

**Un cadre d'évaluation globale
de la performance
des systèmes de services de santé :
Le modèle EGIPSS**

Résumé

Un cadre d'évaluation globale de la performance
des systèmes de services de santé :
Le modèle EGIPSS

Résumé

François Champagne
André-Pierre Contandriopoulos
Julie Picot-Touché
François Béland
Hung Nguyen

Rapport réalisé dans le cadre du mandat
accordé par le Conseil de la santé et du bien-être
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Université de Montréal
Septembre 2005

Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi en mai 1992. Il a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats; ces activités portent sur les objectifs et sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité.

Le Conseil se compose de 23 membres représentatifs des usagers des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des personnes engagées dans l'intervention, la recherche ou l'administration du domaine de la santé et du domaine social, et de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population.

Édition produite par :

Le Conseil de la santé et du bien-être

1020, route de l'Église, bureau 700

Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9

téléphone : (418) 643-3040

télécopieur : (418) 644-0654

courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible à la section *Publications* du site Internet du Conseil de la santé et du bien-être, dont l'adresse est :

www.csbe.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN : 2-550-45871-0 (version imprimée)

2-550-45872-9 (version PDF)

© Gouvernement du Québec

PRÉFACE

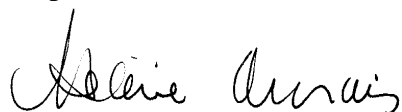
Dans le contexte de l'institution d'un Commissaire à la santé et au bien-être, le Conseil de la santé et du bien-être s'est vu mandaté par le ministre de la santé et des services sociaux pour préparer la transition vers cet éventuel Commissaire.

Pour donner suite à ce mandat, le Conseil a voulu bénéficier de l'expertise de différents chercheurs et leur a demandé de réaliser des études en lien avec les responsabilités prévues pour le Commissaire : information, consultation, appréciation du système de services de santé et de services sociaux, compréhension des enjeux du système et notamment des enjeux éthiques liés à la santé et au bien-être et des enjeux relatifs aux médicaments et aux technologies.

Le présent document est un résumé du rapport de recherche qui propose un cadre d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé en soulignant ses exigences et en s'appuyant sur les expériences d'autres sociétés sur le sujet.

Au nom du Conseil de la santé et du bien-être, je remercie bien sincèrement ces auteurs dont les travaux ont éclairé le Conseil et ont influencé son choix de propositions au Commissaire en matière d'appréciation. Toutefois, comme il se doit, je rappelle que les opinions formulées dans le rapport de recherche et son résumé n'engagent que leurs auteurs.

La présidente,



Hélène Morais

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
1. Objet de l'évaluation : le système de services de santé et la performance.....	9
1.1 Définition du système de services de santé.....	9
1.2 Définition de la performance des systèmes de services de santé.....	14
2. Les principaux cadres d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé	21
3. L'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : cadre opérationnel	23
3.1 Les critères de sélection des indicateurs	23
3.2 La stratégie d'identification des indicateurs de performance	29
4. Propositions pour aller de l'avant dans l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.....	31
4.1 Les étapes à suivre dans la mise en place d'un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.....	31
4.2 Mises en garde : les dangers potentiels de l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé	33
4.3 Programme de travail pour le développement d'un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé au Québec.....	34
Bibliographie	39

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Une vision globale du système de santé.....	12
Figure 2 : Système organisé d'action.....	13
Figure 3 : Dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon la théorie de l'action sociale	17
Figure 4 : La qualité et ses composantes	20
Figure 5 : Les dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon le modèle intégrateur.....	22
Figure 6 : Cadre d'évaluation et de sélection des indicateurs.....	28
Figure 7 : Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (EGIPSS) : stratégie de sélection des indicateurs.....	30
Figure 8 : Programme de travail et échéancier pour le développement d'un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé au Québec.....	38

INTRODUCTION

Le rapport de recherche intitulé « Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS » - dont est ici fait un résumé - répond au mandat adressé par le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) aux chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal.

