

AVIS

***IMPUTABILITÉ MÉDICALE ET
GOUVERNANCE CLINIQUE***

**BÂTIR SUR LA QUALITÉ
ET LA PERFORMANCE DES PRATIQUES**

SEPTEMBRE 2003

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

AVIS 2003-04

Rédaction

Docteure Colette Roberge

Collaboration

Madame Liette Saillant
Monsieur Denis Santerre

Édition produite par
le Conseil médical du Québec

Les bureaux du Conseil sont situés au :
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec)
G1S 2L2

Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Courriel : cmed@cmed.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible pour
consultation sur le site Internet du Conseil médical
du Québec dont l'adresse est :
<http://www.cmed.gouv.qc.ca>

Dépôt légal - 2003
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN : 2-550-41525-6

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Men began to hear with surprise, not unmingled with some vague hope of ultimate benefit, that... the comparative value of medical remedies and different modes of treatment of disease... might come to be surveyed with that lynx-eyed scrutiny of a dispassionate analysis, which if not at once leading to the discovery of positive truth, would at least secure the detection and proscription of many mischievous and besetting fallacies.

– Sir John Herschel, 1850*

* Source : Michael L. MILLENSON, *Demanding Medical Excellence: Doctors and Accountability in the Information Age*, University of Chicago Press, 1997, page liminaire.

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Luc Deschênes, président

Chirurgien oncologue

Dr Jean-Marie Albert

Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Pierre-Yves Anctil

Résident en anesthésiologie
Université Laval

Dr Martin Arata

Omnipraticien
Directeur des services professionnels
et hospitaliers
Centre hospitalier de la région de l'amiante

Dre Brigitte Bernard

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Lise Caron

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr François Gauthier

Directeur et syndic
Direction des enquêtes
Collège des médecins du Québec

Dr David Goltzman

Médecin-chef
Centre de santé de l'Université McGill

Madame Andrée Ann Jolibois

Étudiante en médecine
Université Laval

Dr Marc Giroux

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dr Louis Lapointe, vice-président

Chirurgien général
Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Madame Michèle Laverdure

Conseillère en gestion, services de santé
et services sociaux

Madame Estelle Lépine

Ministère de l'Éducation

Dr Laurent Marcoux

Omnipraticien
Centre médical St-Denis
St-Denis

Dr Bernard Millette

Omnipraticien
Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau

Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Dr Jean Talbot

Médecin biochimiste
Centre hospitalier universitaire de Québec
(CHUQ)

Madame Micheline Ulrich

Infirmière
Directrice des soins infirmiers
Centre hospitalier Pierre Le Gardeur

Dre Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

Le présent avis découle d'un rapport du Comité de travail sur l'imputabilité médicale, composé des personnes suivantes : Dr François Gauthier (président), Dre Joëlle Lescop*, madame Marie Pineau, madame Micheline Ulrich, Dre Raymonde Vaillancourt, et Dre Colette Roberge, médecin-conseil de la Permanence du Conseil médical du Québec.

* Présidente jusqu'en juin 2002.

RÉSUMÉ

Le concept d'imputabilité médicale généralement admis, responsabilité de ses actes et reddition de comptes, concerne la responsabilité du médecin envers le patient qui le consulte dans le cadre de la relation patient-médecin. Il découle d'une vision restreinte du professionnalisme d'où sont absentes les préoccupations pour la santé de populations, la performance quand à l'utilisation des ressources, l'accessibilité et le meilleur rapport qualité/coût pour les services.

L'évolution des connaissances scientifiques, le développement de préoccupations pour la santé de diverses populations, les besoins et les exigences de la société moderne rendent donc nécessaires l'introduction d'imputabilités d'ordre économique et politique.

Beaucoup de réflexion, de discussion et des changements d'attitudes s'imposent pour développer une vision consensuelle de l'imputabilité de tous les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux : citoyens et patients, prestataires de services, gestionnaires et gouvernement, afin de permettre au réseau d'atteindre son objectif ultime : l'amélioration de la santé de la population.

Dans cet avis, les membres du Conseil médical ont examiné trois modèles d'imputabilité médicale : professionnelle, économique et politique, leurs variables, leurs enjeux et leur intégration en un modèle stratifié. Ils se sont également penchés sur les principes sous-tendant la mise en place et l'efficacité de régimes d'imputabilité et ont analysé les essentielles et préalables définitions de rôles, responsabilités et droits des partenaires qu'exige l'instauration d'une Charte de la santé.

En second lieu, les membres analysent le concept d'imputabilité médicale en fonction de la qualité des pratiques professionnelles, explorant la notion récente de ***gouvernance clinique***, c'est-à-dire le cadre à travers lequel toutes les organisations du réseau de la santé sont imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et de la sauvegarde de standards élevés, en créant un environnement qui permet le développement de l'excellence des soins cliniques. Supportée par des programmes de formation continue et des activités locales d'autorégulation professionnelle, son ***but*** est ***l'amélioration constante des standards de soins cliniques, la réduction des variations de résultats et d'accès aux services, et l'assurance que les décisions cliniques soient basées sur les meilleures données probantes à jour pour des soins reconnus efficaces.***

Le portrait d'une bonne gouvernance clinique se dégage donc comme :

- une stratégie intégrée concernant tout le système de soins de santé ;
- fournissant des lignes claires d'imputabilité et de responsabilité pour la qualité des soins ;

- liant un programme complet d'initiatives d'amélioration de la qualité aux procédures qui identifient et corrigent les performances pauvres ;
- exigeant un fort leadership, une culture appropriée, une volonté de la mettre en place et de la réussir ;
- s'appliquant aux processus cliniques, aux arrangements financiers et aux systèmes d'information ;
- appelant la présence de recherches utilisant des données collectées de façon systématique afin d'éclairer et orienter tant les décisions cliniques que l'élaboration des politiques.

Enfin, dans le troisième chapitre, le concept d'imputabilité médicale est examiné en fonction de la reddition de comptes qu'est l'évaluation de la performance. Cette dernière est vue comme un moyen permettant de mesurer le degré d'atteinte des objectifs de qualité et de résultats de santé convenus lors des ententes d'imputabilité, entre autres.

De cette analyse découle la nécessaire présence d'une évaluation externe, totalement indépendante d'intérêts politiques de tout ordre, qu'ils soient issus du gouvernement, des prestataires de services et même du public et des patients. C'est dans cet esprit que les membres examinent la mission, le mandat et les caractéristiques rattachées à un poste de Commissaire à la santé et aux services sociaux dont ils supportent la mise en place.

Ainsi les membres du Conseil recommandent, dans un premier temps :

- ***que soit adopté un modèle d'imputabilité intégrant dans un ensemble harmonieux les éléments des modèles professionnel, économique et politique ;***
- ***que la mise en place des ententes d'imputabilité se fasse de façon transparente, selon les principes reconnus et en concertation ;***
- ***que les rôles, droits et responsabilités, non seulement du public et des patients mais aussi des prestataires de services, des gestionnaires et du gouvernement, soient définis dans le cadre d'une Charte québécoise de la santé ;***

Puis, ils recommandent :

- ***qu'une vision de la qualité des services du réseau de la santé soit développée de façon prioritaire ;***
- ***que des standards de services, cadres de référence et indicateurs de résultats pour les activités cliniques soient élaborés ;***
- ***qu'une des premières applications des ententes d'imputabilité priorise la qualité des pratiques professionnelles et les résultats de santé pour la population ;***

- ***que l'agenda de la qualité soit indissociable de l'évaluation de la performance ;***
- ***que la mise en place des ententes d'imputabilité privilégie la gestion de la qualité au niveau local et la coordination au niveau régional ;***
- ***que soit mise en place une obligation de gouvernance clinique avec un seul rapport annuel concernant les activités ciblées, intra et hors établissement, pour le réseau de la santé et des services sociaux.***

Enfin, ils recommandent aussi :

- ***d'adopter un cadre d'évaluation de la performance :***
 - ***rejoignant l'ensemble des activités du réseau de la santé et des services sociaux ;***
 - ***intégrant les aspects de qualité et d'équité ;***
 - ***misant sur des indicateurs bien choisis concernant l'état de santé de la population, les déterminants non-médicaux de la santé et le rendement du système de santé ;***
 - ***publiant des résultats, évalués par des tiers indépendants, en temps opportun ;***

- *identifiant les problématiques nouvelles et émergentes ;*
- *conduisant au changement, à l'amélioration des pratiques nécessaires pour atteindre l'objectif ultime du réseau : l'amélioration de la santé de la population ;*
- *la création d'un poste de Commissaire à la santé et aux services sociaux, imputable devant l'Assemblée nationale.*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
IMPUTABILITÉ MÉDICALE : UN CONCEPT CLÉ	5
1.1 Quelques définitions	5
1.2 Divers modèles	8
1.3 Discussion des modèles	9
1.3.1 Modèle professionnel	10
1.3.2 Modèle économique	11
1.3.3 Modèle politique	12
1.3.4 Un modèle intégré stratifié	12
1.4 Des rôles, des droits et des responsabilités bien définis	15
1.5 Contrats d'imputabilité : des conditions	18
CHAPITRE 2	
IMPUTABILITÉ MÉDICALE ET QUALITÉ DES PRATIQUES	
La gouvernance clinique	23
2.1 La qualité des services : des définitions	23
2.2 La gouvernance clinique	26
CHAPITRE 3	
IMPUTABILITÉ MÉDICALE ET PERFORMANCE	49
3.1 L'évaluation de la performance : un cadre convivial	49
3.2 Le Commissaire à la santé : vigie du système	57
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	73

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	
Three models of accountability.....	22
TABLEAU 2	
Setting standards.....	46
TABLEAU 3	
Table des matières de <i>Clinical Governance: a practical guide for primary care teams</i>	47
TABLEAU 4	
Cadre conceptuel des indicateurs de la santé	63
TABLEAU 5	
Indicateurs de la santé.....	64
TABLEAU 6	
National Health Performance Framework	67
TABLEAU 7	
Health performance indicators	68

INTRODUCTION

Loin d'être une préoccupation nouvelle, la recherche de l'imputabilité est une tendance lourde dans les systèmes de soins de santé dans l'ensemble des pays de l'OCDE depuis plus de trente ans. Le regain d'intérêt pour ce sujet vient :

- de l'inflation galopante des dépenses de santé ;
- des problèmes manifestes d'organisation des ressources du secteur ;
- des répercussions sur les contribuables appelés à payer une facture de plus en plus élevée ;
- des travaux de John E. Wennberg, entre autres, rapportant de 20 à 33 % de non-pertinence dans les interventions de santé, et des variations importantes de pratique d'un établissement à l'autre, d'un médecin à l'autre, variations non reliées aux besoins de santé des patients ou à des impératifs scientifiques ;
- de l'accent mis sur la gestion des risques et la qualité totale, d'où découlent les préoccupations pour la mauvaise utilisation des ressources, leur sur ou sous-utilisation et les conséquences potentiellement néfastes pour les patients. D'où l'intérêt pour l'évaluation des pratiques, de leur performance sur le plan de la qualité ;
- du rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (2000) intitulé *Pour un système de santé plus performant* ;

- des analyses de l'OCDE (*Panorama de la santé - Situation du Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE, octobre 2001*) démontrant que certains systèmes de santé utilisent mieux que d'autres les ressources allouées. On constate que l'intérêt pour le rapport coûts/résultats amène également des préoccupations pour les aspects coûts/qualité et performance ;
- des grands mouvements de « consumérisme » qui introduisent la participation active des citoyens à la prise en charge de leur santé et du traitement des maladies et à la gestion du réseau des services de santé ;
- de l'importance de mettre en contexte l'imputabilité de tous les acteurs, le citoyen, le patient, le prestataire de services, le gestionnaire et le gouvernement et ses représentants.

Cependant, s'il y a consensus sur la nécessité de l'imputabilité, l'unanimité est loin d'être faite sur la manière de définir cette imputabilité et sur les moyens de la mettre en œuvre et d'évaluer la performance des services de santé.

Dans cet avis, les membres du Conseil analysent les diverses facettes de l'imputabilité, les enjeux ainsi que les conditions de la mise en place de régimes d'imputabilité de qualité, efficaces et efficaces.

Par la suite, ils examinent le concept de gouvernance clinique comme moyen d'actualiser l'imputabilité des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux en regard de pratiques cliniques de qualité visant l'amélioration des résultats de santé pour les patients. Constatant la présence de ces préoccupations et activités dans les obligations rattachées à diverses Lois du

gouvernement québécois, ils proposent de les regrouper en une seule obligation de gouvernance clinique. Ainsi les résultats de l'analyse des activités et les changements nécessaires à l'amélioration continue des services seront mis en évidence de façon à en faciliter le suivi.

Enfin, ils explorent les conditions de mise en place d'une évaluation de la performance en fonction de l'agenda de qualité des services ainsi que l'essentiel regard externe et indépendant qu'apporte la création d'un poste de Commissaire à la santé et aux services sociaux.

L'esprit qui anime cette réflexion est issu en droite ligne des valeurs adoptées dans l'avis antérieur du Conseil : *Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société* (avril 2003) et prend en compte la nécessité :

- « de renforcer l'engagement collectif pour la qualité du travail au bénéfice des patients » (page 39) ;
- de repositionner l'éthique du service comme pierre angulaire du professionnalisme renouvelé et ;
- « d'abandonner le modèle conceptuel de dominance professionnelle pour identifier des partenaires, développer des buts collectifs et collaborer à la planification, à la gestion des services ainsi qu'à l'élaboration des politiques » (page 45).

Le Conseil médical du Québec n'étant pas habilité de par sa Loi à parler au nom des autres prestataires de services, ses recommandations concernent donc les médecins. Cependant, pour les membres, l'implication de l'ensemble des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et le travail d'équipe sont essentiels et implicites tout au long des travaux et d'autant plus d'actualité compte tenu du contexte de la Loi 90 (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*).

CHAPITRE 1

IMPUTABILITÉ MÉDICALE : UN CONCEPT CLÉ

1.1 Quelques définitions

Définie d'une façon générale, l'imputabilité concerne la responsabilité des individus pour un ensemble d'activités au sujet desquelles ils doivent s'expliquer ou répondre de leurs actions¹. Le concept d'imputabilité comporte donc deux volets : la responsabilité et l'obligation de rendre compte, la « reddition de comptes ». Il s'agit d'emblée d'un sujet qui rebute, mais dont l'actualité et l'évolution des valeurs de notre société moderne en exigent la considération et l'analyse.

L'Association médicale canadienne², dans son document sur *Les soins spécialisés au Canada : définition des enjeux et défis stratégiques*, élabore ainsi sur la définition du terme responsable : « qui doit accepter et subir les conséquences de ses actes, en répondre. Une définition si simple et si concise. Elle a toutefois d'énormes répercussions sur la façon d'organiser et de gérer un système de santé et sur les gens à qui l'on demande de répondre de leurs actes pour assurer que le système atteint ses objectifs de rendement (ou systémiques) dans la mesure où il est possible de les définir ».

¹ E.J. EMANUEL et L.L. EMANUEL, « What is accountability in health care? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 124, janvier 1996, p. 229-239.

² ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, *Les soins spécialisés au Canada : définition des enjeux et défis stratégiques*, Ottawa, 2001, p. 44.
<http://www.cma.ca/> (section « Documents de discussion »)

Pour sa part, le Collège des médecins de famille du Canada³, dans son mémoire intitulé *Façonner l'avenir des soins de santé*, recommande à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow) qu'un nouveau principe – l'imputabilité – soit ajouté à la Loi canadienne sur la santé. « L'imputabilité doit se concentrer sur le système dans sa globalité ainsi que sur le rôle de tous les intervenants, y compris les médecins, le personnel infirmier, les hôpitaux, les pharmaciens, les patients et les gouvernements ». Certains auteurs⁴ identifient, dans le réseau des soins de santé, au moins onze groupes qui doivent rendre compte de leurs actes et qui peuvent aussi demander des comptes, formant ainsi une complexe matrice d'imputabilité réciproque liant l'ensemble des acteurs du réseau dans de multiples domaines d'imputabilité. Ces domaines d'imputabilité sont d'au moins six ordres :

- la compétence professionnelle ;
- la conduite légale et éthique ;
- la performance financière ;
- l'accès adéquat ;
- la promotion de la santé publique ;
- le bénéfice de la communauté.

Bien que l'ensemble des professionnels soient concernés par ce sujet, nous allons surtout nous attarder, dans cet avis, à la complexité des imputabilités pour le médecin clinicien qui est en lien avec le patient, l'ordre professionnel, le gouvernement, l'administration de l'établissement où il pratique, le chef de département, le CMDP, le DRMG, la CMR ainsi que les obligations légales et les

³ COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, *Façonner l'avenir des soins de santé : mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada* [Commission Romanow], 25 octobre 2001, p. 14.

⁴ E.J. EMANUEL et L.L. EMANUEL, *op. cit.*, p. 230-232.
http://204.92.240.2/communications/healthcare/healthcare_fr.asp

représentants de la justice. En retour, il peut tenir responsables les associations et ordres professionnels pour les standards de compétence professionnelle et les règles de conduite légale et éthique. Il peut tenir aussi responsable l'établissement pour la performance financière, l'accès adéquat ainsi que le gouvernement, pour la performance financière, l'accès adéquat aux services et l'ampleur des ressources accordées.

Au Québec, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair)⁵ se préoccupe abondamment d'imputabilité et de performance dans son rapport *Les solutions émergentes*. Au chapitre sur la gouverne, dans la section « Accroître l'imputabilité et évaluer la performance », elle recommande, entre autres, que les conseils d'administration des établissements mettent sur pied un comité d'évaluation de la performance, chargé d'évaluer l'*accessibilité*, la *qualité* et la *continuité* des services, la *satisfaction* de la clientèle et l'*utilisation* des ressources. Le rapport aborde également les imputabilités respectives des CLSC, des GMF, celles des infirmières et médecins en cabinet, des DRMG, des régies régionales, du MSSS et du gouvernement. Y est absente la notion d'imputabilité des patients et du public.

Le précédent ministre d'État à la santé, dans une entrevue à *L'Actualité médicale* intitulée « Rencontre avec les leaders : Rebâtir la confiance », parle de décentralisation et aussi d'imputabilité. « Le ministre veut se donner des indicateurs afin de suivre la performance des établissements et des régies

⁵ COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SOINS DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX [Commission Clair], *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Québec, CESSSS, 2000.
http://www.cessss.gouv.qc.ca/page1_f.htm

régionales en matière de *coût* des services, d'*accessibilité*, de *délais d'attente*, de *durée de séjour* et de *satisfaction de la clientèle*⁶ ».

1.2 Divers modèles

Malgré l'intérêt actuel pour l'imputabilité, ce concept et son application ne sont pas des notions nouvelles. Dubois et Denis en présentent l'historique au cours des trente dernières années au Québec et rapportent leur réflexion dans un document intitulé « De la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Clair. Le façonnement socio-historique de l'imputabilité⁷ ». Ils y tracent un portrait de l'évolution des modèles d'imputabilité privilégiés dans le système de santé au Québec depuis sa mise en place en 1970. Ils montrent combien cette question est complexe et que les pratiques d'imputabilité dans le réseau de la santé et des services sociaux ont vraisemblablement tout avantage à s'appuyer sur plusieurs conceptions de ce phénomène. Les auteurs y distinguent trois modèles principaux : le modèle à prédominance bureaucratique associé à l'époque de la Commission Castonguay-Nepveu, le modèle à dominance politique associé à l'époque de la Commission Rochon et enfin le modèle de type managérial associé à l'époque de la Commission Clair.

Pour leur part, les auteurs E. et L. Emanuel⁸ regroupent aussi les caractéristiques des composantes critiques du concept d'imputabilité médicale sous trois modèles prédominants assez semblables : le modèle professionnel qui rejoint le modèle bureaucratique précité, le modèle économique ou managérial, et le modèle politique.

⁶ André CAPPIELLO, « Rencontre avec les leaders : Rebâtir la confiance », *L'Actualité médicale*, vol. 23, n° 14, avril 2002, p. 8-9.

⁷ C.A. DUBOIS et J.-L. DENIS, « De la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Clair. Le façonnement socio-historique de l'imputabilité », juillet 2001.
<http://www.santemontreal.qc.ca/fr/observatoire/ReflexImputabilite.htm>

Examinons maintenant les fluctuations des exigences d'imputabilité attribuées au médecin clinicien dans le cadre de ces divers modèles d'imputabilité. Les travaux des auteurs précités⁹ nous serviront de grille d'analyse, principalement leur choix des trois modèles dominants d'imputabilité : professionnel, économique et politique.

1.3 Discussion des modèles¹⁰

Inspirée de E. et L. Emanuel ; C.A. Dubois et J.-L. Denis.

Le tableau 1, en annexe au chapitre, démontre bien comment chaque modèle apporte un regard, des conceptions et des attentes tout à fait différentes face à un même ensemble de variables.

Ces divers modèles d'imputabilité sont évidemment des constructions idéales dont la discussion nous intéresse compte tenu des significations différentes accordées aux mêmes variables, des conflits potentiels générés par la confusion des modèles et leurs impacts sur la nature des échanges entre les acteurs impliqués.

Rendre opérationnels ces modèles implique également que l'on s'entende sur les définitions des divers concepts, que l'on dispose de critères explicites ou implicites pour évaluer les performances, que ces critères évaluent correctement les performances choisies et que les valeurs de base qui les sous-tendent soient reconnues comme appropriées.

⁸ E.J. EMANUEL et L.L. EMANUEL, *op. cit.*, p. 232-234.

⁹ *Loc. cit.*

¹⁰ E.J. EMANUEL et L.L. EMANUEL, « What is accountability in health care? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 124, janvier 1996, p. 229-239 ; C.A. DUBOIS et J.-L. DENIS, « De la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Clair. Le façonnement socio-historique de l'imputabilité », juillet 2001

[<http://www.santemontreal.qc.ca/fr/observatoire/refleximputabilite.htm>].

1.3.1 Modèle professionnel

Il s'agit ici du modèle d'imputabilité traditionnellement enseigné, entre autres, aux médecins. La relation patient-médecin est au cœur du processus et les intérêts financiers de tout ordre, privé ou public, ne doivent pas entrer en conflit avec la poursuite de l'intérêt et du bien-être du patient. La qualité de la pratique est évaluée et supervisée par l'Ordre Professionnel de façon formelle, par les collègues au cours de la pratique des consultations et par l'octroi de privilèges de pratique. Le conseil d'administration de l'établissement, le directeur général, le directeur des services professionnels, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que les chefs de département en sont les garants selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. La qualité peut être également évaluée par le système judiciaire lorsqu'un patient la conteste.

Les standards de compétence et d'éthique sont élaborés et évalués par les pairs, ce qui en fait une profession dite « autonome », peu sujette aux contrôles externes. Le médecin est à la fois le régulateur (via le Collège des médecins et les pairs) et le régulé, l'autorégulation signifiant que l'on détermine ce qui est prioritaire, spécifie les contenus et les critères, et contrôle la procédure d'évaluation de l'imputabilité.

« La performance, dans ce modèle, est jugée à l'aune de la conformité aux règles, aux procédures, aux codes, aux standards établis. La responsabilité des acteurs est essentiellement une responsabilité de nature objective, circonscrite par un cadre juridico-administratif bien élaboré et/ou des standards professionnels¹¹ ».

¹¹ C.A. DUBOIS et J.-L. DENIS, *op. cit.*, p. 3.

1.3.2 Modèle économique

Dans ce modèle, l'utilisateur des services est vu comme un consommateur informé capable de faire des choix responsables, le médecin un pourvoyeur de soins et les soins comme des biens de consommation. La régulation des comportements repose essentiellement sur des mécanismes de marché misant sur la concurrence entre les fournisseurs et la capacité de choix du consommateur. Le rapport qualité/prix devient important. Le consommateur détient le pouvoir exercé par son pouvoir d'achat. C'est lui qui évalue la qualité, les mesures de l'imputabilité étant établies par le consommateur et non par le pourvoyeur de soins ou l'ordre professionnel. Insatisfait, il quitte (*exit*) pour un autre pourvoyeur de soins.

La performance est évaluée sur la base des résultats obtenus plutôt que sur les procédures pour lesquelles il existe une grande liberté de choix. La responsabilité, qui reste encore de nature objective, est ici circonscrite par les termes contractuels plutôt que par un ensemble complexe de règles et de lois.

Ce modèle nécessite un marché avec beaucoup de ressources pour permettre l'exercice du choix du pourvoyeur ainsi que la disponibilité d'informations correctes et accessibles sur la qualité et le coût des services (*v.g. report card*). C'est le modèle d'imputabilité du « managed care » américain dont les avantages et les inconvénients sont connus.

1.3.3 Modèle politique

Dans ce modèle, le patient et le médecin interagissent comme citoyens d'une communauté, participent aux décisions et demandent des comptes. L'exercice du pouvoir est confié à des instances élues, les mécanismes de délibération et de concertation impliquant les citoyens et les différents groupes d'intérêts sont privilégiés. C'est surtout par l'expression de la « voix » que les patients approuvent ou critiquent la qualité des services, bien qu'ils puissent les quitter (*exit*) ou poursuivre le pourvoyeur.

La performance est évaluée en fonction de la conformité de l'action aux règles et aux lois, mais aussi de la capacité à répondre aux attentes des citoyens et groupes organisés. La responsabilité est encore ici une responsabilité objective circonscrite par un cadre juridico-administratif bien élaboré.

1.3.4 Un modèle intégré stratifié

L'analyse de ces modèles d'imputabilité permet de conclure qu'il faut les garder distincts, mais que tous sont nécessaires. Une première erreur serait d'en choisir un seul et de l'appliquer de façon intégrale dans tout le réseau. Une seconde serait de confondre les modèles qui s'appliquent à divers niveaux du réseau. Un exemple de cette confusion serait de dépeindre les médecins, entre autres, comme des professionnels compatissants (modèle professionnel), tout en les forçant à agir comme des producteurs économiques (modèle économique). Cette attitude, fort tentante dans un contexte de contrainte et d'efficacité budgétaires, conduira à discréditer la pratique de la médecine, semant la méfiance et le cynisme. La personne qui consulte un médecin le consulte comme patient et non comme citoyen, et s'attend à ce que son bien-être passe en premier et que les

soins nécessaires lui soient accessibles, les considérations financières et autres étant secondaires¹². C'est aussi ce que l'on enseigne aux futurs professionnels de la santé et ce que l'on exige du médecin clinicien selon le modèle professionnel¹³.

Une multitude de conflits potentiels existe dans l'application de ces trois modèles dominants, d'où la nécessité de bien les identifier. Le modèle économique mise sur l'argent et le meilleur rapport qualité/prix et «l'exit» n'assure pas la continuité des soins alors que le modèle professionnel mise sur la confiance, la collaboration, l'intérêt commun entre le patient et le médecin. L'objectif poursuivi est le bien-être du patient sans considération de coûts. Enfin le modèle politique mise sur l'expression de la « voix », ce qui prend du temps et peut être paralysant dans la gestion quotidienne.

Cependant, toute imputabilité en santé est, au sens large, politique. En dernier lieu, c'est l'État qui décide si la profession médicale aura plus ou moins d'emprise sur les processus d'autorégulation (modèle professionnel), si le jeu des forces du marché sera encouragé ou non (modèle économique), si les représentants des patients auront une « voix » importante ou non dans les décisions administratives des institutions de santé (modèle politique). Au Québec, de récentes lois : la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (loi n° 28 dite « Loi sur la gouverne »), la *Loi visant la prestation continue de services médicaux d'urgence* (loi n° 114), ainsi que la *Loi modifiant la Loi sur les services*

¹² Angela COULTER et Chris HAM, éd., *The Global Challenge of Health Care Rationing*, Open University Press, 2000, p. 200.

¹³ CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société*, Avis 2003-01, avril 2003. [<http://www.cmed.gouv.qc.ca/>]

de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins (loi n° 142), l'illustrent bien¹⁴.

Certains¹⁵ suggèrent l'application d'un modèle intégré stratifié où l'imputabilité professionnelle est au cœur de la relation patient-médecin, l'imputabilité politique se retrouvant au niveau des réseaux intégrés de services de santé, alors que l'imputabilité économique s'exercera avec les agents payeurs privés ou publics. Ce qui s'avère pour le moins complexe. Cependant, « La solution aux problèmes posés par un modèle d'imputabilité n'est donc pas de le substituer par un autre. Dans les systèmes d'action, la simplicité n'est pas toujours une vertu et la complexité loin d'être un vice. Mettre en place un système d'imputabilité, c'est gérer les paradoxes et la complexité... Les différentes formes d'imputabilité s'appuient sur des prémisses différentes et des logiques différentes. Mais... elles ne sont pas forcément irréconciliables... L'enjeu est donc de trouver les arrangements institutionnels permettant d'articuler et d'intégrer les aspects positifs de ces trois formes d'imputabilité sans réduire leurs spécificités. Il s'agit, en effet de reconnaître que les objectifs distincts que vise chacune de ces formes d'imputabilité doivent être tous intégrés dans les objectifs du système de soins : la protection du public, la participation des citoyens, l'efficience. C'est en fonction de cette logique de niveau supérieur que doivent se faire les arbitrages entre les sous-logiques concurrentes¹⁶ ».

¹⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Projet de loi n° 28. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* [Loi sur la gouverne]. Sanctionné le 21 juin 2001 ; *Projet de loi n° 114. Loi visant la prestation continue de services médicaux d'urgence*. Sanctionné le 25 juillet 2002 ; *Projet de loi n° 142. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins*. Sanctionné le 18 décembre 2002.

¹⁵ L.L. EMANUEL, « A professional response to demands for accountability: practical recommendations regarding ethical aspects of patient care », *Annals of Internal Medicine*, vol. 124, janvier 1996, p. 240-249.

¹⁶ C.A. DUBOIS et J.-L. DENIS, *op. cit.*, p. 14.

1.4 Des rôles, des droits et des responsabilités bien définis

Dans le cadre de ce complexe système d'imputabilité chaque acteur du réseau y joue son rôle, assume des responsabilités et possède des droits. Dans un contexte de décentralisation, d'autonomie locale et régionale ainsi que d'organisation des services en réseaux intégrés, ce concept prend toute sa valeur et nécessite des définitions claires.

Comme modèle de partage de ces rôles, droits et responsabilités, les membres du Conseil retiennent celui proposé par l'Association médicale canadienne dans sa Charte canadienne de la santé¹⁷ dont est tiré l'extrait suivant :

Rôles, droits et responsabilités

La gestion continue et le renouvellement du système de santé... reposent sur une compréhension commune des rôles, des droits et des responsabilités des patients, des prestataires de soins de santé et des gouvernements.

