des coûts des services de réadaptation des centres de réadaptation en déficience physique du Québec est difficilement mesurable puisque les normes et les pratiques de comptabilisation des établissements concernés ne nous donnent en aucune manière les coûts de revient des services qu'ils dispensent. Le système de comptabilité, selon les directives du manuel de gestion financière du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est organisé pour une gestion par centres d'activités. Cette méthode accumule les charges par centres d'activités et ce sont les unités de mesure des centres d'activités (ex. : nombre d'usagers, nombre de lits, etc.) qui servent de base à l'allocation budgétaire des ressources financières par le MSSS. Parmi celles-ci, on distingue généralement trois catégories de centres d'activités (Hébert et al., 1997) : 1 - les services de traitements (intervention directe auprès des usagers : les services professionnels des éducateurs, ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, etc.); 2 - les services de soutien (appui aux activités de traitements : entretien ménager, buanderie, services alimentaires, etc.); et 3 - les services généraux et administratifs (tous les autres services qui soutiennent l'organisation).

La catégorie des services de traitements représente les coûts directs des services offerts. Dans les CRDP du Québec, ces services sont identifiés en termes d'heures de prestation de services (HPS). Les catégories des services de soutien et des services généraux et administratifs constituent les coûts qui ne peuvent pas être directement attribués aux soins ou aux services dispensés tout en étant, toutefois, essentiels à leur réalisation. La somme des coûts directement reliés au service offert (coûts directs) avec une juste attribution des autres coûts (coûts indirects) permet d'établir le coût de revient d'un service offert.

Dès lors, les coûts par prestation et par usager sont déterminés à partir d'une attribution spécifique des coûts directs et d'une allocation d'une juste part des coûts des services de soutien et des services généraux et administratifs. Afin de répartir ces derniers, il est possible d'utiliser plusieurs méthodes qui bien évidemment donneront des résultats différents compte tenu de la clé de répartition⁸ choisie.

Étant donné l'importance des coûts indirects dans les établissements de santé (MacArtur et Stranaham, 1998, Halgand, 2000, Nobre et Biron, 2001), il est important de prêter une attention particulière à la méthode de répartition utilisée. Les établissements de santé sont des organisations complexes qui produisent différents types de services. Freeman et Scott (1985) rapportent que la complexité en milieu hospitalier est mise en évidence par l'augmentation du niveau de compétence des employés, par l'adoption des technologies modernes et par l'augmentation du nombre de services fournis. Or, les organisations complexes sont celles qui sont supposées tirer le plus partie de la répartition des coûts indirects à l'aide de la méthode de la comptabilité par activités. De plus, la faible traçabilité des processus de consommations de ressources par les séjours invite à se tourner vers la comptabilité par activités (Halgand, 2000). Celle-ci préconise le recours à plusieurs bases de répartition (les inducteurs de coûts)

⁸ Pour procéder au partage des coûts communs (indirects) entre des centres de production, il faut utiliser des clés de répartition. Celles-ci sont l'instrument permettant d'allouer à chaque centre de production une part réaliste d'un coût commun. Par exemple, l'amortissement d'un bâtiment peut être réparti selon la superficie allouée à chaque centre de production.

qui se doivent d'être étroitement reliées à la nature des coûts répartis (Cooper et Kaplan, 1987).

Dans la gestion moderne, la comptabilité par activités est sans aucun doute l'approche la plus sophistiquée et la plus détaillée. De ce fait, elle semble répondre au mieux à la problématique de la répartition des frais indirects.

«La difficulté de mesurer les extrants des organisations de services soulève des problèmes particuliers en ce qui a trait à la conception de systèmes de coûts de revient des produits et de contrôle de gestion. Dans ce type d'organisations, il y a peu sinon pas de coûts directs, comme la main-d'œuvre ou les matières directes associés à la production. Il en résulte qu'un bon nombre de leurs coûts sont classés comme étant indirects et les concepts qui relient l'analyse des activités aux coûts de soutien deviennent alors particulièrement significatifs (Atkinson et al., 1999, p. 103).»