Ce mandat s'inscrit dans les suites des démarches canadiennes entreprises pour évaluer la performance d'ensemble des systèmes de santé, en l'occurrence du communiqué de septembre 2000 des premiers ministres sur la santé et plus particulièrement de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé.

Ce mandat s'inscrit également dans le cadre de l'institution d'un Commissaire à la santé et au bien-être qui aura pour mandat d'apprécier la performance d'ensemble du système de services de santé et de services sociaux québécois. La Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être prévoit en effet qu' «aux fins d'améliorer la santé et le bien-être de la population, le commissaire est responsable d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux en prenant en compte l'ensemble des éléments systémiques interactifs de ce dernier et de fournir à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des actions entreprises par le gouvernement eu égard aux grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux » (L.R.Q. 32.1.1, art.2).

C'est dans ce contexte que le Conseil de la santé et du bien-être s'applique à développer un cadre d'évaluation de la performance d'ensemble du système de services de santé et de services sociaux. Pour cela, le Conseil a fait appel à l'équipe du GRIS, en considérant que le cadre d'évaluation de la performance devra contenir les éléments suivants :

- une définition de l'objet de l'évaluation, à savoir le système de soins et de services, ses composantes, si possible ses liens avec le système de santé
- la perspective de l'évaluation, ses finalités
- l'approche de l'évaluation
- la définition de la performance et de ses composantes
- les objectifs à évaluer
- les principaux indicateurs à utiliser

Afin de définir ce cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé et de services sociaux, le rapport de recherche original de Champagne *et al.* aborde tous ces aspects, qui sont résumés dans le présent document.

1. OBJET DE L'ÉVALUATION : LE SYSTÈME DE SERVICES DE SANTÉ ET LA PERFORMANCE

1.1 Définition du système de services de santé

Pour pouvoir discuter de la question de la performance du système de services de santé, il est indispensable de commencer par préciser ce que l'on entend par système de services de santé.

Il existe de très nombreuses façons de représenter le système (organigrammes, trajectoires historiques, formes juridiques, etc.). Deux représentations sont ici retenues : 1) l'évolution de la « morphologie » du système de services de santé qui permet de dégager ses principales composantes et de distinguer le système de services de santé du système de santé, et 2) la « physiologie » du système de services de santé qui permet d'en comprendre la dynamique et l'inertie.

L'utilisation du terme *système de services de santé* dans ce texte se distingue du terme *système de santé*, qui réfère à un ensemble social beaucoup plus large et difficile à circonscrire. Le terme *services de santé* utilisé ici peut inclure les services sociaux. Le terme *système de santé* est parfois utilisé par certains acteurs cités pour nommer le système de services.

La « morphologie » du système de services de santé

Le système de services de santé se définit comme suit :

Le système de services de santé inclut l'ensemble des interventions qui ont comme cible des problèmes sociaux ou de santé spécifiques; il couvre toute la gamme des interventions, des services préventifs aux services palliatifs, en passant par les services diagnostiques et curatifs. Il comprend les grandes fonctions de la santé publique (surveillance, protection et promotion de la santé, prévention des maladies, évaluation du système de services de santé, développement des compétences en santé publique) (Lévesque et Bergeron, 2003). Il n'a toutefois pas de responsabilité sur l'ensemble des conditions sociales, économiques, culturelles, démographiques qui affectent la capacité des personnes à vivre bien et longtemps. Autrement dit, il n'a pas de responsabilité sur les facteurs qui n'ont pas un effet reconnu sur un problème de santé ou un problème social spécifique.

Cette définition est illustrée sur la **figure 1** (voir à la fin de la section 1.1) qui, par ailleurs, comme tout schéma, révèle autant qu'il cache. Il permet de visualiser la complexité du système de services de santé (les flèches indiquent toutes des relations complexes qui s'établissent sur des horizons temporels variables et qui mettent en relation des niveaux d'analyse très différents), mais il ne permet pas d'en comprendre la dynamique.