Les patients et les citoyens seraient le point de convergence du système, comme partenaires actifs des décisions sur les soins dispensés aux membres de leur famille et à eux-mêmes, ainsi que comme participants au processus d'élaboration de politiques et au financement du système par les impôts et les charges directes qu'ils payent.

¹⁷ ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, « Ordonnance pour la viabilité : une Charte canadienne de la santé énonçant les droits et les responsabilités », Ottawa, juin 2002. <http://www.cma.ca/> (section « Commission Romanow »)

Les prestataires de soins de santé collaborent pour répondre aux besoins de santé des patients, en fonction de leurs compétences respectives. Ils sont aussi les partenaires clés de la gestion du changement dans l'ensemble du système de santé.

Les gouvernements financent les services de santé par le régime fiscal général, déterminent l'orientation générale de la conception et de la gestion des services de santé, et garantissent un accès raisonnablement comparable, en temps opportun, à des soins de santé de grande qualité.

	Droits	Responsabilités
Patients-citoyens	<ul style="list-style-type: none"> • Accès en temps opportun à des soins de qualité. • Recours à des solutions de rechange si le système public ne livre pas la marchandise. • Choix du prestataire de soins de santé. • Sécurité et confidentialité des renseignements personnels sur la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation responsable des services. • Contribution financière sous forme d'impôts et de partage des coûts avec les patients.
Prestataires	<ul style="list-style-type: none"> • Rémunération raisonnable et règlement des différends. • Choix du mode de pratique et de rémunération. • Autonomie professionnelle et indépendance clinique. • Accès aux ressources nécessaires pour dispenser des soins en temps opportun. • Consultation et participation à la prise de décisions à tous les niveaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentation des patients. • Gestion prudente des ressources. • Collaboration interdisciplinaire. • Prestation de soins factuels de grande qualité. • Maintien des normes d'exercice de la profession. • Utilisation prudente des ressources.
Gouvernements	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'envergure de la couverture. • Établissement des budgets. • Établissement des buts et des priorités. • Accès à l'information nécessaire pour mesurer le rendement du système. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestation d'un financement suffisant et stable. • Établissement d'attentes ou de garanties relatives à la prestation des soins en temps opportun et à la qualité des soins. • Production de rapports publics sur le rendement du système de santé. • Respect de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé.

La mise en place d'une charte, qu'elle soit une Charte de la santé comme le propose l'Association médicale canadienne, une Charte en matière de santé comme au Nouveau-Brunswick¹⁸ ou une Charte des droits et responsabilités du patient comme dans le programme électoral du Parti libéral du Québec¹⁹, conduit forcément à préciser la notion de garantie de soins, de délai d'attente maximaux et oblige l'État, les professionnels de la santé et les patients à évaluer leurs capacités et s'entendre sur les conditions de la prestation de qualité de ces services.

En effet, « le champ d'application de la Charte... de la santé est plus vaste que celui d'une déclaration des droits des patients : elle établit un équilibre entre à la fois les droits et les responsabilités de tous les intervenants clés du système de santé²⁰ ». Le gouvernement, les prestataires de soins de santé et le public sont des partenaires indissociables pour assurer la survie d'un système de santé de qualité. Ils doivent en développer une vision commune, collaborer pour baliser l'offre de soins, en fixer les objectifs et pour élaborer des paramètres sur la prestation en temps opportun (garantie de soins), l'accessibilité et la qualité des soins. Ils sont tous imputables et doivent rendre compte de leur performance les uns aux autres.

Les réflexions nécessaires à la mise en place de cette Charte ouvrent des horizons nouveaux, entre autres, sur les distinctions entre les *droits en santé*, c'est-à-dire en rapport aux services reçus des prestataires de soins (comme, par

¹⁸ GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK, *Projet de loi 60. Loi établissant la Charte des droits et responsabilités en matière de santé*. [Projet de loi déposé en avril 2003].

<http://www.gnb.ca/legis/bill/pdf/54/5/Bill-60.pdf>

¹⁹ PARTI LIBÉRAL DU QUÉBEC (PLQ), *Partenaires pour la santé: donner des soins et des services sociaux en tout temps au Québec*. [Programme en santé du PLQ présenté en février 2003].

²⁰ ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, « Ordonnance pour la viabilité : une Charte canadienne de la santé énonçant les droits et les responsabilités », Ottawa, juin 2002. <http://www.cma.ca/> (section « Commission Romanow »)

exemple, le consentement éclairé) et les *droits à la santé*, en rapport avec l'accessibilité aux services en temps opportun et au financement nécessaire, donc à « analyser globalement les processus de décision au sein du système de santé²¹ ». De plus, cela oblige les partenaires à départager leurs responsabilités conjointes, à mettre en place des standards de services, cadres de référence et développer les indicateurs de performance qui feront l'objet des ententes d'imputabilité.

Enfin, la reconnaissance du public comme partenaire actif invite à explorer les enjeux de la diffusion de l'information²² et de l'autonomisation du patient comme agent de changement pour le système²³ ainsi que les moyens d'intervenir sur la demande de soins et services.

1.5 Contrats d'imputabilité : des conditions

Les défis de la mise en œuvre d'un système d'imputabilité sont très grands. « On ne peut... parler d'imputabilité et de responsabilisation sans parler de déontologie, de systèmes de valeurs et d'éthique. Le sens des responsabilités est nourri d'une multitude de valeurs qu'on ne saurait sous-estimer et encore moins songer à remplacer par quelque décret ou quelque système informatique que ce soit²⁴ ».

²¹ Colleen M. FLOOD et Tracey EPPS, *A Patients' Bill of Rights: A Cure For Canadians' Concerns About Medicare?*, Montréal, Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), novembre 2002. [<http://www.irpp.org/>]

²² Éric Yvan LEMAY, « Internet, ressource pour les malades », *Journal de Montréal*, 21 mai 2003.

²³ « Les agents du changement : l'autonomisation du patient », chap. 3 de *L'univers du patient de demain : notre système de santé en 2010*, Toronto, Merck Frosst, octobre 2002, p. 17-24. <http://www.merckfrosst.ca/f/health/policy/pdf/directionsv-f.pdf>

²⁴ Denis DESAUTELS, « La modernisation des concepts d'imputabilité », conférence du Directeur général, Centre d'études en gouvernance, Université d'Ottawa, 25 octobre 2001, p. 4. <http://www.gouvernance.uottawa.ca/publications/IAPQ-f.asp>

On s'entend pour dire qu'un régime d'imputabilité doit, par le processus de reddition de comptes, fournir une information claire, fiable, complète, livrée en temps opportun, équilibrée et axée sur les résultats, c'est-à-dire rendre compte de ce qui a été réalisé. Bien que l'accent soit mis sur les résultats, il n'en demeure pas moins que l'on doive y retrouver l'information sur les ressources, les processus et les productions, information nécessaire à l'analyse et à l'interprétation des résultats.

Dans le cadre de ses fonctions, le vérificateur général du Canada²⁵ a mis en place un cadre d'évaluation de l'efficacité d'un régime d'imputabilité dont les cinq principes sont :

- **Rôles et responsabilités clairement définis.** Les parties à une relation d'imputabilité devraient comprendre clairement les rôles et les responsabilités de chacun et être d'accord sur ceux-ci (idéalement tous devraient participer à la définition des rôles et responsabilités).
- **Objectifs de rendement clairs.** Les parties doivent comprendre et accepter les objectifs de rendements visés, les résultats qu'elles doivent livrer et les contraintes qu'elles doivent respecter.
- **Attentes réalistes** (c.-à-d. équilibre entre les attentes et la capacité). Les attentes que l'on a de chaque partie doivent clairement être mises en équilibre avec sa capacité – ses pouvoirs, son expertise, ses ressources – d'atteindre les objectifs sur lesquels on s'entend.

²⁵ *Ibid.*, p. 3.

- **Rapports crédibles.** La relation d'imputabilité doit prévoir des rapports crédibles et en temps opportun afin d'informer sur le degré d'atteinte des résultats et sur les mesures prises pour améliorer le rendement.
- **Procédés raisonnables d'évaluation et d'ajustement.** Les parties doivent analyser et évaluer leur performance, reconnaître les réalisations et les difficultés et faire les ajustements nécessaires.

Enfin, « lorsque l'on entame une discussion sur les éléments et les qualités essentielles d'un régime d'imputabilité, on se retrouve au beau milieu d'une discussion sur la gouvernance puisque celle-ci traite de la répartition des droits, des obligations et pouvoirs qui sous-tendent le fonctionnement des organisations et la coordination de leurs activités²⁶ ». C'est en lien avec ces considérations que le prochain chapitre abordera la notion de l'imputabilité médicale sous l'angle d'une bonne gouvernance clinique, soit la qualité des pratiques.

²⁶ *Ibid.*, p. 2.

En conclusion à ce chapitre, les membres du Conseil sont convaincus que dans le contexte québécois actuel de mise en place de contrats de performance, d'imputabilité, il faut s'assurer au préalable de bien définir les limites des droits et responsabilités de tous les partenaires. C'est pourquoi, ils recommandent :

- ***que soit adopté un modèle d'imputabilité intégrant dans un ensemble harmonieux les éléments des modèles professionnel, économique et politique ;***
- ***que la mise en place des ententes d'imputabilité se fasse de façon transparente, selon les principes reconnus et en concertation ;***
- ***que les rôles, droits et responsabilités, non seulement du public et des patients mais aussi des prestataires de services, des gestionnaires et du gouvernement, soient définis dans le cadre d'une Charte québécoise de la santé.***

TABLEAU 1
Three models of accountability

Variable	Professional Model	Economic Model	Political Model
Conception of patient	Participant-recipient of professional services	Consumer of health care commodity	Citizen-member deciding over public good
Conception of physician	Professional dedicated to patient well-being	Provider, economic unit	Citizen-member
Conception of health care	Professional service in which the goal of promoting the patient's well-being is specified by shared decision making between patient and physician	Commodity that has fixed, objectively defined performance characteristics that consumers select to satisfy their subjective preferences	Public good in which the goal of promoting the patient's well-being is specified by the political community
Primary domains of accountability	Professional competence and legal and ethical standards	Financial performance and professional competence	Any domain or domains selected by the health care community
Primary locus of accountability	Interaction between physicians and professional association and patients	Interaction in the marketplace between provider and consumer with oversight by government regulatory body	Interaction between physicians and governing representatives and between governing representatives and citizen-members
Primary procedures for accountability	Licensure, certification and malpractice suit	"Exit," that is, switching providers	"Voice," that is, expressing dissatisfaction and ideas for reform
Institutional structures for accountability	Accreditation, licensure, and legal proceedings	Consumer protection policies, standard price and quality information (report card), and frequent enrollment opportunities with many alternative providers	Open forums for members to express their views, member board of directors, and other procedures for control over administrative decision making

Source : E.J. EMANUEL et L.L. EMANUEL, « What is accountability in health care? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 124, janvier 1996, p. 232.

CHAPITRE 2

IMPUTABILITÉ MÉDICALE ET QUALITÉ DES PRATIQUES

La gouvernance clinique

2.1 La qualité des services : des définitions

Le Collège des médecins du Québec²⁷ a choisi une définition de la qualité qui rejoint celle de l'Institute of Medicine²⁸ américain : « la qualité, c'est la capacité des activités professionnelles et des services de santé d'améliorer de façon continue la santé des individus et des populations, en tenant compte de leurs attentes et de l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé » (*the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge*). Cette définition a l'avantage de prendre en compte plusieurs aspects de la qualité des services, à savoir :

- elle s'applique à toutes les organisations qui oeuvrent dans le réseau et non seulement aux services médicaux ;
- elle concerne les résultats de santé que désirent les patients, puisque les attentes de ces derniers peuvent être très variables ;

²⁷ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *op.cit.*, *Documents de référence*, septembre 1998.
<http://www.cmq.org/pages/sections/cenmedia/publications.html>

²⁸ INSTITUTE OF MEDICINE, *Envisioning the National Health Care Quality Report*, National Academy Press, Washington, D.C., 2001.
<http://books.nap.edu/html/envisioning/index.htm>

- la qualité des soins ne garantit pas les résultats désirés puisque beaucoup d'autres facteurs contribuant à l'état de santé sont en dehors du contrôle des professionnels ;
- elle implique la responsabilité que tous les professionnels ont de maintenir à jour leurs connaissances dans leur domaine d'expertise.

Cette approche de la qualité s'inspire également des travaux classiques de Donabedian²⁹ prenant en compte tant la *structure et les ressources* des services que les *processus* et les *résultats* et met en évidence l'importance de *l'évaluation préliminaire des capacités cliniques dans les ententes d'imputabilité et de gouvernance*.

La qualité peut aussi se définir par :

- un accès équitable et rapide à des traitements modernes et fiables ;
- rendus de façon **efficace**, c'est-à-dire :
 - basés sur des données probantes ou preuves scientifiques ;
 - appropriés aux besoins ;
 - fournis en temps opportun ;
 - par des professionnels compétents ;
 - dans le cadre d'une organisation de services fondée sur les meilleures pratiques ;

²⁹ Avedis DONABEDIAN, «Evaluating the quality of medical care », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 44, 1966, p. 166-203.

- **efficente** :
 - bon rapport coût/résultat ;
 - productivité de la main-d'œuvre ;
 - bonne utilisation des ressources ;

- amenant des **résultats de santé** pour le patient :
 - diminution des facteurs de risque ;
 - diminution des taux de maladie, de complication et de handicap ;
 - amélioration de la qualité de vie ;
 - diminution des décès prématurés ;

- et une **expérience positive** dans sa relation, et celle de son aidant, avec l'équipe médicale :
 - relation interpersonnelle ;
 - attente, accessibilité, continuité ;
 - information ;
 - choix et participation du patient ;
 - environnement physique .

Force est de constater que la qualité concerne tous les aspects des soins et services et sa prise en considération nous amène à dire que la vision du système de soins de l'avenir doit être celle d'un système éclairé par l'évidence, centré sur le patient et livré en réseaux intégrés³⁰.

³⁰ INSTITUTE OF MEDICINE, *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington, D.C. ; 2001, p. 20.

2.2 La gouvernance clinique

Le concept de « gouvernance clinique » analysé maintenant est en lien avec cet agenda de qualité.

C'est en 1997, dans le Livre Blanc du gouvernement anglais *The New NHS: Modern, Dependable*³¹, qu'apparaît, pour la première fois, la notion de *clinical governance* traduit, dans cet avis, par « gouvernance clinique ». Dans le cadre d'un plan décennal de modernisation suite aux nombreux échecs du système de santé, le National Health Service (NHS) établit sa stratégie de réforme des services sur les principes suivants :

- l'efficience : améliorer l'efficience des services de telle sorte que l'argent dépensé le soit pour maximiser les soins aux patients ;
- l'excellence : mettre l'accent sur la qualité des soins de sorte que leur excellence soit assurée pour tous les patients.

En 1998, un second Livre Blanc, *A First Class Service: Quality in the New NHS*³², met en place la stratégie du gouvernement pour assurer que la qualité des soins devienne le moteur du développement des services de santé. La gouvernance clinique en est le pivot : elle est une obligation légale qui concerne l'ensemble des intervenants du réseau des soins primaires, des soins hospitaliers et des soins communautaires.