Avec la comptabilité par activités, des efforts sont déployés pour identifier toutes les activités d'un service et ensuite, pour leur attribuer un coût. Les coûts attribués de toutes les activités requises pour produire un service sont, par la suite, additionnés avec les coûts directs afin d'établir le coût de revient total du service. Les bases de répartition utilisées, les inducteurs de coûts, sont sensées refléter les causes de variation des coûts indirects ou représentent une mesure du niveau d'activités exécutées par l'activité (Atkinson et al., 1999). Souvent, dans les entreprises manufacturières les inducteurs de coûts reflètent le volume de production ou la complexité des opérations de production. Il n'y a pas de norme objective qui dicte le choix d'un inducteur de coûts (Hébert et al., 1997). Celui-ci est à la discrétion des individus qui mettent en place le système de comptabilité par activités. Par exemple, les inducteurs de coûts qui semblent les plus appropriés dans l'industrie manufacturière incluent les heures machines, les temps de mise en course des machines, les ordres d'achats, le nombre de pièces inspectées et les distances parcourues (Hilton, 1999). Selon Atkinson et al. (1999), les inducteurs de coûts appropriés pour des centres de santé peuvent être, par exemple, les heures de services professionnels et de soins infirmiers, le nombre de tests, le nombre de kilos de lessive, le nombre de mètres carrés de superficie, etc.

Une base de répartition des coûts peut être sélectionnée parce qu'elle cause le coût ou parce qu'elle reflète dans une bonne proportion des résultats de l'activité ou encore parce qu'elle est considérée être acceptable compte tenu du contexte. Une fois qu'une base de répartition est sélectionnée, il est possible de calculer un taux, inducteur de coût, pour assigner les coûts de l'activité consommée aux produits ou aux services.

La conceptualisation des inducteurs de coûts est très importante et requiert beaucoup d'attention. De plus, des révisions peuvent être nécessaires si le processus ou la technologie change. Si jusqu'à présent, il est possible de retracer des exemples de modèles de comptabilité par activités dans le contexte des programmes de santé américains, français et dans certaines provinces canadiennes⁹, cela semble plus difficile d'en identifier au Québec. En effet, peu de chercheurs semblent s'être intéressés à la conceptualisation des inducteurs de coûts ou à la répartition des coûts indirects dans les centres hospitaliers et encore moins, dans les centres de réadaptation.

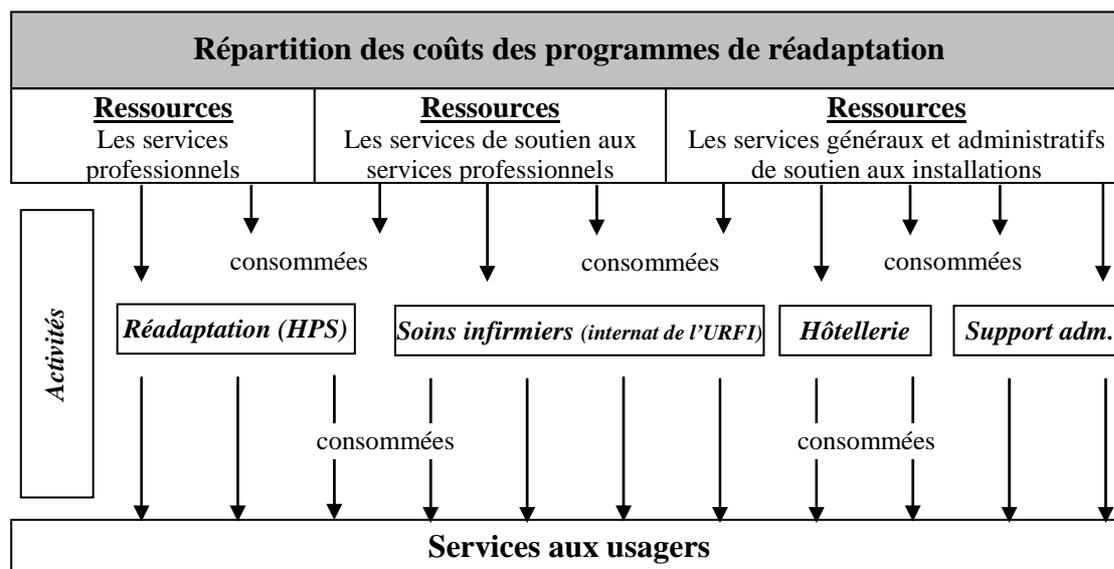
⁹ La comptabilité par activités trouve ses racines dans l'industrie manufacturière. Toutefois, celle-ci est de plus en plus utilisée dans les organisations de santé. Aujourd'hui, environ 20% des hôpitaux américains et canadiens utilisent les principes de la comptabilité (West et West, 1997; Lawson, 1994).