La « physiologie » du système de services de santé

Pour comprendre la dynamique du système de services de santé, il est utile de l'analyser en tant que système organisé d'action¹.

Comme tout système organisé d'action, le système de services de santé est situé dans un contexte concret (la société québécoise, le Canada), à un moment donné. Sa structure est constituée par l'interaction d'une structure physique particulière (bâtiments, architecture, plateaux techniques, budgets), d'une structure organisationnelle (gouverne) et d'une structure symbolique spécifique (représentations, valeurs, normes collectives). Elle délimite un espace social dans lequel quatre grands groupes d'acteurs (professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique) interagissent dans un jeu permanent de compétition et de coopération orienté par la ou les finalités du système, pour obtenir ou contrôler les ressources. Le système de services de santé en tant que système organisé d'action est lui-même constitué de plusieurs sous-systèmes organisés d'action interdépendants ayant chacun un certain degré d'autonomie.

La **figure 2** (voir à la fin de la section 1.1) fournit une représentation schématique générale d'un système organisé d'action, elle permet de voir comment interagissent les cinq éléments qui le caractérisent.

Le système de services de santé, comme tout système organisé d'action, doit assumer, au cours du temps, pour maintenir son existence et se développer, autrement dit pour être performant, quatre grandes fonctions, fonctions qui seront de nouveau abordées plus loin (Sicotte *et al.*, 1999). Il doit:

- **s'adapter**, puiser dans son environnement les ressources nécessaires et offrir des services ;
- **poursuivre des buts** qui sont valorisés (prévenir, diagnostiquer et traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux, réduire les inégalités à l'égard des soins et de la santé) ;
- **fonctionner de façon intégrée avec productivité**, organiser la coordination entre les parties, assurer la qualité, être productif ;
- **préserver et produire des valeurs et du sens.**

Pour résumer, **le système de services de santé et des services sociaux dont il s'agit d'apprécier la performance peut être conçu comme un système organisé d'action situé dans un contexte concret** (la société québécoise, le Canada), **à un moment donné.**

1. Concept en partie emprunté à Parsons, 1977; Freidberg, 1993; Rocher, 1972; Bourdieu et Wacquant, 1992; que nous avons utilisé pour caractériser d'une façon générale toute intervention (Contandriopoulos *et al.*, 2000).

Sa structure est constituée par l'interaction d'une structure physique particulière (bâtiments, architecture, plateaux techniques, ressources financières publiques et privées), **d'une structure organisationnelle** définie par les lois provinciales et fédérales, les règlements en vigueur, les règles de fonctionnement adoptées au cours du temps (gouverne) **et d'une structure symbolique spécifique** (représentation de la santé, de la vie, de la maladie, valeurs, normes collectives).

Elle délimite un espace social structuré dans lequel quatre grands groupes d'acteurs (professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique) **interagissent pour réaliser un ou des projets collectifs concourant à l'atteinte des finalités du système de services de santé.**

La finalité première de ce système est de réduire la durée et l'intensité des maladies en permettant à toute personne souffrante d'avoir accès librement et de façon équitable à des services de santé et des services sociaux de qualité.

On reconnaît de plus que le système doit rencontrer les attentes de la population (satisfaction de la population) **et contribuer à former des professionnels, à faire progresser les connaissances et à créer un sentiment collectif de sécurité par rapport à la maladie et aux problèmes sociaux.**