³¹ UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH, *The New NHS: Modern, Dependable*, 1997.
<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>

³² *Id.*, *A First Class Service: Quality in the New NHS*, 1998.
<http://www.doh.gov.uk/newnhs/quality.htm>

Le concept y est ainsi défini :

un cadre à travers lequel les organisations du NHS sont imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et de la sauvegarde de standards élevés, en créant un environnement qui permet le développement de l'excellence des soins cliniques.

La gouvernance clinique est donc une approche locale systémique d'assurance et d'amélioration de la qualité à l'intérieur d'une organisation de santé, à l'intérieur d'un service clinique géré par une organisation de santé ou à l'intérieur d'un service rendu par un nombre d'organisations locales ou d'agences travaillant en partenariat, d'où naît la notion d'imputabilité collective. Et l'on retrouve, en Angleterre, des guides d'implantation et des normes de fonctionnement pour chacun des groupes professionnels : médecins, infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux et conseillers³³.

En 1999, une troisième publication intitulée *Clinical Governance: Quality in the New NHS*³⁴ précise le sujet. Ainsi, l'actualisation de la gouvernance clinique établit le besoin de cibler les activités concernées dans la prestation de soins de haute qualité pour les patients et exige la création d'un ensemble de mécanismes pour supporter les intervenants et aider toutes les organisations de santé à adopter cette nouvelle approche de la qualité. Cette dernière est définie au sens large : « *doing the right things, at the right time, for the right people, and*

³³ UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH, *Research Governance Framework for Health and Social Care*, 2001 ; *Id.*, *A Quality Strategy for Social Care*, 2000 ; ROYAL COLLEGE OF NURSING [UK], *Guidance for Nurses on Clinical Governance*, 1998 ; *Id.*, *Clinical Governance: How Nurses Can Get Involved*, 2000 ; Judith CANTRILL *et al.*, *Improving Quality in Primary Care: Supporting Pharmacists Working in Primary Care Groups and Trusts*, University of Manchester, 1999 ; Peter BOWER *et al.*, *Quality in Counselling in Primary Care: A Guide for Effective Commissioning and Clinical Governance*, University of Manchester, 2001.

³⁴ UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH, *Clinical Governance: Quality in the New NHS*, 1999.
<http://www.doh.gov.uk/pricare/clingov.htm>

doing them right – first time. And it must be the quality of the patient’s experience as well as the clinical result – quality measured in term of prompt access, good relationships and efficient administration³⁵ ».

Son but est l’amélioration constante des standards de soins cliniques, la réduction des variations de résultats et d’accès aux services, et l’assurance que les décisions cliniques soient basées sur les meilleures données probantes à jour pour des soins reconnus efficaces.

Cette stratégie d’amélioration table sur la mise en place des structures suivantes :

- des standards de qualité nationaux clairs contenus dans le « National Service Framework » et élaborés par le « National Institute for Clinical Excellence » ;
- des mécanismes pour assurer la prestation locale de services de qualité, appelés ***gouvernance clinique***, étayés d’une obligation définie par la loi quant à la qualité des services et supportés par des programmes de ***formation continue*** et d’activités locales ***d’autorégulation professionnelle*** ;
- des systèmes efficaces de surveillance de l’atteinte des standards de qualité via la « Commission for Health Improvement » et le « NHS Performance Assessment Framework », auxquels s’ajoute une première enquête nationale portant sur l’expérience vécue des patients et des utilisateurs de services.

³⁵ *Id.*, *The New NHS: Modern, Dependable*, Chap. 3, « Driving change in the NHS », 1997.

*** Le tableau 2, en annexe au chapitre, illustre clairement les structures mises en place.

Bien que plusieurs outils soient déjà utilisés, en Angleterre comme ailleurs, pour assurer et améliorer la qualité des soins, le nouveau cadre de référence les regroupe en un **programme local systématique, unique et cohérent** dont les composantes principales sont :

- des lignes claires de responsabilité et d'imputabilité pour la qualité générale des soins cliniques ;
- un programme complet d'activités visant l'amélioration de la qualité ;
- des politiques claires quant à la gestion des risques ;
- des procédures claires pour tous les groupes professionnels visant à identifier et corriger les performances de faible qualité.

Cette politique de gouvernance clinique, dont la mise en place doit s'étaler sur plusieurs années, exige pour la première année la réalisation des quatre étapes suivantes :

- l'établissement d'un leadership, l'identification d'un responsable de ce dossier au sein de l'organisation et d'un plan de travail ;
- l'évaluation de base de l'organisation en regard des exigences de gouvernance (**capacity**) et des compétences (**capability**) ;
- l'élaboration et l'entente sur un plan de développement à la lumière des résultats de cette évaluation ;

- la clarification du contenu du rapport annuel sur la gouvernance clinique.

Beaucoup de débats ont alors lieu, dans la littérature médicale, à ce sujet. On y retrouve le point de vue des enthousiastes, des sceptiques, le questionnement sur les avantages et les résultats de cette exigence légale. Surtout on se demande par où commencer, particulièrement en ambulatoire, en première ligne.

Roland et Baker, dans leur document *Clinical Governance: A Practical Guide for Primary Care Teams*³⁶, y apportent une réponse intéressante et éminemment pratique. D'emblée, ils reconnaissent que les professionnels de la santé **font partie** d'un **service public** et doivent donc être **imputables**. La gouvernance clinique leur donne le **leadership de la planification de la prestation de soins de qualité et l'opportunité de prendre en charge cet agenda de la qualité**. Ils abordent autant les premières étapes de la mise en place du processus avec le choix d'une priorité nationale, régionale/locale et une priorité spécifique au groupe concerné, que les questions pratiques, par exemple : comment trouver le temps de faire tout cela ?

Les auteurs poursuivent en élaborant de façon très concrète sur chacun des enjeux de la gouvernance que sont :

- la gestion des risques ;
- la vérification (*audit*) clinique ;
- la vérification (*audit*) d'événement significatif ;
- la pratique clinique basée sur l'évidence ;
- les habiletés de consultation, la relation patient-médecin ;

³⁶ Martin ROLAND et Richard BAKER, *Clinical Governance: A Practical Guide for Primary Care Teams*, University of Manchester [Royaume-Uni], 1999.
<http://www.npcrdc.man.ac.uk/PublicationDetail.cfm?ID=34>

-
- le suivi des plaintes ;
 - l'implication des patients et des aidants ;
 - la collaboration avec les collègues ;
 - la gouvernance clinique aux interfaces : deuxième ligne, services sociaux ;
 - le développement professionnel, la formation continue ;
 - la mise en place d'un changement de culture ;
 - l'évaluation externe de la pratique et son résultat ;
 - les professionnels dont la performance pose problème.

Et ils réussissent admirablement bien à démystifier le sujet. Cependant, l'actualisation de cette législation de l'imputabilité pour la qualité et l'efficacité des services amène son lot de structures administratives, d'organismes régulateurs et de bureaucratie pour le NHS qui n'en manque déjà pas et que l'on reconnaît maintenant comme sous-financé et en pénurie de ressources^{37,38}. On peut se demander si l'objectif initial de transférer des fonds de l'administration du réseau vers les soins pourra être respecté.

Mais cette approche a l'avantage d'exiger la mise en place :

- d'une évaluation de base des caractéristiques des pratiques ambulatoires ;
- d'une évaluation des caractéristiques des clientèles et de leurs besoins ;

³⁷ EUROPEAN OBSERVATORY OF HEALTH CARE SYSTEMS, *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*, London School of Economics and Political Science, avril 2002.

http://www.hm-treasury.gov.uk/media/70855/observatory_report.pdf

³⁸ Derek WANLESS, *Securing Our Future Health: Taking A Long-Term View. Final Report*, London (UK), HM Treasury, avril 2002.

http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm

- de la participation d'une équipe à l'établissement d'une priorité spécifique d'amélioration de la qualité.

L'application d'une approche semblable au Québec semble intéressante à la condition de réussir à éviter le développement d'une bureaucratie excessive. Nous réexaminerons plus tard chacun de ces enjeux de la gouvernance clinique pour formuler des recommandations adaptées à notre contexte.

À l'opposé des Anglais, les Australiens procèdent différemment pour mettre en place un régime de qualité des services de première ligne, c'est-à-dire une « bonne gouvernance clinique ». Un consortium formé de six divisions de pratique générale, supporté par l'Australian Divisions of General Practice (ADGP), s'intéresse au même agenda d'amélioration de la qualité et de l'efficacité et croit que la structure des divisions de pratique générale constitue la meilleure plate-forme pour explorer les possibilités organisationnelles qui permettraient de réaliser ces améliorations en première ligne. Il s'associe à l'Institut de santé publique Monash pour inventorier la littérature internationale à la recherche d'options basées sur des **données probantes**, pouvant être **facilement actualisées** et obtenir le **support de la communauté médicale et des professionnels** du réseau des soins primaires. Pour plus d'authenticité, cette analyse s'accompagne de visites des sites pertinents en Angleterre, en Nouvelle-Zélande, au Canada et aux États-Unis. Ce projet donne lieu à une excellente documentation, regroupée sous le thème *General Practice – Building on Quality*³⁹.

³⁹ AUSTRALIAN DIVISIONS OF GENERAL PRACTICE (ADGP) et MONASH INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH (MIPH), *General Practice: Building on Quality* [site Internet]. <http://www.qualitygp.com/>

Le portrait d'une bonne gouvernance clinique qui s'en dégage est celui⁴⁰ :

- d'une **stratégie intégrée** concernant tout le système de soins de santé ;
- fournissant des lignes claires d'**imputabilité** et de **responsabilité** pour la **qualité** des soins ;
- liant un programme complet d'initiatives **d'amélioration de la qualité** aux procédures qui identifient et corrigent les performances pauvres ;
- exigeant un fort **leadership**, une **culture** appropriée et une **volonté** de la mettre en place et de la **réussir** ;
- s'appliquant aux **processus cliniques**, aux **arrangements financiers** et aux systèmes d'**information** ;
- appelant la présence de **recherches** utilisant les données collectées de façon systématique afin d'éclairer et d'orienter tant les décisions **cliniques** que l'élaboration des **politiques**.

Reprenons ici l'analyse de ces exigences appliquées au système de santé québécois.

- *Stratégie intégrée concernant tout le système de soins de santé :*

C'est cette caractéristique qui a valu à la gouvernance clinique le qualificatif de *big idea* parce qu'elle regroupe dans un ensemble

⁴⁰ Julian KING et Martin WILSON, *General Practice: Building on Quality. Identifying potential models for primary clinical care for Australia. Literature Review*, Monash Institute for Public Health, Melbourne [Australie], 2001, p. 206. [<http://www.qualitygp.com/>]

cohérent une multitude d'activités d'amélioration de la qualité qui se font un peu partout dans le réseau et concernent généralement le professionnel individuel et non l'équipe et le système.

- *Lignes claires d'imputabilité et de responsabilités pour la qualité des soins :*

Au Québec, l'imputabilité en établissement est assez bien définie et les conseils d'administration en sont garants, en dernière instance. Mais les résultats de l'évaluation des activités concernant la qualité des soins se retrouvent dispersés dans de multiples rapports jamais intégrés. En soins hors établissements, publics ou privés, ces enjeux méritent plus qu'une bonne réflexion car les obligations sont peu claires en dehors des exigences du Collège des médecins et du nouveau Code de déontologie.

- *Un programme détaillé balisant les initiatives d'amélioration de la qualité :*

L'intérêt récent du gouvernement s'est porté particulièrement sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux avec l'adoption, en décembre 2002, de la Loi 113. Cette loi aborde l'ensemble du processus local, régional et central pour la gestion des accidents évitables dans la prestation de soins de santé, mais ne regroupe pas l'ensemble des activités d'amélioration de la qualité qui sont exigées par les différentes lois existantes.

- *Un leadership, une culture appropriée et une volonté de le faire :*

D'où viendra, au Québec, le leadership de ce programme d'amélioration de la qualité des pratiques ? Le Conseil souhaite qu'il vienne, à l'instar de l'Australie, des professionnels du terrain et que le rôle de l'État soit de le supporter par un programme d'incitatifs variés comprenant les ressources humaines et les outils technologiques nécessaires à la gestion des pratiques, de l'accessibilité et de la continuité de la prise en charge de clientèles, bref de la prise en charge d'une population et non seulement de patients individuels. Un bon exemple de la voie à suivre est celle prise pour soutenir l'organisation des groupes de médecine de famille.

- *La présence de recherches utilisant les données collectées de façon systématique pour éclairer et orienter les décisions cliniques et l'élaboration des politiques :*

Il est urgent que l'on mette en place les conditions nécessaires à l'établissement d'une base de données essentielles à la connaissance des activités cliniques, particulièrement en cabinets et en première ligne, base de la récente réforme du système de soins. La recherche évaluative à partir de ces données permettra de mettre en place des standards de soins, de réduire les variations de résultats et d'accès aux services, d'assurer que le système de santé rende des soins efficaces et éclairés par les meilleures données probantes et au meilleur coût.

Réexaminons maintenant les enjeux de la gouvernance clinique selon le modèle anglais en l'appliquant à la réalité québécoise. Nous verrons que pratiquement toutes les activités énumérées se font ici et là dans le réseau et généralement en fonction d'articles de lois ou de règlements. C'est ainsi que l'on retrouve :

- la gestion des risques et la Loi 113 concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, l'article 9 et le comité de gestion des risques de l'établissement ;
- la vérification (audit) clinique et les obligations du Collège des médecins, des ordres professionnels ainsi que le rôle des Conseils canadien et québécois d'agrément des établissements en santé et la Loi 113 exigeant l'agrément obligatoire des établissements (article 17) ;
- la vérification (audit) d'événement significatif et la Loi 113 (article 9), les responsabilités confiées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chap. S-4.2) aux Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (v.g. comité d'évaluation de l'acte médical, article 214), et aux autres Conseils ainsi que les responsabilités confiées aux chefs de départements (article 190) ;
- le suivi des plaintes et la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (Loi 27) ;
- l'implication des patients et des aidants et les Lois 113 et 27 ;

- les habiletés de consultation, la relation patient-médecin et la Loi 27, le code de déontologie du Collège, les obligations du CMDP et des chefs de département ;
- la collaboration avec les collègues et les obligations attribuées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux aux CMDP, aux autres Conseils et aux chefs de département ;
- la gouvernance clinique aux interfaces : 1^{re} et 2^e lignes, santé et services sociaux et la Loi 27 avec le rôle attribué au commissaire régional à la qualité ;
- la pratique clinique basée sur l'évidence et l'implication du Collège des médecins et du Comité de formation médicale continue, des associations professionnelles et des universités ;
- le développement professionnel, la formation continue et les exigences du Collège des médecins, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada ;
- l'évaluation externe de la pratique et de ses résultats et le rôle du Collège des médecins, des ordres professionnels et des Conseils d'agrément ;
- les professionnels dont la performance pose problème et les obligations des CMDP, chefs de département, du Collège et des ordres ;

- la mise en place d'un changement de culture, d'une culture de compétition à une culture de collaboration.

Comme on peut le constater, la plupart des enjeux de la gouvernance clinique, sont concernés par des articles de lois ou de règlements qui obligent à des compilations dans des rapports annuels. Jamais l'ensemble de ces conclusions et recommandations n'est unifié dans un seul rapport qui permettrait l'établissement d'un portrait global et faciliterait un suivi efficace de la mise en place des améliorations nécessaires.