Dans le but d'obtenir le plus de précision possible au niveau des coûts, il apparaît nécessaire d'adopter les principes de la comptabilité par activités pour l'attribution des coûts indirects aux services dispensés puisque celle-ci représente une avancée importante comparativement aux systèmes traditionnels d'établissement des coûts de revient où, très souvent, les coûts indirects sont attribués selon une unité d'œuvre plus ou moins appropriée (Halgand, 2000). La comptabilité par activités devrait permettre de réduire considérablement les distorsions dues à la méthode de comptabilisation de même que les distorsions dues au mixte de services ou dues à l'intensité des services consommés. Closon et Roger-France (1989) suggèrent en effet que l'intensité des soins serait également l'un des facteurs déterminants de la consommation des ressources. La comptabilité par activités présente une opportunité de détailler les coûts indirects, elle peut être un outil extrêmement précieux en prise de décision financière (Greene et Metwalli, 2001). Selon Nobre et Biron (2001), la comptabilité par activités permet de passer d'un système de coût standard à un système de coût réel en évitant les clés de répartition trop globales, comme la durée de séjour, pour utiliser des inducteurs traduisant les pratiques des différents acteurs.

Notons finalement que la comptabilité par activités se développe de façon favorable dans le milieu hospitalier anglo-saxon. Dans ce milieu, elle est vue comme une alternative aux systèmes traditionnels de coût. En revanche, dans le milieu hospitalier français, cela semble moins favorable (Nobre et Biron, 2001). Les expérimentations françaises réalisées, jusqu'à maintenant, concernent principalement les fonctions médico-techniques ou logistiques : stérilisation (Gourieux et al. 2000, Rabiller et Bouillit-Chabert. 1999), radiologie, (Garrot 1995), laboratoire (Bellocq et al. 2001). Mise à part quelques exceptions, telle que l'expérimentation de Nobre et Biron (2001), la comptabilité par activités n'a pas réellement été utilisée dans l'évaluation des services médicaux et chirurgicaux.

Compte tenu de l'application des concepts de la comptabilité par activités au contexte de la santé, la figure 2 présente un modèle de répartition des coûts des programmes de réadaptation.

Figure 2 : Composantes de la répartition des coûts des programmes de réadaptation



3.2 Groupe fonctionnel homogène basé sur le processus de production du handicap

L'élaboration d'un système de catégorisation par groupe fonctionnel homogène (FRG) passe par deux éléments importants : l'estimation des coûts des services et la mesure des résultats cliniques. L'estimation des coûts ayant été discutée précédemment, voyons ce qu'il en est de la mesure des résultats cliniques.

S'il apparaît que la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) fait l'objet d'une attention particulière dans l'élaboration des FRG, par exemple, aux États-Unis, en Australie et en Ontario où on cherche actuellement à constituer les bases d'un système de FRG-FIM, il n'en reste pas moins que de l'avis des professionnels de la santé, la mesure des résultats cliniques d'un usager prise à partir de la MIF ne semble pas être en mesure de refléter les résultats cliniques des services prodigués¹⁰ par les CRDP. Selon Keith (1995), le test ultime des impacts de la réadaptation n'est pas la définition abstraite du niveau de fonctionnement d'une personne à partir des habiletés développées dans un contexte clinique mais celui dans son milieu de vie quotidien, à la maison, à l'épicerie ou au travail. L'expérience clinique tend à démontrer que la MIF semble être appropriée en réadaptation intensive (étape 2 du processus de réadaptation) dont les objectifs sont centrés sur les aspects plus fonctionnels (i.e. moteur et cognitif) de l'usager. Par contre, cette mesure n'est toutefois plus adéquate pour mesurer les résultats cliniques des étapes successifs (3 – adaptation-réadaptation ; 4 – actualisation des apprentissages et maintien des acquis) où les objectifs de réadaptation sont plus centrés sur la réadaptation de l'usager dans son milieu de vie ou au travail. Par conséquent, compte tenu des objectifs de réadaptation des CRDP, il semble qu'une mesure de résultats cliniques à partir d'outils élaborés sur le cadre conceptuel du PPH reflèterait mieux les résultats cliniques.