Figure 1 : Une vision globale du système de santé

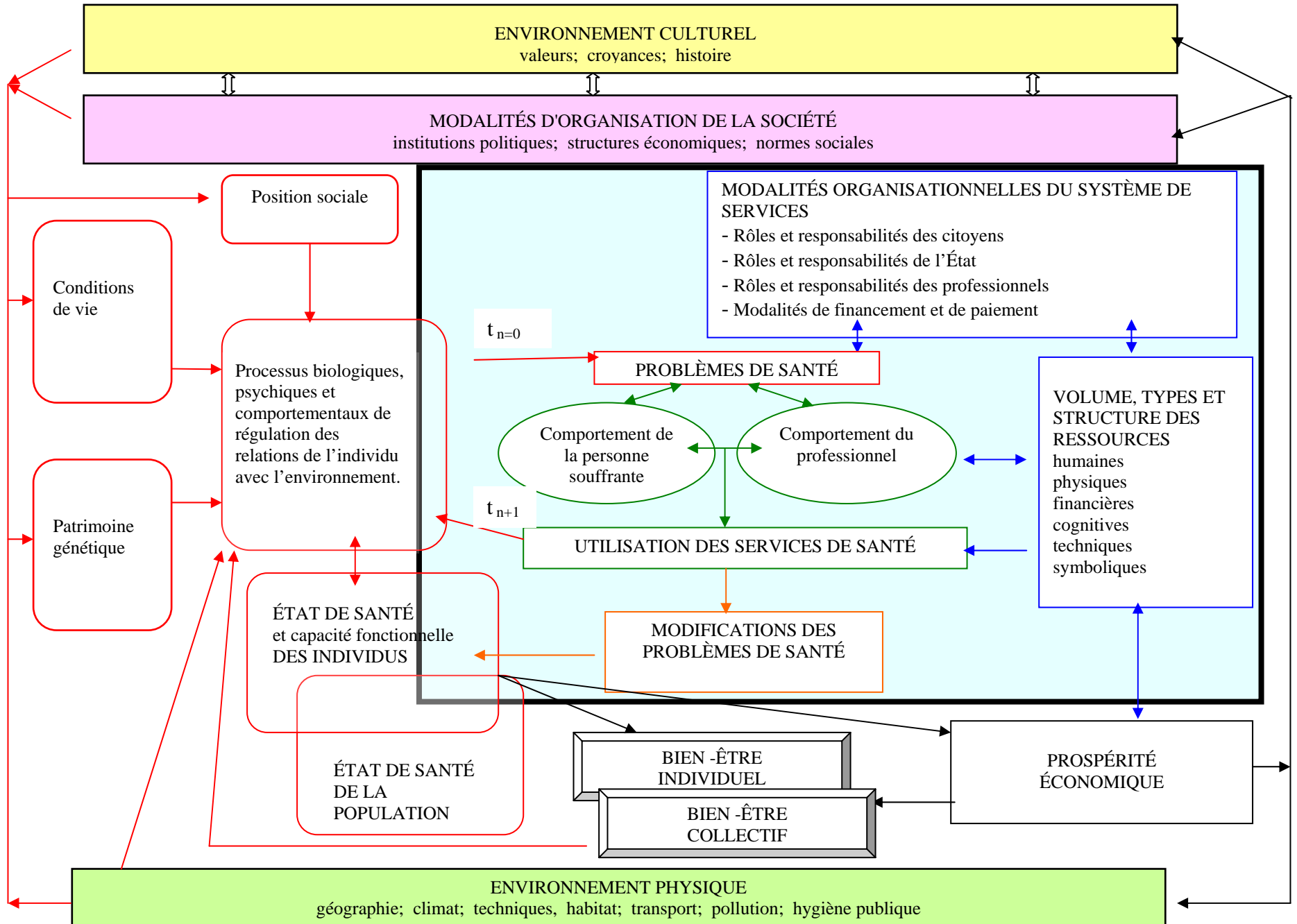
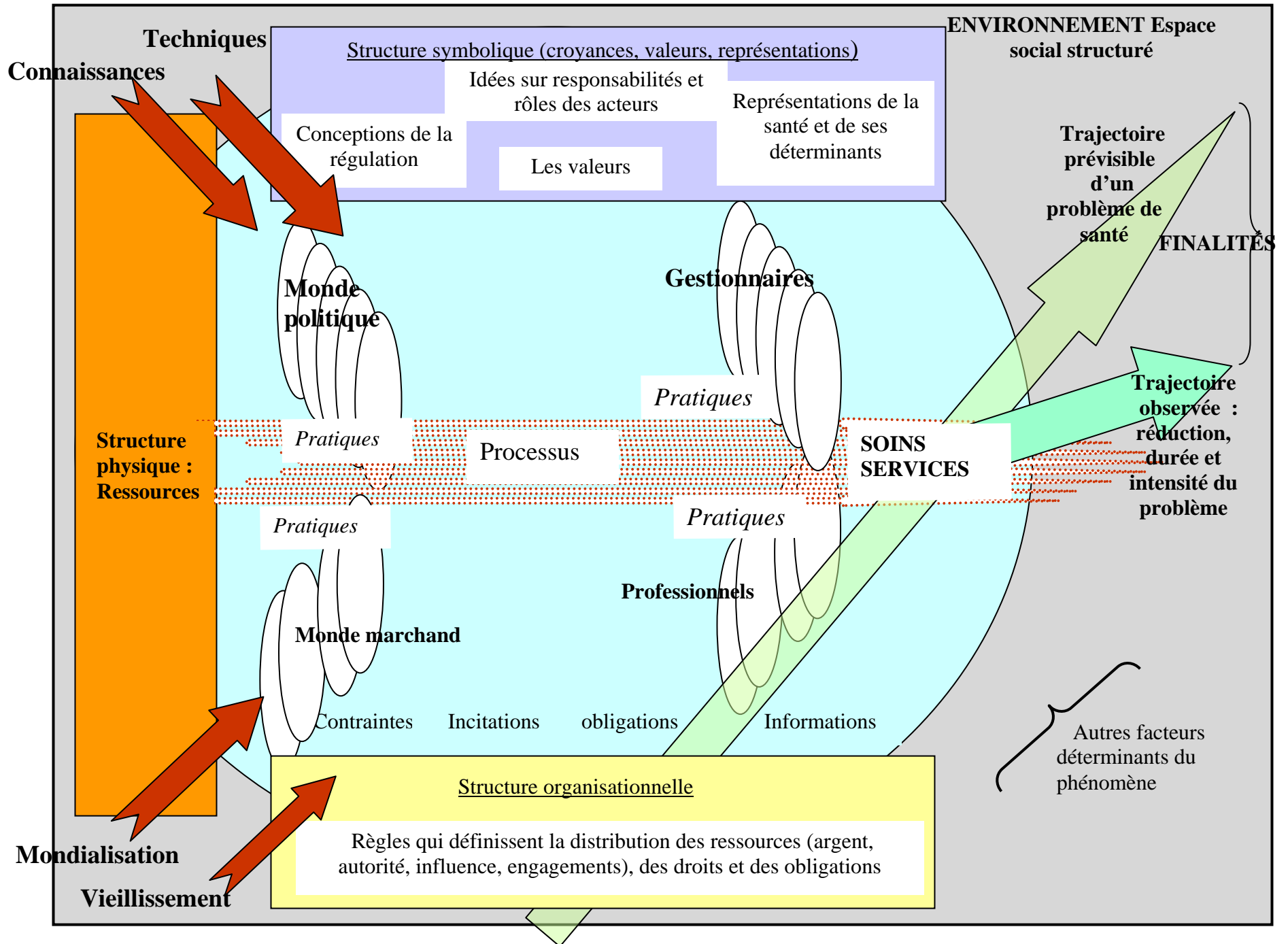