Ces mesures, mieux connues en établissement, peuvent aussi s'appliquer, au niveau local, aux pratiques hors établissement à travers des responsabilités dévolues, par exemple, aux GMF, à des regroupements de GMF, des cabinets en réseau ou incorporés, c'est-à-dire à toute structure sous-territoriale ayant une représentativité administrative ou encore par un rattachement à un département clinique ayant des responsabilités élargies ou encore par l'établissement d'ententes entre un médecin en cabinet et un département clinique. Au niveau régional, le rôle de coordination peut être assumé par un DRMG dont les responsabilités sont élargies, par un département clinique régional en médecine de famille, en spécialité⁴¹, en lien avec un CMDP régional, ou par la Commission médicale régionale. Enfin, la disponibilité des ressources nécessaires pour la gestion et le support technologique est essentielle.

⁴¹ CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Avis sur le chef de département clinique : rôles et responsabilités*, Avis 99-04, octobre 1999, p. 10-19 et p. 35.

L'agenda de la qualité des soins est aussi abordé au Canada, dans les autres provinces. La Colombie-Britannique⁴², l'Alberta⁴³, l'Ontario⁴⁴ se préoccupent de qualité des services à travers les réformes de l'organisation des soins primaires qu'ils mettent en place. Cependant la Saskatchewan⁴⁵ va plus loin en adoptant, en juillet 2002, une loi qui met en place le « Health Quality Council⁴⁶ » dont le mandat général vise l'ensemble des activités contribuant à l'amélioration des soins et services du réseau de la santé. Les objectifs particuliers sont, entre autres, de monitorer et développer des standards de soins, d'évaluer la qualité des services de santé de la province, de supporter l'enseignement et la recherche sur la qualité tout en évaluant les enjeux reliés aux médicaments et aux nouvelles technologies.

⁴² BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH PLANNING, *A New Era for Patient-Centred Health Care: Building a Sustainable, Accountable Structure for Delivery of High-Quality Patient Services*, décembre 2001.

[http://www.healthservices.gov.bc.ca/socsec/pdf/new_era_sustain.pdf] ;

BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION, *Medicare's Future*, sept. 2000.

[<http://www.bcma.org/>

[public/news_publications/publications/policy_backgrounders/MedicareFuture.asp](http://www.bcma.org/public/news_publications/publications/policy_backgrounders/MedicareFuture.asp)]

⁴³ PREMIER'S ADVISORY COUNCIL ON HEALTH FOR ALBERTA, *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health* [Rapport Mazankowski], Edmonton, décembre 2001.

[<http://www.premiersadvisory.com/reform.html>] ;

ALBERTA HEALTH AND WELLNESS, *Alberta : Health First. Building a Better Public Health Care System: Alberta Government Response to the Premier's Advisory Council on Health Report*, janvier 2002.

[http://www.health.gov.ab.ca/public/document/health_first/health_first.htm]

⁴⁴ ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION, *Primary Care Reform: A Strategy for Stability*, Toronto, 1996. [<http://www.oma.org/phealth/pcare/pcare.htm>] ;

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO, « Le réseau de soins primaires - Une nouvelle façon de dispenser des soins médicaux à la collectivité », 2001. [http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/pub_linksf/pub_pricaref.html]

⁴⁵ COMMISSION ON MEDICARE (SASKATCHEWAN), *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System* [Rapport de la Commission Fyke], Regina, 2001, p. 43-54.

[http://www.shin.sk.ca/Fyke_report/commission_on_medicare-bw.pdf] ;

SASKATCHEWAN HEALTH, *The Action Plan for Saskatchewan Health Care*, Regina, 2001, p. 54-57. [http://www.health.gov.sk.ca/hplan_health_care_plan_skhealth.html]

⁴⁶ GOVERNMENT OF SASKATCHEWAN, *Chapter H-0.04. An Act respecting the Health Quality Council*, Regina, juillet 2002. [<http://www.qp.gov.sk.ca/documents/english/Chapters/2002/h0-04.pdf>]

2.3 Des conditions de succès

Dans le contexte occidental de contraintes budgétaires actuelles en santé, plusieurs pays sont à explorer les enjeux de gouvernance clinique, de réforme des soins primaires et d'intégration des services à l'intérieur de la première ligne ainsi qu'avec la deuxième ligne. Malgré le peu de données probantes concernant l'efficacité de ces approches sur les résultats de santé pour la population, on conclut généralement que cela s'explique par le fait que ces réformes sont encore à un stage précoce de leur évolution et qu'il est nécessaire d'investir de façon importante dans la recherche, particulièrement sur le plan des soins ambulatoires.

Néanmoins, on constate⁴⁷ que les réformes les plus prometteuses viennent des pays qui ciblent le niveau **méso**, c'est-à-dire la communauté ou les organisations comme, par exemple, les groupes de *médecins de famille* et les regroupements de médecins pratiquant en privé, plutôt que le niveau **micro**, qui concerne la relation patient- médecin avec des soins cliniques basés sur les données probantes et la mise sur place de cliniques sans rendez-vous, ou encore le niveau **macro**, c'est-à-dire le niveau systémique ou gouvernemental avec les réformes du marché interne.

Au Québec, les GMF, les cliniques pivots, les DRMG, les départements cliniques élargis et les RUIS, avec particulièrement leur mission d'encadrement de l'évaluation des interventions, des technologies et de la recherche, pourraient constituer une trame intéressante au niveau **méso**.

⁴⁷ Julian KING et Martin WILSON, *General Practice: Building on Quality. Identifying potential models for primary clinical care for Australia. Literature Review*, Monash Institute for Public Health, Melbourne [Australie], 2001, p. 2. [<http://www.qualitygp.com/>]

Et les évidences concernant les approches, les stratégies et les initiatives qui amènent une amélioration des résultats de santé pour la population, de l'efficacité dans le système, des gratifications et la reconnaissance du rôle et de la qualité de la pratique en soins cliniques primaires, pointent vers les facteurs suivants⁴⁸ :

- la rétroaction des pairs intégrée au processus d'audit clinique ;
- l'imputabilité face aux pairs au sujet de la prescription médicamenteuse, s'accompagnant d'audit clinique volontaire, de la disponibilité de conseillers pharmaceutiques ;
- l'audit des événements significatifs ;
- les guides de pratique pour les soins des patients, associés à une rétroaction au sujet de la performance du clinicien et à des systèmes de rappels, informatiques ou non, spécifiques au dossier des patients ;
- les indicateurs de performance concernant les listes d'attente pour le secteur des soins aigus et, pour le secteur des soins primaires, des indicateurs de performance développés en partenariat avec les cliniciens de première ligne, le public et les experts ;
- le travail d'équipe pour améliorer l'efficacité d'une organisation ;
- la stabilité organisationnelle pour soutenir la capacité des individus et des organisations à améliorer la qualité des services ;

⁴⁸ *Ibid.*, p. 189-205.

- la nécessité de données de bonne qualité concernant les ressources, l'utilisation et les coûts des services pour supporter les changements.

Le concept de qualité, abordé dans ce chapitre, s'inscrit dans un contexte d'amélioration continue de la qualité et non dans une vision morcelée d'indicateurs multiples, au cas par cas. De plus, la mise en place de cette approche par les professionnels de la base nous semble garante d'une meilleure adhésion, comme le démontre le modèle australien. Les membres du Conseil l'ont choisie comme l'approche à privilégier. ***Elle nécessite un leadership à assumer et une vision à mettre en place.***

Cette vision ne viendra pas de la défense du statu quo, mais d'une volonté et d'un leadership pour mettre en place les changements qui amèneront qualité, sécurité, fiabilité et efficience dans le système de soins et non pas seulement évaluations de la performance et contrôle de coûts⁴⁹. Les structures à mettre en place devront être consensuelles, de représentation variée et s'appliquer à actualiser cette vision de la qualité des services à tous les paliers du réseau. Ce processus devra se faire en toute transparence, publiquement et être exempt d'influence indue tant du secteur politique que des associations professionnelles.

Les indicateurs de qualité devront faire partie intégrante du cadre d'évaluation de la performance. Il ne peut y avoir d'agenda de la qualité séparé de l'agenda de l'évaluation de la performance dont traitera le prochain chapitre.

⁴⁹ Donald M. BERWICK, «As good as it should get: making health care better in the new millenium », Institute for Healthcare Improvement, 1998.
<http://www.ihl.org/newsandpublications/articles/ci0801asgoodas.asp>

Pour implanter un programme de gouvernance clinique adapté à la réalité québécoise, les membres du Conseil recommandent :

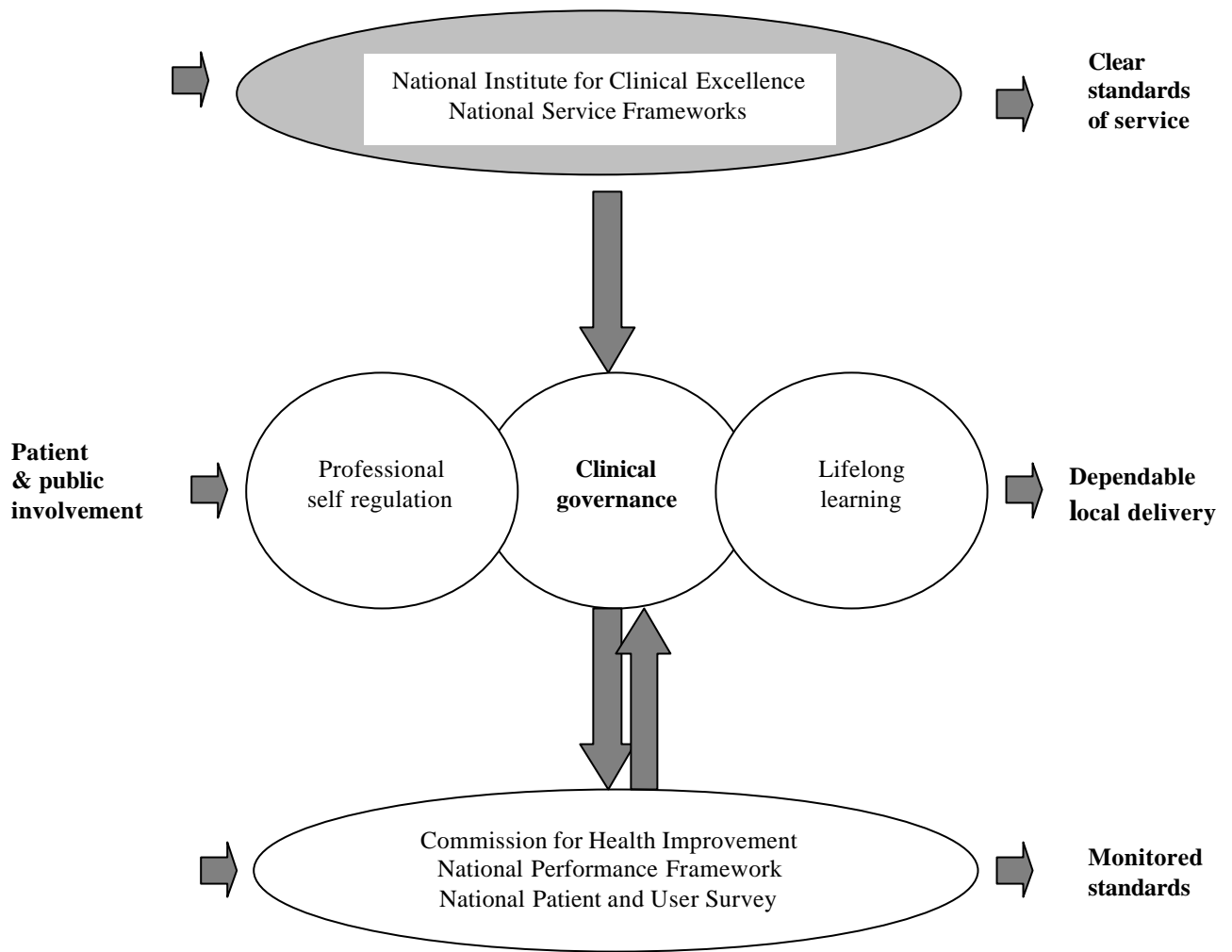
- la mise en place d'une obligation de gouvernance clinique pour l'ensemble du réseau de services de santé et de services sociaux, en pratique intra et hors établissement ;
- que cette exigence intègre en un seul bilan, les rapports d'activités déjà soumis aux Lois sur les services de santé et les services sociaux, 27 et 113 ;
- que ce programme identifie les structures locales et régionales déjà en place et en lien avec les exigences des Lois pré-mentionnées ;
- qu'au niveau central, ces bilans soient analysés par le Commissaire à la santé et permettent d'obtenir un portrait des réalités des régions fait par les gens sur le terrain et serve de base à l'établissement des régimes d'imputabilité et aux recommandations d'amélioration des services ;
- que les professionnels, au niveau local et régional, soient soutenus par une infrastructure de technologies de l'information qu'il est urgent de rendre opérationnelle ;
- qu'ils soient encouragés par un programme d'incitatifs variés supportant et valorisant la mise en place de moyens pour la gestion des pratiques, de l'accessibilité et de la continuité de la prise en charge de clientèles, c'est-à-dire une approche de santé de population ;

- que les ressources de la santé publique, au niveau local et régional, participent à ces activités dans le cadre de leurs compétences (état de santé de la population, épidémiologie, etc.) ;
- que l'on accorde une importance capitale à l'implantation d'une base de données, particulièrement en ce qui concerne les profils des clientèles et leurs besoins ;
- que le ministère de la Santé et des Services sociaux fasse connaître des standards de services, des cadres de référence et des indicateurs pour les résultats attendus des activités cliniques. Ces schèmes organisationnels seront élaborés avec l'aide de comités d'experts indépendants et de cliniciens et permettront aux équipes locales d'évaluer leur performance dans le cadre des activités de gouvernance clinique ;
- qu'on y consacre les fonds nécessaires et procède par étapes planifiées sur un terme de cinq ans ;
- que le leadership de la mise en place de la gouvernance clinique soit assumé par les intervenants de niveau local d'abord et coordonné par le niveau régional.

À cet égard, le Conseil recommande :

- *qu'une vision de la qualité des services du réseau de la santé soit développée de façon prioritaire ;*
- *que des standards de services, cadres de référence et indicateurs de résultats pour les activités cliniques soient élaborés ;*
- *qu'une des premières applications des ententes d'imputabilité priorise la qualité des pratiques professionnelles et les résultats de santé pour la population ;*
- *que l'agenda de la qualité soit indissociable de l'évaluation de la performance ;*
- *que la mise en place des ententes d'imputabilité privilégie la gestion de la qualité au niveau local et la coordination au niveau régional ;*
- *que soit mise en place une obligation de gouvernance clinique avec un seul rapport annuel concernant des activités ciblées, intra et hors établissement, pour le réseau des services de santé et des services sociaux.*

TABLEAU 2
Setting standards



Source : UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH, *A First Class Service: Quality in the New NHS*, 1998 (Introduction, *Figure 1*, p. 8).

<http://www.doh.gov.uk/newnhs/quality.htm>

TABLEAU 3**Table des matières de *Clinical Governance: a practical guide for primary care teams*.****Contents****Introduction**

Who is this handbook for?

Why is clinical governance needed?

Getting started

What is clinical governance?

Where to start?

Choosing someone to be responsible for clinical governance in your practice

Choosing topics for quality improvement

- Working with national priorities
- Working with locally agreed priorities
- Working out your own priorities

What does clinical governance actually consist of?