L'objectif ultime des établissements de réadaptation en déficience physique à l'égard de la clientèle est de favoriser la participation sociale des personnes ayant des incapacités significatives et persistantes découlant d'une déficience physique (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2000). À cette fin, les services spécialisés de réadaptation visent plus particulièrement la réduction des situations de handicap par l'atteinte des objectifs suivants : 1 - développer les aptitudes de la personne essentielles à la réalisation de ses habitudes de vie; 2 - compenser les incapacités résiduelles de la personne; et 3 - réduire les obstacles physiques et sociaux susceptibles de limiter la réalisation des habitudes de vie. Ainsi, la MIF n'est absolument pas en mesure de refléter les résultats cliniques suite aux services offerts par les CRDP.

Basé sur le cadre conceptuel du PPH (figure 1), les travaux récents de Fougeyrollas et al. (2000, 2002) ont permis l'élaboration d'un outil d'évaluation clinique : la grille de classement PPH. Cette grille permet de recueillir systématiquement les éléments d'information cliniques dans un langage standardisé s'adaptant à tous les types de clientèle en déficience physique ainsi qu'aux divers groupes d'âges et champs d'intervention dans les services d'adaptation et

¹⁰ Le processus de réadaptation en déficience physique peut se décomposer en 5 grandes étapes : 1 – diagnostic-traitement (apparition de la problématique); 2 – réadaptation fonctionnelle intensive ; 3 – adaptation-réadaptation ; 4 – actualisation des apprentissages et maintien des acquis ; et 5 – soutien à la participation sociale (MSSS, 1992). Les services dispensés par les CRDP concernent les étapes 2 et principalement 3 et 4. L'étape 5 est généralement l'affaire des centres locaux de services communautaires (CLSC).

de réadaptation¹¹. La sélection des variables a été jugée significative pour mesurer la progression, et les échelles de mesure possèdent une sensibilité suffisante pour détecter des changements dans le temps. Cette grille évalue, tout d'abord, 24 fonctions couvrant les habitudes de vie. L'appréciation des habitudes de vie s'effectue sur une échelle de six degrés allant de 1 (non réalisée) à 6 (réalisée par la personne sans difficulté). Ensuite, elle estime 9 aptitudes couvrant les facteurs personnels. Chaque aptitude du PPH est cotée sur une échelle de quatre degrés allant de 1 (incapable) à 4 (capable sans limite). Finalement, elle mesure 11 facteurs environnementaux. Chaque facteur environnemental est coté sur une échelle de trois degrés allant de 1 (obstacle) à 3 (facilitateur). Chacune des trois dimensions est établie selon des critères précis et à partir de renseignements obtenus à l'aide de questionnement et d'observation de l'utilisateur par les cliniciens ou les professionnels de la réadaptation. L'annexe 1 présente les grandes catégories de variables contenues dans chacune des dimensions.

La détermination des résultats cliniques ainsi que des coûts associés aux différentes prestations des services devrait permettre la constitution de groupes fonctionnels homogènes. Les travaux de Fetter (1991), de Paolucci et al. (1998), d'Harrada et al. (1993), de Stineman et al. (1998), de Lowthian et al. (2000) et d'Eager et al. (1999) pourraient servir de bases pour constituer ces groupes. Il est sans doute possible d'envisager des groupes à partir d'une mesure des habitudes de vie (HV_{TO}) et des aptitudes (APT_{TO}) ainsi que de la qualité environnementale (QE_{TO}) prises au début du processus de réadaptation et de l'âge de l'utilisateur. Ce système de classification pourrait ressembler à ceux développés aux États-Unis (FIM-FRG₂) ou en Australie (AN-SNAP).

Conclusion

Le modèle de détermination du coût de revient des usagers (patients) référés dans un programme de réadaptation en déficience physique, ici proposé, représente sans doute une avancée importante dans le domaine du contrôle de gestion des programmes de réadaptation en déficience physique. La constitution d'une mesure plus fine des coûts des activités dispensées après des usagers ainsi que l'élaboration d'un système de classification par groupes fonctionnels homogènes basé sur le processus de production du handicap (PPH-FRG) seront sans doute d'une grande utilité pour la gestion des programmes cliniques.

Les nombreuses applications du processus de production du handicap, dans divers domaines d'activités tels que la réadaptation, l'évaluation et la planification de politiques et programmes et les enquêtes statistiques ont démontré l'importance de tenir compte du rôle des variables environnementales et l'amélioration du processus d'intégration sociale des personnes ayant des incapacités. La diffusion des résultats et l'élaboration de guide de formation et de vulgarisation ont aussi permis d'accroître l'utilisation du PPH au Québec, mais aussi en France, en Belgique, en Suède et en Suisse. Par exemple, le modèle du Processus de production du handicap a été retenu comme approche conceptuelle dans des travaux de recherche reliés au travail social dans un établissement Suisse (Noreau et al. 2003). Par

¹¹ Les services d'adaptation et de réadaptation requis par la personne visent le développement de son autonomie fonctionnelle en rapport avec les trois grandes dimensions de sa vie: autonomie personnelle, autonomie sociorésidentielle et autonomie sociale et professionnelle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995).

conséquent, le modèle de détermination du coût de revient tenant compte de groupes fonctionnels homogènes basé sur le PPH pourrait également trouver application en Europe.

Références bibliographiques

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2000), *Rôles des Établissements de Réadaptation en Déficience Physique*, Document d'orientation. Montréal : Association des Établissements de Réadaptation en Déficience Physique du Québec.

Atkinson A.A., Banker R.D., Kaplan R.S. et Young S.M. (1999), *Comptabilité de Management – Pour une Gestion Stratégique des Coûts* (Trad. Roy, C. et M. Gosselin), Montréal-Toronto : Chenelière/McGraw-Hill.

Bédard D., Bastien R., Brown B., Chicoine J.P., Laroche M. et Rouleau R. (2002), *La Budgétisation et la Performance Financière des Centres Hospitaliers*, Rapport du comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, Québec : Gouvernement du Québec, MSSS.

Bellocq JP., Biron N., Kessler S., Penaud M., Faujour V., Ospel J., Supper E., Barthel A., Roussel JF., Mechine-Neuville A., Marcellin L., Lang-Averous G., Chenard MP. (2001), « Mesure de l'activité et des coûts en ACP hospitalo-universitaire par la méthode ABC (activity-based costing) », *Annales Pathologie*, Juillet, vol. 21, n° 3, pp. 215-32.

Castelein P., Noots-Villers P., Spicher C. et Heris G. (1998), « Évaluation systématique des objectifs prioritaires en réadaptation », Bruxelles : GRAVIR.

Closon M-C., Roger-France F.H. (1989), « Structures des pathologies et financement des soins de santé », dans DRGs in Europe, *Actes du colloque de l'EFMI*, Bruxelles.

Coca E. (1998), *L'ISA et le PMSI*, Paris, Berger-Levrault.

Cooper R. et Kaplan R.S. (1987), « How cost accounting systematically distorts product cost », dans W.J. Bruns Jr. et Kaplan R.S. (dir.), *Accounting and Management: Field Study Perspectives* (pp. 204-228), Boston, MA : Harvard Business School Press.

Détraz M. (2000), « Le dossier du patient en ergothérapie », *Ires Journées Nationales de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle*, Paris : FEHAP, pp. 37-42.