Practising safely (or risk management)

Clinical audit

Significant event audit

Evidence-based practice

Consulting skills

Learning from complaints

Involving patients and carers

Working with other practices

Clinical governance across the interfaces

Professional development for your practice team

Getting the culture right

Practice assessment: external awards

Professionals whose performance gives cause for concern

Practical issues in implementing clinical governance

How can you find time for all this?

Meeting your postgraduate education needs

Information technology

Whose information is it anyway?

Where can you find more information?

Internet resources to support clinical governance

Books

Other resources

Primary care groups (PCGs) and primary care trusts (PCTs)

What is your PCG clinical governance lead expected to do and how can you help?

What will happen if your PCG moves towards trust status: what difference will it make?

Appendices

1 PRODIGY

2 Practice professional development plans and personal development plans

Source : Martin ROLAND et Richard BAKER, *Clinical Governance: a practical guide for primary care teams*, University of Manchester, 1999, p. III-IV.

<http://www.npcrdc.man.ac.uk/PublicationDetail.cfm?ID=34>

CHAPITRE 3

IMPUTABILITÉ MÉDICALE ET PERFORMANCE

3.1 L'évaluation de la performance : un cadre convivial

Le premier chapitre de cet avis analyse les enjeux et les paradoxes de l'exercice de l'imputabilité médicale et ses deux volets, la responsabilité des actes et la reddition de comptes. Le second explore l'imputabilité médicale et la qualité des pratiques professionnelles sous l'angle de la gouvernance clinique, définie comme le cadre à travers lequel les organisations locales de santé sont imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et de la sauvegarde de standards élevés, en créant un environnement qui permet le développement de l'excellence des soins cliniques.

Le prochain chapitre aborde les notions d'imputabilité médicale et d'évaluation de la performance, c'est-à-dire la mesure de l'atteinte des objectifs de qualité et de résultats convenus lors des ententes d'imputabilité et leur suivi.

La notion de performance adoptée ici dépasse largement l'aspect économique, car un système de santé performant est celui qui livre des services de qualité au meilleur rapport coût/efficacité possible.

Les membres du Conseil considèrent que l'évaluation de la performance doit être vue comme un moyen :

- de faire rapport de la performance globale du système de santé dans son évolution ;
- de stimuler la performance de ses organisations en comparant leur rendement ;
- de fournir des points de repère permettant de cibler les efforts d'amélioration qui doivent être faits dans un processus continu d'amélioration de la qualité ;
- d'évaluer l'efficacité des mesures de performance à atteindre ce triple but⁵⁰.

L'évaluation de la performance nécessite, en premier lieu, la prise en compte de la dynamique du système de santé et de l'importance des interactions entre ses diverses composantes tant pour le système entier qu'à l'intérieur de chacune de ses organisations. Sur ce plan, la performance de chaque organisation est « déterminée par un équilibre dynamique continuellement en jeu à travers les quatre sous-systèmes fonctionnels et leurs échanges : l'adaptation à l'environnement, l'atteinte des objectifs, le maintien de la culture et des valeurs, et la production⁵¹ ».

À l'heure du discours sur le professionnalisme, la gestion des risques et la qualité continue, la performance et son évaluation, il nous semble important de rappeler la tradition et les valeurs des professionnels du réseau de la santé à l'égard de la qualité des services. Cette reconnaissance est d'autant plus

⁵⁰ S.G. LEGGAT, *et al.*, « A review of organizational performance assessment in health care », *Health Services Management Research*, vol. 11, n° 1, 1998, p. 3-23.

importante que l'accent, implicite ou explicite, sur l'aspect purement économique de la performance du système de santé met dangereusement en péril cette tradition et ces valeurs et entraîne la démobilisation des professionnels.

L'évaluation de la performance et ses mécanismes nécessite également l'adoption d'un cadre conceptuel du système de santé sous évaluation qui doit rendre justice à l'ensemble des éléments soit : les ressources (*input*), les processus, les productions (*output*), auxquels s'ajoutent les résultats (*outcome*) ainsi que les déterminants non-médicaux de la santé. C'est à la lumière de l'ensemble de ces données seulement que l'on peut interpréter les résultats atteints et cibler les recommandations d'amélioration de la performance.

De plus, l'évaluation de la performance se doit de répondre à deux objectifs : à l'externe, imputabilité et vérification ; à l'interne, amélioration de la qualité⁵². Il va de soi que le Conseil ne souscrit pas à un modèle d'évaluation de la performance qui ne serait qu'externe puisque les effets pervers de ce type d'évaluation sont bien connus.

Ces deux facettes de l'évaluation exigent aussi la mise en place de mécanismes différents : « sommatifs » pour l'évaluation externe et « formatifs » menant à l'amélioration de la qualité à l'interne. En effet, « l'évaluation sommative (ou évaluation-bilan) permet de faire un point périodique sur les performances atteintes, à destination des « tutelles » comme des acteurs de terrain (et du public). Elle doit montrer que les règles de fonctionnement collectif ont été respectées et que les résultats obtenus pour les utilisateurs, généralement présentés sous forme de tableau de bord, sont à la hauteur des espérances ou

⁵¹ C. SICOTTE, *et al.*, « A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance », *Health Services Management Research*, vol. 11, n° 1, 1998, p. 24-48.

⁵² Tim FREEMAN, « Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature », *Health Services Management Research*, vol. 15, n° 2, 2002, p. 126-137.

au minimum des efforts déployés. L'évaluation formative est destinée aux partenaires du réseau. S'appuyant sur des informations plus fines... recueillies avec une périodicité rapprochée... elle permet aux acteurs de terrain d'ajuster leurs politiques en fonction des fluctuations de performance identifiées⁵³ ».

C'est pourquoi il sera important de retrouver non seulement des indicateurs de résultats de haut niveau permettant l'évaluation sommative du réseau, mais aussi des indicateurs de résultats intermédiaires servant aux divers professionnels à améliorer leur performance, reconnaissant et supportant leur participation à l'ensemble du processus, tel que décrit au chapitre sur la gouvernance clinique.

Les membres du Conseil ont exploré les divers modèles de cadre de référence d'évaluation de la performance permettant l'intégration des multiples indicateurs existants et contribuant à donner un sens au processus pour les cliniciens. C'est ainsi qu'ont été analysés « The National Performance Framework⁵⁴ » du Royaume-Uni, « Healthy People 2010⁵⁵ » des États-Unis, « The National Health Performance Framework⁵⁶ » australien et « L'Initiative du Carnet de route⁵⁷ »

⁵³ P. LOMBRIL, *et al.*, « Repères pour l'évaluation des réseaux de soins », *Santé publique*, vol. 12, n° 2, 2000, p. 161-176.

⁵⁴ UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH, *The New NHS Modern and Dependable: A National Framework for Assessing Performance. Consultation Document*, 1998.
<http://www.doh.gov.uk/newnhs/consdoc/info.htm>

⁵⁵ OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION, U.S. Department of Health and Human Services, *Healthy People 2010* [site Internet].
<http://www.health.gov/healthypeople/>

⁵⁶ NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE (NHPC), *National Health Performance Framework Report*, Queensland Health, Brisbane [Australie], 2001.
<http://www.health.qld.gov.au/nathlthrpt/>

⁵⁷ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Initiative du Carnet de route... Lancer le processus*, Ottawa, 2000.
http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=profile_roadmap_f

canadien, le « Bulletin de santé des hôpitaux du Québec⁵⁸ », ainsi que les documents pertinents de l'OCDE⁵⁹ et de l'OMS⁶⁰.

Le modèle canadien et son adaptation australienne ont été retenus, le Canada faisant office de chef de file avec son *Initiative du Carnet de route* et l'Australie ayant déjà mis en place ce cadre de référence et publié le premier rapport s'y rattachant⁶¹. Comme on peut le voir dans les tableaux suivants, l'originalité de ce cadre de référence est de prendre en compte tant l'état de santé de la population, les déterminants non-médicaux de la santé que la performance du secteur des soins de santé. Les tableaux 4 et 5, en annexe au chapitre, illustrent bien le modèle canadien et ses indicateurs proposés tandis que les tableaux 6 et 7 témoignent de l'adaptation australienne de ces données. Cependant, le gouvernement canadien a choisi une brochette de 67 indicateurs répartis dans 14 domaines pour le *Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*⁶².

Les membres du Conseil considèrent que le modèle choisi doit ajouter clairement les enjeux de qualité et d'équité comme des valeurs fondamentales s'appliquant à toutes les classes et catégories d'indicateurs. De plus, l'évaluation

⁵⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Bulletin de santé des hôpitaux du Québec », 2002 [chacune des 17 régions du réseau de la santé québécois a aussi son bulletin ; l'ensemble est disponible sur le site Internet suivant : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/reseau/bulletins.htm>].

⁵⁹ ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE), « Panorama de la santé – Situation du Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE », *Synthèses de l'OCDE*, octobre 2001. <http://www.oecd.org/dataoecd/5/24/2465783.pdf>

⁶⁰ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000. <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/fr/>

⁶¹ NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE (NHPC), *National Report on Health Sector Performance Indicators 2001*, Queensland Health, Brisbane [Australie], 2002. <http://www.health.qld.gov.au/nathlthrpt/>

⁶² SANTÉ CANADA, *Les Canadiens en santé : rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, 2002. <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/H21-206-2002F.pdf>

de la performance, avec ses volets sommatifs et formatifs, doit s'appliquer à l'ensemble du système de santé, c'est-à-dire aux programmes de santé publique, aux services de soins primaires, aux secteurs des soins aigus et de longue durée et leurs activités. Cela permettra de dégager un portrait des liens entre les divers secteurs et maximiser les résultats des services.

Un cadre de référence de l'évaluation de la performance doit aussi déterminer les caractéristiques des critères de sélection des divers indicateurs de performance, des ensembles d'indicateurs et les définitions uniformes qui assureront la qualité de l'information et des données, facilitant aussi les comparaisons du Québec avec le reste du Canada et avec les données internationales. Le Conseil a choisi de retenir les critères proposés par « The National Health Performance Committee » australien⁶³.

Ainsi, les indicateurs doivent :

- **valoir l'effort** : les indicateurs choisis doivent représenter une partie importante de la santé publique ou de la performance du système de santé ;
- être **mesurables** pour l'ensemble de la population quelles que soient ses caractéristiques ;
- être exprimés en **termes compréhensibles** pour les gens qui doivent agir : les indicateurs doivent être faciles à comprendre et surtout permettre de comprendre ce qui peut être fait pour améliorer le système de santé ;

⁶³ *Id.*, *National Health Performance Framework Report*, Queensland Health, Brisbane [Australie], 2001, p. 19-20. [<http://www.health.qld.gov.au/nathlthrpt/>]

- **galvaniser l'action** au niveau national, régional, local, au niveau des communautés, des individus, des groupes ou des agences publiques ou privées ;
- **témoigner**, par des mesures répétées dans le temps, des résultats des actions et indiquer l'amélioration d'aspects variés de l'état de santé de la population ;
- supporter la collecte des données et les rapports dans lesquels l'information requise est obtenue à un **coût proportionné** à la valeur de l'indicateur, **facilement recueillie, analysée et publiée en temps opportun** ;
- se baser sur des **données** qui sont **conformes** au processus reconnu de définition des données.

Et lorsqu'un indice composite, ensemble d'indicateurs, est choisi, il devient important de s'assurer :

- qu'il assure la couverture du spectre total de l'enjeu de santé ;
- qu'il reflète un équilibre d'indicateurs pour toutes les parties pertinentes du cadre de référence ;
- qu'il identifie et répond aux problématiques nouvelles et émergentes ;
- qu'il conduit au changement ;
- qu'il apporte une rétroaction autant sur les secteurs de bon fonctionnement du système que sur ceux où l'amélioration est nécessaire.

Enfin, il est essentiel d'interpréter les résultats obtenus pour donner du sens et faire de l'évaluation de la performance un outil permettant :

- d'avoir une idée de la situation ;
- d'appuyer les actions ;
- d'élaborer des politiques ;

sinon les indicateurs deviennent une fin en soi, ce qui est plutôt stérile.

Il est aussi primordial de cibler les résultats où il y a un lien clair entre les actions du système de santé et les résultats de santé, c'est-à-dire sur les résultats intermédiaires attribuables aux actions du système de santé, car il est évident que les résultats de haut niveau ne peuvent être attribués aux efforts du secteur de la santé uniquement. Cette considération est importante pour les intervenants du réseau puisqu'ils sont les artisans au quotidien de la performance du système.

3.2 Le Commissaire à la santé : vigie du système

Il va de soi que l'évaluation de la performance du système de santé et des services sociaux impliquant patients, prestataires de soins, gestionnaires et gouvernement, requiert un regard extérieur et c'est là le rôle d'un Commissaire à la santé⁶⁴ et aux services sociaux. On l'a vu, l'évaluation de la performance vise essentiellement l'amélioration des services et des résultats de santé pour la population et doit permettre de distribuer les recommandations aux partenaires concernés ainsi que d'orienter les politiques gouvernementales en matière de santé et services sociaux.

Le Parti libéral confie, dans son programme électoral⁶⁵, la mission suivante au Commissaire à la santé :

- assurer l'application de la Charte des droits et responsabilités du patient ;
- dépolitiser le réseau ;
- améliorer le processus décisionnel et l'imputabilité ;

⁶⁴ ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, « Ordonnance pour la viabilité : Commission canadienne de la santé », document présenté en juin 2002 à la Commission Romanow, p. 1-4. [<http://www.cma.ca/> (section « Commission Romanow »)] ;

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE [Comité Kirby], *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume six : recommandations en vue d'une réforme*, p. 19-23.

[<http://www.parl.gc.ca/> (sous Travaux des comités – Sénat – Rapports récents)] ;

COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA [Commission Romanow], *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada* [rapport final], p. 56-63 et p. 165-170.

[<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html>]

⁶⁵ PARTI LIBÉRAL DU QUÉBEC, *Partenaires en santé : donner des soins et des services en tout temps partout au Québec*, février 2003, p. 109-112.

[<http://www.plq.org/tousDocuments/sante.pdf>]

et le Conseil médical y ajoute :

- contribuer à améliorer la prestation et la performance des services de santé et des services sociaux ;
- favoriser l'amélioration de la qualité de ces mêmes services.

Investi d'une autorité morale et légale, avec droit d'enquête, le Commissaire à la santé et aux services sociaux a un triple mandat :

1) **un rôle de vigie** ou surveillance du réseau des services de santé et services sociaux avec rapport annuel public à l'Assemblée nationale prenant en compte l'état de santé de la population et portant sur :

- l'état du système des services de santé et services sociaux ;
- l'évaluation de la performance du réseau avec pour objectif d'en améliorer les résultats
 - financiers ;
 - la qualité et la sécurité ;
 - l'accessibilité et la prestation des services en temps opportun ;
- la disponibilité, la répartition géographique et la planification de la main-d'œuvre en santé et en services sociaux ;
- l'évolution de la transformation de l'organisation des services en fonction des objectifs à court, moyen et long terme.

Il est évident pour les membres du Conseil qu'il ne revient pas au Commissaire de procéder à l'évaluation du système de services de santé et services sociaux, mais d'utiliser l'ensemble des productions et ressources déjà existantes, s'assurer de leur exactitude et dégager une vision cohérente et complète des réalités du réseau et les recommandations pertinentes. À cet égard, les indicateurs de performance établis au préalable par l'ensemble des partenaires, avec l'aide d'experts lui seront fort utiles ainsi que les évaluations et rapports de gouvernance faits par les instances locales et régionales. C'est également dans l'exercice de cette facette de son rôle qu'il aura à s'assurer du respect des droits et responsabilités de chacun des partenaires du réseau des services de santé et services sociaux, c'est-à-dire le public, les patients, les prestataires de services, les gestionnaires et le gouvernement. Ses recommandations cibleront le ou les partenaires impliqués, capables de faire évoluer le système.