Dijkers M. (1999), « Community integration: conceptual issues and measurement approaches in rehabilitation research », *Journal of Rehabilitation Outcomes Measurement*, vol. 3, n° 1, pp. 39-49.

Drummond M.F., Stoddart G.L. et Torrance G.W. (1987), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs*, Oxford Medical Publication.

Dubois J. (1999), « Le PMSI : principes fondamentaux », dans *Le PMSI : bilan, actualité et perspectives après 15 ans d'évolution*, première partie, Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés, Août, n° 35 – supplément, 5-9.

Durand P.J., Lemay A., Tourigny A., Bonin L. et Paradis M. (2001), *Développement et Implantation d'un Système de Prix de Revient des Soins et des Services à Domicile dans le Cadre du Projet de Démonstration d'un Réseau Intégré des Services dans les Bois-Francs avec une Coordination des Services par Gestion de Cas (Case-Management)*, Rapport final sur les résultats présenté au Fonds d'adaptation des services de santé et addenda sur les coûts privés à domicile.

Eager K., Gree J. et Gordon R. (1999), *A National Classification System and Payment Model for Private Rehabilitation Services*, (rapport de recherche). Wollongong: University of Wollongong, Center for Health Services Development.

Ebrahim S. (1999), « Disability in older people: a mass problem requiring mass solutions », *The Lancet*, vol. 353, pp. 1990-1992.

Engel F., Kletz F., Moisson J.C. et Tonneau D. (2000), *La démarche gestionnaire à l'hôpital : le PMSI*, Paris, Seli-Arslan.

Fetter R.B. (1991), « Diagnostic related groups: understanding hospital performance », *Interfaces*, vol. 21, n° 1, pp. 6-26.

- Fougeyrollas P. et Noreau L. (1998b), *La Mesure des Habitudes de Vie (MAVIE 3.0)*, Québec : CQCIDIH.
- Fougeyrollas P., Bergeron H. et Robin J.P. (2000), *Projet de Recherche sur les Mesures de Progression en Réadaptation*, Rapport de recherche, Institut de Réadaptation en Déficience physique de Québec.
- Fougeyrollas P., Bergeron H. et Robin J.P. (2002), *Projet de Recherche sur les Mesures de Progression en Réadaptation*, Rapport de recherche, Institut de Réadaptation en Déficience physique de Québec.
- Fougeyrollas P., Cloutier R., Bergeron H., Côté J., Côté, M. et St-Michel, G. (1998a). *Révision de la Proposition Québécoise de Classification : le Processus de Production des Handicaps*, Québec : Réseau International sur le Processus de Production des Handicaps.
- Freeman R.J. et Scott R.B. (1985), « The essentials of hospital accounting », *The CPA Journal*, January, pp. 40-45.
- Garcia A., Mandraud I. (1999), « Les personnels des hôpitaux de Paris dénoncent la rigueur budgétaire – La secrétaire d'Etat à la santé assure que “ les moyens existent ” », *Le Monde*, 11/12, p.10.
- Garrot T. (1995), *Le management des activités en milieu hospitalier*, Thèse de Sciences de Gestion, Université de Nice.
- Gourieux B., Biron N., Nobre T., Beretz L. (2000) « La méthode ABC en Stérilisation », *Echanges*, n° 168, juillet, pp. 45-51.
- Greene J.K. et Metwalli A. (2001), « The impact of activity based cost accounting on health care capital investment decisions », *Journal of Health Care Finance*, vol. 28, n° 2, pp. 50-64.
- Halgand N. (2000), « Calcul des coûts et contrôle budgétaire de l'hôpital : éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable », *Actes du XXIème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, 18-19 mai, Angers.
- Hamonet C. (1999), « Les enjeux de la classification des handicaps », dans Actes de la Journée d'Études du C.T.N.E.R.H.I. 22 octobre 1998, *Handicap Revue de Sciences Humaines et Sociales*, vol. 81.
- Harrada N., Kominski G. et Sofaer S. (1993), « Development of a resource-based classification scheme for rehabilitation », *Inquiry*, vol. 30, pp. 50-63.
- Hébert R., Dubuc N., Buteau M., Roy C., Desrosiers J., Bravo J., Trottier L. et St-Hilaire C. (1997), *Services Requis par les Personnes Âgées en Perte d'Autonomie*, Québec : Gouvernement du Québec, MSSS.
- Hilton R.W. (1999), *Managerial Accounting* (4^e éd.), Irwin / McGraw-Hill.
- Johnson R.J. et Wolinsky F.D. (1993), « The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 44, pp. 105-124.
- Keith R. (1995), « Conceptual basis of outcome measures », *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 74, n° 1, pp. 73-80.
- Lawson R.A. (1994), « Activity-based costing systems for hospital management », *CMA Magazine*, June, pp. 31-35.
- Lowthian P., Disler P., Ma S., Eagar K., Green J. et De Graff S. (2000), « The Australian national sub-acute and non-acute patient casemix classification (AN-SNAP) : its application and value in a stroke rehabilitation program », *Clinical Rehabilitation*, vol. 14, n° 5, pp. 532-537.
- MacArtur J.B. et Stranaham H.A. (1998), « Cost driver analysis in hospitals: a simultaneous equation approach », *Journal of Management Accounting Research*, vol. 10, pp. 279-312.
- Minaire P., Cherpin J., Flores J. et Weber D. (1991), « La classification des handicaps. Données actuelles, avantages et limites », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale- Kinésithérapie, Médecine physique, Réadaptation*, 26006 A10 :1-5.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995), *Orientations Ministérielles : pour une Véritable Participation à la Vie de la Communauté. Un Continuum Intégré de Services en Déficience Physique*, Québec : Gouvernement du Québec, MSSS, Direction Générale de la Planification et de l'Évaluation.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992), *Réadaptation Fonctionnelle Intensive. Pour une Clientèle Adulte Ayant une Déficience Motrice*, Québec : Gouvernement du Québec, MSSS, Direction de l'intégration sociale.

- Nagi S.Z. (1991), « Disability concept revisited: implications for prevention », dans A. Pope et A. Talow (Ed.), *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention* (pp. 309-327). Washington: National Academy Press.
- Nicklin W. et Zitner D. (2002), « Healthcare: navigating without a compass. Poor data, poor healthcare? Who knows? », *Healthcare Management Forum*, vol. 15, n° 3, pp. 42-45.
- Nobre T. (2000), « Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? », *Actes du XXIème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, 18-19 mai, Anger.
- Nobre T. et Biron N. (2001), « Application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie : le cas de la chirurgie infantile », *Actes du XXIIIème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, 17-19 mai, Metz.
- Noreau L. et Weber P. (2003), *Niveau de Participation Sociale et Qualité de l'Environnement de la Clientèle de Pro Infirmis Vaud Ayant Fait l'Objet d'une Intervention en Travail Social. Étude Exploratoire sur les Résultats des Interventions*, (Rapport de recherche). www.proinfirmis.ch/etude.pdf.
- Organisation mondiale de la santé (1988), *Classification Internationale des Handicaps: Déficiences, Incapacités et Désavantages : un Manuel de Classification des Conséquences des Maladies*, Paris: CTNERHI-INSERM.
- Organisation mondiale de la santé (2001), *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé* (Traduction), Équipe classification, évaluation, enquêtes et terminologie. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Paolucci S., Traballese M., Emberti Gialloreti L., Pratesi L., Lubich S., Salvia A., Grasso M.G., Morelli D., Pulcini M., Troisi E., Coiro P. et Caltagirone C. (1998), « Post-stroke rehabilitation: an economic or medical priority? Current issues and prospects in light of new legislative regulations », *Italian Journal of Neurological Sciences*, vol. 19, n° 1, pp. 25-31.
- Rabiller P., Bouillit-Chabert A. (1999), « La gestion par activités à l'hôpital, le cas de la stérilisation », *Echange*, n° 155, pp. 26-32.
- Stineman M.G., Fieldler R.C., Granger C.V. et Maislin G. (1998), « Functional task benchmarks for stroke rehabilitation », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 79, pp. 497-504.
- Wade D.T. et De Jong B.A. (2000), « Recent advances in rehabilitation », *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 1385-1388.
- Wilson I.B. et Cleary P.D. (1995), « Linking clinical variables with health-related quality of life », *JAMA*, vol. 273, n° 1, pp. 59-65.
- West T.D. et West A.A. (1997), « Applying ABC to healthcare », *Management Accounting*, February, pp. 22-33.