- 2) ***un rôle de conseiller*** recommandant les corrections nécessaires suite à son analyse et assurant le suivi de l'implantation des améliorations proposées. Jouissant d'une vision privilégiée de l'ensemble du système, d'une grande indépendance et de l'appui des ressources de tout ordre, le Commissaire est en mesure de conseiller l'Assemblée nationale et le gouvernement sur les divers aspects à prendre en compte lors des difficiles choix éthiques, scientifiques, technologiques, économiques et sociaux que l'État doit faire. Les membres du Conseil considèrent qu'il ne lui revient pas cependant d'arbitrer ces choix ou de les faire lui-même et que son mandat doit être clair à ce sujet.

3) ***un rôle de communicateur*** fort important pour les membres du Conseil car le Commissaire y tire son autorité morale. De par la qualité et l'expertise des travaux, consultations, rapports et recommandations qu'il rend disponibles au public, le Commissaire occupe une place privilégiée pour la circulation d'information de qualité sur les services de santé et services sociaux tant pour éclairer le public que les prestataires de services et le gouvernement.

Le Commissaire à la santé et aux services sociaux doit bénéficier d'un statut aux caractéristiques suivantes⁶⁶ :

- indépendance : semblable à celui d'un vérificateur général ;
- permanence : demeurant en place lors des changements de gouvernement et assurant la surveillance de la continuité de l'évolution du réseau ;
- financement assumé par le gouvernement ;
- transparence ;
- crédibilité : prendre en compte l'ensemble du réseau de santé et de services sociaux et bénéficier d'expertises variées ;
- légitimité : accordée par la Loi qui crée le poste ;
- leadership et autorité : possédant un pouvoir d'agir véritable avec droit d'enquêter ;
- un volonté d'engager la participation du public mais aussi des prestataires de soins, gestionnaires et du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- imputabilité devant l'Assemblée nationale et non vis-à-vis le gouvernement et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

⁶⁶ ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, « Ordonnance pour la viabilité : Commission canadienne de la santé », document présenté à la Commission Romanow en juin 2002, p. 2. <http://www.cma.ca/> (section « Commission Romanow »)

Enfin, les membres du Conseil croient que la structure administrative de ce bureau devrait être légère, disposer de moyens à la mesure de sa mission et :

- utiliser l'ensemble des ressources existantes en collaboration et en coordination ;
- consulter, solliciter des opinions, recevoir des requêtes et suggestions ;
- recommander la mise en place de comités permanents ou selon les besoins ;
- commander des études et recherches, si nécessaire.

En conclusion, les membres recommandent :

- ***d'adopter un cadre d'évaluation de la performance :***
 - ***rejoignant l'ensemble des activités du réseau de la santé et des services sociaux ;***
 - ***intégrant les aspects de qualité et d'équité ;***
 - ***misant sur des indicateurs bien choisis concernant l'état de santé de la population, les déterminants non-médicaux de la santé et le rendement du système de santé ;***
 - ***publiant des résultats, évalués par des tiers indépendants, en temps opportun ;***
 - ***identifiant les problématiques nouvelles et émergentes ;***

- *conduisant au changement, à l'amélioration des pratiques nécessaires pour atteindre l'objectif ultime du réseau : l'amélioration de la santé de la population ;*
- *la création d'un poste de Commissaire à la santé et aux services sociaux, imputable devant l'Assemblée nationale.*

TABLEAU 4
Cadre conceptuel des indicateurs de la santé

ÉTAT DE SANTÉ			
Problèmes de santé	Fonction humaine	Bien-être	Décès
Modifications de l'état de santé, soit maladie, trouble, blessure ou traumatisme, ou reflet d'autres états liés à la santé	Modifications aux fonctions ou aux structures corporelles (déficience), activités (limitation de l'activité), et participation (restrictions de la participation)	Mesures générales du bien-être physique, mental et social des individus	Taux de mortalité spécifiques à l'âge ou à une maladie et autres indicateurs dérivés
DÉTERMINANTS NON MÉDICAUX DE LA SANTÉ			
Comportements sanitaires	Conditions de vie et de travail	Ressources personnelles	Facteurs environnementaux
Aspects du comportement personnel et des facteurs de risque qui influencent l'état De santé	Caractéristiques socio-économiques et conditions de travail de la population qui sont associées à la santé	Mesure la prévalence des facteurs tels que le soutien social et le stress, qui sont associés à la santé	Facteurs environnementaux qui peuvent influencer la santé
RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ			
Acceptabilité	Accessibilité	Caractère approprié	Compétence
Soins et services fournis répondent aux attentes des clients, de la collectivité, des dispensateurs et des organismes payeurs	Capacité des clients et des patients à obtenir des soins ou des services au bon endroit et au bon moment, selon les besoins	Soins et services fournis correspondent aux besoins des clients et des patients et se fondent sur des normes établies	Connaissances et habiletés d'un individu sont appropriées aux soins et services fournis
Continuité	Efficacité	Efficienc	Sécurité
Capacité de fournir des soins et des services ininterrompus et coordonnés entre programmes, praticiens, organismes et niveaux de soins ou de services au fil du temps	Soins et services, intervention ou action produisent les résultats voulus	Résultats voulus sont produits avec l'utilisation des ressources la plus rentable	Risques potentiels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou réduits au minimum
CARACTÉRISTIQUES COMMUNAUTAIRES ET DU SYSTÈME DE SANTÉ			
Caractéristiques communautaires ou du système de santé qui, bien qu'elles ne soient pas des indicateurs de l'état de santé ou du rendement du système de santé, présentent une information contextuelle utile			

Source : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Initiative du Carnet de route... Lancer le processus*, Ottawa, 2000, p. A-3.
http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=profile_roadmap_f

TABLEAU 5
Indicateurs de la santé

ÉTAT DE SANTÉ			
Bien-être	Problèmes de santé	Fonction humaine	Décès
? Auto-évaluation de la santé ? Auto-évaluation de la santé comme « très bonne » ou « excellente » pour deux cycles consécutifs ou plus d'enquête ? Estime de soi	? Indice de masse corporelle (IMC), norme canadienne ? Indice de masse corporelle (IMC), norme internationale ? Arthrite ou rhumatisme ? Diabète ? Asthme ? Hypertension ? Douleurs ou malaises qui ont un effet sur les activités ? Douleurs ou malaises selon l'intensité ? Risque de dépression ? Faible poids de naissance <i>Incidence du cancer, taux normalisés selon l'âge :</i> ? Incidence du cancer ? Incidence du cancer du poumon ? Incidence du cancer du côlon et du rectum ? Incidence du cancer du sein (femme) ? Incidence du cancer de la prostate ? Hospitalisation à la suite d'une blessure ? Maladies d'origine alimentaire et hydrique* ? Blessures	? Santé fonctionnelle ? Jours d'incapacité en deux semaines ? Limitation des activités ? Problèmes de santé causant une limitation des activités ? Espérance de vie sans incapacité ? Espérance de vie ajustée pour l'incapacité ? Personnes-années de vie ajustées pour l'incapacité ? Espérance de vie en fonction de la santé	? Mortalité infantile ? Mortalité périnatale ? Espérance de vie <i>Nombres bruts et taux, taux de décès normalisés selon l'âge :</i> ? Toutes les causes de décès ? Décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire ? Décès dus aux cardiopathies vasculaires cérébrales ? Décès dus à toutes les autres maladies de l'appareil circulatoire ? Décès dus au cancer ? Décès dus au cancer du poumon ? Décès dus au cancer du côlon et du rectum ? Décès dus au cancer du sein (femme) ? Décès dus au cancer de la prostate ? Décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire ? Décès dus à la pneumonie et à la grippe ? Décès dus à la bronchite, à l'emphysème et à l'asthme ? Décès dus à toutes les autres maladies de l'appareil respiratoire ? Suicide ? Décès dus à des blessures accidentelles ? Décès dus au SIDA <i>Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) :</i> ? APVP, total ? APVP, tous les types de cancer ? APVP, toutes les maladies de l'appareil circulatoire ? APVP, toutes les maladies de l'appareil respiratoire ? APVP, blessures accidentelles ? APVP, suicide

DÉTERMINANTS NON MÉDICAUX DE LA SANTÉ			
Comportements sanitaires	Conditions de vie et de travail	Ressources personnelles	Facteurs environnementaux
? Usage du tabac ? Début de l'usage du tabac ? Cesser de fumer ? Fréquence de consommation d'alcool ? Activité physique durant les loisirs ? Allaitement ? Habitudes alimentaires	? Obtention d'un diplôme d'études secondaires ? Obtention d'un diplôme de scolarité postsecondaires ? Nombre moyen d'années de scolarité ? Taux de chômage ? Chômage de longue durée ? Taux de faible revenu ? Enfants dans les familles à faible revenu ? Revenu personnel moyen ? Abordabilité du logement ? Latitude de décision au travail ? Inégalité du revenu ? Revenu, transferts gouvernementaux ? Logements occupés par le propriétaire ? Taux de criminalité et taux de criminalité chez les jeunes**	? Maturité scolaire ? Soutien social ? Stress dans la vie quotidienne	? Exposition à la fumée secondaire
RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ			
Acceptabilité	Accessibilité	Caractère approprié	Compétence
	? Vaccination contre la grippe, 65 ans et plus ? Mammographie de dépistage, femmes de 50 à 69 ans ? Test de Papanicolaou, femmes de 18 à 69 ans ? Vaccination des enfants*	? Accouchement vaginal après césarienne ? Césariennes	
Continuité	Efficacité	Efficience	Sécurité
	? Coqueluche ? Rougeole ? Tuberculose ? VIH ? Chlamydia ? Hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe <i>Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement, taux normalisés selon l'âge :</i> ? Infections bactériennes ? Cancer du col de l'utérus ? Maladie hypertensive ? Pneumonie et bronchite non précisée ? Conditions propices aux soins ambulatoires ? Mortalité dans les 30 jours à la suite d'un infarctus du myocarde (IRM) ? Mortalité dans les 30 jours à la suite d'une maladie vasculaire cérébrale Réadmissions : ? IRM ? Asthme ? Prostatectomie ? Hystérectomie	? Cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation ? Durée prévue du séjour par rapport à la durée réelle	? Hospitalisations liées à une fracture de la hanche

CARACTÉRISTIQUES DE LA COLLECTIVITÉ ET DU SYSTÈME DE SANTÉ		
Collectivité	Système de santé	Ressources
? Population ? Densité de la population ? Rapport de dépendance ? Personnes vivant en région urbaine ? Autochtones ? Immigrants ? Mobilité: une différente subdivision de recensement de résidence 1 an ou 5 ans auparavant ? Population dans Zones d'Influence des régions Métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM) forte ? Familles monoparentales ? Minorités visibles ? Grossesse chez l'adolescente**	? Ratio d'entrées et de sorties ? Pontage aortocoronarien par greffe ? Arthroplastie de la hanche ? Arthroplastie du genou ? Hystérectomie ? Consultation des praticiens en médecine non traditionnelle ? Consultation des professionnels de la santé ? Consultation des professionnels de la santé au sujet de la santé mentale ? Consultation de spécialistes des soins dentaires	? Dépenses en soins de santé ? Médecins ? Infirmiers (ères) ? Autres professionnels de la santé

* La qualité des données, les définitions, et la disponibilité des données sont pour l'instant encore incertaines.

**Seules des données à l'échelle provinciale seront offertes au cours des prochaines années.

Source : STATISTIQUE CANADA, « Indicateurs de la santé », n° 82-221-XIF au catalogue, mai 2002 (vol. 2002, n° 1).
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm

TABLEAU 6
National Health Performance Framework

Health status and outcomes How healthy are Australians? Is it the same for everyone? Where is the most opportunity for improvement?				
Health Conditions	Human Function	Life Expectancy and Wellbeing	Deaths	
Prevalence of disease, disorder, injury or trauma or other health-related states.	Alterations to body, structure or function (impairment), activities (activity limitation) and participation (restrictions in participation).	Broad measures of physical, mental, and social wellbeing of individuals and other derived indicators such as Disability Adjusted Life Expectancy (DALE).	Age and/ or condition specific mortality rates.	
Determinants of Health Are the factors determining good health changing for the better? Is it the same for everyone? Where and for whom are these factors changing?				
Environmental Factors	Socioeconomic Factors	Community Capacity	Health Behaviours	Person-related Factors
Physical, chemical and biological factors such as air, water, food and soil quality resulting from chemical pollution and waste disposal.	Socioeconomic factors such as education, employment, per capita expenditure on health, and average weekly earnings.	Characteristics of communities and families such as population density, age distribution, health literacy, housing, community support services and transport.	Attitudes, beliefs knowledge and behaviours, e. g. patterns of eating, physical activity, excess alcohol consumption and smoking.	Genetic-related susceptibility to disease and other factors such as blood pressure, cholesterol levels and body weight.
Health System Performance How well is the health system performing in delivering quality health actions to improve the health of all Australians? Is it the same for everyone?				
Effective		Appropriate	Efficient	
Care, intervention or action achieves desired outcome.		Care/ intervention/ action provided is relevant to the client's needs and based on established standards.	Achieving desired results with most cost effective use of resources.	
Responsive		Accessible	Safe	
Service provides respect for Persons and is client orientated. It includes respect for dignity, confidentiality, participation in choices, promptness, quality of amenities, access to social support networks, and choice of provider.		Ability of people to obtain health care at the right place and right time irrespective of income, physical location and cultural background.	The avoidance or reduction to acceptable limits of actual or potential harm from health care management or the environment in which health care is delivered.	
Continuous		Capable	Sustainable	
Ability to provide uninterrupted, coordinated care or service Across programs, practitioners, organisations and levels over time.		An individual's or service's capacity to provide a health service based on skills and knowledge.	System or organisation's capacity to provide infrastructure such as workforce, facilities and equipment, and be innovative and respond to emerging needs (research, monitoring).	

Source : NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE (NHPC), *National Health Performance Framework Report*, Queensland Health, Brisbane [Australie], 2001, p. 8.
<http://www.health.qld.gov.au/nathlthrpt/>

TABLEAU 7 Health performance indicators

Tier 1 Health status and outcomes

Indicator	Dimension
Non-fatal burden of disease (years of life lived with disability) for disease groups	Health condition
Core activity restriction	Human function
Proportion of disease in targeted National Health Priority Areas of the total burden of disease and injury	Life expectancy and wellbeing
Standardised mortality ratios for Indigenous Australians	Life expectancy and wellbeing
International comparison of life expectancy at birth by sex	Life expectancy and wellbeing
Cause-specific death rates	Deaths
Suicide and self-inflicted injury deaths	Deaths

Tier 2 Determinants of health

Indicator	Dimension
Environmental tobacco smoke	Environmental factors
Notification rates of Ross River virus	Environmental factors
Differentials in death rates across socioeconomic quintiles	Socioeconomic factors
Carer activity	Community capacity
Voluntary work participation rates	Community capacity
Proportion of adults and adolescent smokers	Health behaviours
Proportion of adults insufficiently physically active	Health behaviours
Proportion of persons overweight	Health behaviours
Proportion of persons with high blood pressure	Person-related factors
Low-birthweight babies	Person-related factors

Tier 3 Health system performance

Indicator	Dimension
Separation rates with asthma as principal diagnosis	Effective
Five-year survival rates for cancer	Effective
Breast and cervical cancer screening: proportion of females screened	Effective
Immunisation: children fully vaccinated	Effective
Hospital separation rates for caesarean sections	Appropriate
Hospital separation rates for myringotomies and tonsillectomies	Appropriate
Prescription of oral antibiotics for upper respiratory tract infection	Appropriate
Cost per casemix-adjusted separation	Efficient
Average length of stay for hospital admissions	Efficient
Per capita fee-for-service expenditure on primary and secondary health services	Efficient
Emergency department waiting times	Responsive
Number of full-time workload equivalent GPs by location	Responsive
Days waited for admission for elective surgery (50th percentile)	Accessible
Number of residential care places and community aged care packages per 1,000 persons aged 70 years and over	Accessible
Hospital separations with an adverse event	Safe
Uptake of Medicare Benefits Schedule items for enhanced primary care	Continuous
Proportion of workload carried by vocationally registered GPs and other medical practitioners aged over 50 years	Sustainable

Source : AUSTRALIA INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (AIHW), *Australia's Health 2002*, Canberra, 2002, p. 348-349.
<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm>

CONCLUSION

Dans cet avis, les membres du Conseil médical du Québec ont voulu mettre en lumière l'importance de l'imputabilité tant professionnelle, qu'économique et politique qui doit prévaloir dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux puisqu'il s'agit de services publics, dont le financement est également public.

Ils souhaitent que leur réflexion contribue à la naissance d'un changement de culture et qu'apparaisse une volonté de collaboration de l'ensemble des partenaires dans l'intérêt du public. Ils proposent qu'un leadership émerge à la base, au niveau local, pour prendre en charge l'agenda de la qualité des services et d'évaluation de la performance permettant de bâtir le système de services de santé et services sociaux sur la qualité et la performance des pratiques.

C'est dans cette perspective qu'ils recommandent, entre autres, la mise en place :

- ***d'une Charte québécoise de la Santé et des services sociaux, définissant les rôles, responsabilités et droits des partenaires que sont le public et les patients, les prestataires de services, le gouvernement et les gestionnaires ;***
- ***d'une obligation de gouvernance clinique intégrant l'ensemble des obligations légales quant à la qualité des pratiques et l'amélioration continue des services ;***

- *d'un poste de Commissaire à la Santé et aux services sociaux, apolitique, indépendant, jouant le rôle de vigie, de conseiller, préoccupé par l'amélioration constante de la qualité des services de santé et des services sociaux dans le meilleur intérêt du public.*

BIBLIOGRAPHIE

1. *L'univers du patient de demain : notre système de santé en 2010*, Toronto, Merck Frosst, octobre 2002.
<http://www.merckfrosst.ca/f/health/policy/pdf/directionsv-f.pdf>
2. ALBERTA HEALTH AND WELLNESS. *Alberta: Health First. Building a Better Public Health Care System: Alberta government response to the Premier's Advisory Council on Health Report*, janvier 2002.
http://www.health.gov.ab.ca/public/document/health_first/health_first.htm
3. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Ordonnance pour la viabilité : une Charte canadienne de la santé énonçant les droits et les responsabilités », Ottawa, juin 2002.
<http://www.cma.ca/> (section « Commission Romanow »)
4. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Ordonnance pour la viabilité : Commission canadienne de la santé », Ottawa, juin 2002.
<http://www.cma.ca/> (section « Commission Romanow »)
5. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Les soins spécialisés au Canada : définition des enjeux et défis stratégiques*, Ottawa, 2001.
<http://www.cma.ca/> (section « Documents de discussion »)
6. AUSTRALIA INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (AIHW). *Australia's Health 2002*, Canberra, 2002.
<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm>
7. AUSTRALIAN DIVISIONS OF GENERAL PRACTICE (ADGP) et MONASH INSTITUTE FOR PUBLIC HEALTH (MIPH). *General Practice : Building on Quality* [site Internet].
<http://www.qualitygp.com/>
8. BERWICK, Donald M. « As good as it should get: making health care better in the new millenium », Institute for Healthcare Improvement, 1998.
<http://www.ihl.org/newsandpublications/articles/ci0801asgoodas.asp>
9. BOWER, Peter, *et al. Quality in Counselling in Primary Care : A Guide for Effective Commissioning and Clinical Governance*, University of Manchester, 2001.
<http://www.npcrdc.man.ac.uk/PublicationDetail.cfm?ID=37>
10. BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION (BCMA). *Medicare's Future*, septembre 2000.
http://www.bcma.org/public/news_publications/publications/policy_backgrounder/MedicareFuture.asp

11. BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH PLANNING. *A New Era for Patient-Centred Health Care: Building a Sustainable, Accountable Structure for Delivery of High-Quality Patient Services*, décembre 2001.
http://www.healthservices.gov.bc.ca/socsec/pdf/new_era_sustain.pdf
12. CANTRILL, Judith, *et al. Improving Quality in Primary Care : Supporting Pharmacists Working in Primary Care Groups and Trusts*, University of Manchester, 1999.
<http://www.npcrdc.man.ac.uk/PublicationDetail.cfm?ID=33>
13. CAPIELLO, André. « Rencontre avec les leaders : Rebâtir la confiance », *L'Actualité médicale*, vol. 23, n° 14, avril 2002, p. 8-9.
14. COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. *Façonner l'avenir des soins de santé : mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada* [Commission Romanow], 25 octobre 2001.
http://204.92.240.2/communications/healthcare/healthcare_fr.asp
15. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services médicaux », *Documents de référence*, Montréal, septembre 1998.
<http://www.cmq.org/pages/sections/cenmedia/publications.html>
16. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE [Comité Kirby]. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume six : recommandations en vue d'une réforme*, Ottawa, 2002.
<http://www.parl.gc.ca/> (sous Travaux des comités – Sénat – Rapports récents)
17. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SOINS DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX [Commission Clair]. *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Québec, CESSSS, 2000.
http://www.cessss.gouv.qc.ca/page1_f.htm
18. COMMISSION ON MEDICARE (Saskatchewan). *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System* [Rapport de la Commission Fyke], Regina, 2001.
http://www.shin.sk.ca/Fyke_report/commission_on_medicare-bw.pdf
19. COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA [Commission Romanow]. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada* [rapport final], Ottawa, 2002.
<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html>
20. CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société*, Avis 2003-01, avril 2003.
<http://www.cmed.gouv.qc.ca/>

-
21. CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. Avis sur le chef de département clinique : rôles et responsabilités, Avis 99-04, octobre 1999.
 22. COULTER, Angela et Chris HAM, éd. *The Global Challenge of Health Care Rationing*, Open University Press, 2000.
 23. DESAUTELS, Denis. « La modernisation des concepts d'imputabilité », conférence du Directeur général, Centre d'études en gouvernance, Université d'Ottawa, 25 octobre 2001.
<http://www.gouvernance.uottawa.ca/publications/IAPQ-f.asp>
 24. DONABEDIAN, Avedis. « Evaluating the quality of medical care », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 44, 1966, p. 166-203.
 25. DUBOIS, C.A., et J.-L. DENIS. « De la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Clair. Le façonnement socio-économique de l'imputabilité », juillet 2001.
<http://www.santemontreal.qc.ca/fr/observatoire/refleximputabilite.htm>
 26. EMANUEL, E.J., et L.L. EMANUEL. « What is accountability in health care? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 124, janvier 1996, p. 229-239.
 27. EMANUEL, L.L. « A professional response to demands for accountability: practical recommendations regarding ethical aspects of patient care », *Annals of Internal Medicine*, vol. 124, janvier 1996, p. 240-249.
 28. FLOOD, Colleen M. et Tracey EPPS. *A Patients' Bill of Rights: A Cure For Canadians' Concerns About Medicare?*, Montréal, Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), novembre 2002.
<http://www.irpp.org/>
 29. FREEMAN, Tim. « Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature », *Health Services Management Research*, vol. 15, n° 2, 2002, p. 126-137.
 30. GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Projet de loi 60. Loi établissant la Charte des droits et responsabilités en matière de santé*. [Projet de loi déposé en avril 2003].
<http://www.gnb.ca/legis/bill/pdf/54/5/Bill-60.pdf>
 31. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi n° 142. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins*. Sanctionné le 18 décembre 2002.
<http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/>
 32. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi n° 114. Loi visant la prestation continue de services médicaux d'urgence*. Sanctionné le 25 juillet 2002.
<http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/>

33. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi n° 28. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* [Loi sur la gouverne]. Sanctionné le 21 juin 2001.
<http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/>
34. GOVERNMENT OF SASKATCHEWAN. *Chapter H-0.04. An Act respecting the Health Quality Council*, Regina, juillet 2002.
<http://www.qp.gov.sk.ca/documents/english/Chapters/2002/h0-04.pdf>
35. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Initiative du Carnet de route... Lancer le processus*, Ottawa, 2000.
http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=profile_roadmap_f
36. INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington, D.C. ; 2001.
37. INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Envisioning the National Health Care Quality Report*, National Academy Press, Washington, D.C. ; 2001.
<http://books.nap.edu/html/envisioning/index.htm>
38. KING, Julian, et Martin WILSON. *General Practice: Building on Quality. Identifying potential models for primary clinical care for Australia. Literature Review*, Monash Institute for Public Health, Melbourne, 2001.
<http://www.qualitygp.com/>
39. LEGGAT, S.G., *et al.* « A review of organizational performance assessment in health care », *Health Services Management Research*, vol. 11, n° 1, 1998, p. 3-23.
40. LEMAY, Éric Yvan. « Internet, ressource pour les malades », *Journal de Montréal*, 21 mai 2003.
41. LOMBRIL, P., *et al.* « Repères pour l'évaluation des réseaux de soins », *Santé publique*, vol. 12, n° 2, 2000, p. 161-176.
42. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Bulletin de santé des hôpitaux du Québec », 2002 [chacune des 17 régions du réseau de la santé québécois a aussi son bulletin ; l'ensemble est disponible sur le site Internet suivant : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/reseau/bulletins.htm>].
43. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. « Le réseau de soins primaires - Une nouvelle façon de dispenser des soins médicaux à la collectivité », 2001.
http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/pub_linksf/pub_pricaref.html
44. NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE (NHPC). *National Report on Health Sector Performance Indicators 2001*, Queensland Health, Brisbane [Australie], 2002.
<http://www.health.qld.gov.au/nathlthrpt/>

-
45. NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE (NHPC). *National Health Performance Framework Report*, Queensland Health, Brisbane [Australie], 2001.
<http://www.health.qld.gov.au/nathlthrpt/>
 46. OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. U.S. Department of Health and Human Services, *Healthy People 2010* [site Internet].
<http://www.health.gov/healthypeople/>
 47. ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION. *Primary Care Reform: A Strategy for Stability*, Toronto, 1996.
<http://www.oma.org/phealth/pcare/pcare.htm>
 48. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE). « Panorama de la santé – Situation du Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE », *Synthèses de l'OCDE*, octobre 2001.
<http://www.oecd.org/dataoecd/5/24/2465783.pdf>
 49. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000.
<http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/fr/>
 50. PARTI LIBÉRAL DU QUÉBEC (PLQ), *Partenaires pour la santé : donner des soins et des services sociaux en tout temps au Québec*, février 2003.
<http://www.plq.org/tousDocuments/sante.pdf>
 51. PREMIER'S ADVISORY COUNCIL ON HEALTH FOR ALBERTA. *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health* [Rapport Mazankowski], Edmonton, décembre 2001.
<http://www.premiersadvisory.com/reform.html>
 52. ROLAND, Martin, et Richard BAKER. *Clinical Governance: A Practical Guide for Primary Care Teams*, University of Manchester [Royaume-Uni], 1999.
<http://www.npcrdc.man.ac.uk/PublicationDetail.cfm?ID=34>
 53. ROYAL COLLEGE OF NURSING [UK]. *Clinical Governance: How Nurses Can Get Involved*, 2000.
http://www.data.rcn.org.uk/services/promote/quality/clinical_governance.pdf
 54. ROYAL COLLEGE OF NURSING [UK]. *Guidance for Nurses on Clinical Governance*, 1998.
http://www.data.rcn.org.uk/services/promote/quality/guidance_for_nurses.pdf
 55. SANTÉ CANADA. *Les Canadiens en santé : rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, 2002.
<http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/H21-206-2002F.pdf>

56. SASKATCHEWAN HEALTH. *The Action Plan for Saskatchewan Health Care*, Regina, 2001.
http://www.health.gov.sk.ca/hplan_health_care_plan_skhealth.html
57. SICOTTE, C., *et al.* « A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance », *Health Services Management Research*, vol. 11, n° 1, 1998, p. 24-48.
58. STATISTIQUE CANADA. *Indicateurs de la santé* (n° au catalogue : 82-221-XIF), Ottawa, vol. 2002, n° 1 (mai 2002).
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm
59. UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH. *Research Governance Framework for Health and Social Care*, 2001.
<http://www.doh.gov.uk/research/rd3/nhsrandd/researchgovernance/govhome.htm>
60. UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH. *A Quality Strategy for Social Care*, 2000.
<http://www.doh.gov.uk/scg/qualitystrategy/consultation.htm>
61. UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH. *Clinical Governance: Quality in the New NHS*, Health Service Circular (HSC 1999/065), 1999.
<http://www.doh.gov.uk/pricare/clingov.htm>
62. UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH. *A First Class Service: Quality in the New NHS*, Health Service Circular (HSC 1998/113), 1998.
<http://www.doh.gov.uk/newnhs/quality.htm>
63. UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH. *The New NHS Modern and Dependable: A National Framework for Assessing Performance. Consultation Document*, 1998.
<http://www.doh.gov.uk/newnhs/consdoc/info.htm>
64. UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH. *The New NHS: Modern, Dependable*, 1997.
<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>
65. WANLESS, Derek. *Securing Our Future Health: Taking A Long-Term View. Final Report*, London [UK], HM Treasury, avril 2002.
http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993.

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994.

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994.

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994.

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994.

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995.

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995.

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995.

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995.

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996.

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996.

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996.

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997.

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997.

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997.

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998.

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998.

98-03

Avis « Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir », octobre 1998.

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998.

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998.

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : Mythes et réalités, juin 1999.

99-02

Avis sur les propositions de la table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999.

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé dans les services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999.

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999.

2000-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2003, mars 2000.

2001-01

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2001-2002, février 2001.

2001-02

Avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003, mai 2001.

2001-03

Avis « L'accessibilité aux services de santé : attente et attentes », juin 2001.

2001-04

Avis « Les maladies mentales : un éclairage contemporain », septembre 2001.

2001-05

Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1^{re} ligne, septembre 2001.

2001-06

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2002-2003, décembre 2001.

2002-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2002-2003 à 2004-2005, mars 2002.

2002-02

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2003-2004, décembre 2002.

2003-01

Avis « Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société », avril 2003.

Rapports d'activités :

1993-1994 ;
1994-1995 ;
1995-1996 ;
1996-1997 ;
1997-1998 ;
1998-1999 ;
1999-2000 ;
2000-2001.

Rapport annuel de gestion :

2001-2002 ;
2002-2003.

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996.
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995.
- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995.
- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999.
- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000.
- Avis sur le projet de la nouvelle Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2001-2002 à 2003-2004, mai 2001.