Annexe 1 : Habitudes de vie, facteurs personnels et facteurs environnementaux ¹²

□ Liste des items relatifs à la dimension « Habitudes de vie ».

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Régime alimentaire | 13. Télécommunication |
| 2. Préparation des repas | 14. Signalisation |
| 3. Prise des repas | 15. Choix et aménagement du domicile |
| 4. Soins corporels | 16. Entretien du domicile |
| 5. Soins de santé | 17. Relations affectives |
| 6. Condition mentale | 18. Relations sociales |
| 7. Condition physique | 19. Responsabilités familiales |
| 8. Habillement | 20. Responsabilités financières |
| 9. Déplacements restreints | 21. Vie communautaire |
| 10. Transports | 22. Loisir et jeu |
| 11. Communication orale et corporelle | 23. Éducation |
| 12. Communication écrite | 24. Travail |

Échelles de cotation des habitudes de vie

<u>Mode de réalisation</u>	<u>Type d'aide requis</u>
6. réalisée par la personne sans difficulté	4. sans aide
5. réalisée par la personne avec difficultés légères	3. aide technique ou aménagement ou aide humaine
4. réalisée par la personne avec difficultés modérées	2. aide humaine ponctuelle + aide technique ou aménagement
3. réalisée par la personne avec difficultés sévères	1. aide humaine intense + aide technique ou aménagement
2. réalisée par substitution	
1. non réalisée	

□ Liste des items relatifs à la dimension « Facteurs personnels ».

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Activités intellectuelles | 6. Audition |
| Attention et concentration | Perception auditive |
| Mnésies | Discrimination auditive |
| Pensée | Identification auditive |
| 2. Langage | Localisation auditive |
| Parole | Sensations associées à l'audition et aux |
| Compréhension du langage oral | fonctions vestibulaires |
| Compréhension du langage signé | 7. Vision |

¹² Habitudes de vie retenues dans le projet de recherche sur les mesures de progression en réadaptation effectué par Fougeryrollas et al. (2002).

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| Compréhension du langage écrit | Vision des détails |
| Lecture labiale | Vision de l'espace et du mouvement |
| Expression du langage oral | Contrôle oculomoteur |
| Expression du langage signé | Perception visuelle |
| Expression du langage écrit | 8. Activités motrices |
| Pragmatique | Mouvement volontaire |
| 3. Comportement | Développement et contrôle postural |
| Volition | Équilibre |
| Affectivité | Coordination |
| Conduite | Déglutition |
| 4. Toucher | Activités manuelles |
| 5. Fonctions intéroceptives | Marche |
| | 9. Tolérance et résistance |

Échelles de cotation des facteurs personnels

<u>Sévérité de l'incapacité</u>	<u>Type d'aide requis</u>
4. capable sans limite	3. sans aide
3. capable avec limites mineures	2. avec aide technique ou aide humaine
2. capable avec limites majeures	1. avec aide technique + aide humaine
1. incapable	

□ Liste des items relatifs à la dimension « Facteurs environnementaux ».

1. Famille
2. Réseau social
3. Résidence
4. Sécurité financière
5. Milieu de garde ou scolaire
6. Milieu de travail
7. Services d'aide physique, domestique, psychosociale
8. Services de transport
9. Technologie
10. Aménagements urbains
11. Climat

Échelles de cotation des facteurs environnementaux

<u>Impact sur la réalisation de l'habitude de vie</u>	<u>Appréciation des obstacles et des facilitateurs (lorsque + ou -, qualifiez l'obstacle ou le facilitateur)</u>
3. facilitateur (+)	3. mineur
2. sans effet	2. moyen
1. obstacle (-)	1. majeur