Figure 2 : Système organisé d'action



1.2 Définition de la performance des systèmes de services de santé

Concernant les systèmes de services de santé, il est souvent question tour à tour de *performance*, d'*efficience*, d'*efficacité*, de *rendement*, de *productivité*, de *qualité*, d'*accès*, ou encore d'*équité*, etc. sans que la nuance entre ces notions - pourtant différentes - soit clairement établie.

Le choix a été fait, dans ce texte, de considérer la *performance* comme un **concept générique englobant l'ensemble de ces notions**. C'est pourquoi la question de l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé est ici abordée; l'efficience, l'efficacité, la qualité et d'autres notions apparaîtront alors comme des sous-dimensions de la performance.

Aussi fort soit-il, le concept de performance est souvent difficile à circonscrire. Il est donc important de faire un tour d'horizon des différentes définitions proposées afin de savoir exactement de quoi il s'agit. Toute la difficulté est alors de trouver une définition plus globale qui synthétiserait toutes ces différentes approches. C'est là tout l'intérêt des travaux de Sicotte, Champagne, Contandriopoulos *et al.*, qui ont élaboré un modèle intégrateur de la performance organisationnelle (ce modèle est appelé « intégrateur » en ce sens qu'il intègre l'ensemble des différentes dimensions de la performance). Ce modèle qui s'inspire étroitement de la Théorie de l'action sociale de Parsons permet de situer et comparer les concepts de performance entre eux selon les dimensions de la performance.

La théorie de l'action sociale précise les quatre fonctions essentielles qu'une organisation doit constamment maintenir pour survivre :

- 1- *Une orientation vers les buts*. Cette fonction est liée à la capacité de l'organisation d'atteindre des buts fondamentaux. Pour une organisation publique de santé, il peut s'agir de l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population, de l'efficacité, de l'efficience, de l'équité et de la satisfaction des divers groupes d'intérêt.
- 2- *Une interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter*. Dans le court terme, l'établissement de services de santé doit se procurer les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités (capacité d'acquisition des ressources, orientation vers les besoins de la population, capacité d'attraction de clientèles, habileté de mobilisation communautaire). Dans le plus long terme, l'établissement de services de santé doit développer son habileté à se transformer afin de s'adapter aux changements technologiques, populationnels, politiques et sociaux (habileté à innover et à se transformer).
- 3- *Une intégration de ses processus internes pour produire*. Il s'agit du noyau technique de l'organisation. Traditionnellement, c'est à ce niveau qu'on retrouve la majorité des indicateurs qui sont généralement utilisés pour mesurer la

performance des établissements de services de santé (volume de services produits, coordination, productivité, qualité des soins).

- 4- *Un maintien de valeurs et normes qui facilitent et contraignent les trois fonctions précédentes.* Cette fonction est celle qui produit du sens, de la cohésion au sein de l'organisation.

Chaque fonction est au centre d'un modèle singulier illustrant une dimension de la performance :

- 1- Modèle de l'*atteinte des buts*;
- 2- Modèle de l'*organisation ouverte ou acquisition des ressources*;
- 3- Modèle des *relations humaines*;
- 4- Modèle des *processus organisationnels*.

Ces modèles illustrant chacun une dimension de la performance organisationnelle et les fonctions essentielles à la survie des organisations qui leur sont associées sont relativement autonomes, mais ont également des liens étroits entre eux.

C'est là toute la richesse de la théorie parsonienne, qui repose en grande partie sur les interactions et les liens réciproques devant exister entre les quatre fonctions fondamentales pour maintenir un système performant.

Dans le modèle intégrateur de Sicotte *et al.* (1999), ces interactions sont appelées « alignements » ou « équilibres ».

- 1- *Alignement stratégique* (adaptation – atteinte des buts) : « Cette dimension de la performance évalue la compatibilité de la mise en œuvre des moyens (l'adaptation) en fonction des finalités organisationnelles (les buts); [ainsi que] la pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une plus grande adaptation organisationnelle. » (p. 39-40)
- 2- *Alignement allocatif* (adaptation – production) : « Cette dimension de la performance évalue la justesse d'allocation des moyens (l'adaptation); [et] comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de la production. » (p. 40)
- 3- *Alignement tactique* (atteinte des buts – production) : « Cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels à gouverner le système de production; [et] comment les impératifs et les résultats de la production viennent modifier le choix des buts de l'organisation. On s'interroge alors sur la pertinence des buts. » (p. 40)
- 4- *Alignement opérationnel* (maintien des valeurs – production) : Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement (ou négativement) le système

de production, [ainsi que] l'impact des impératifs et des résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnels. » (p. 40)

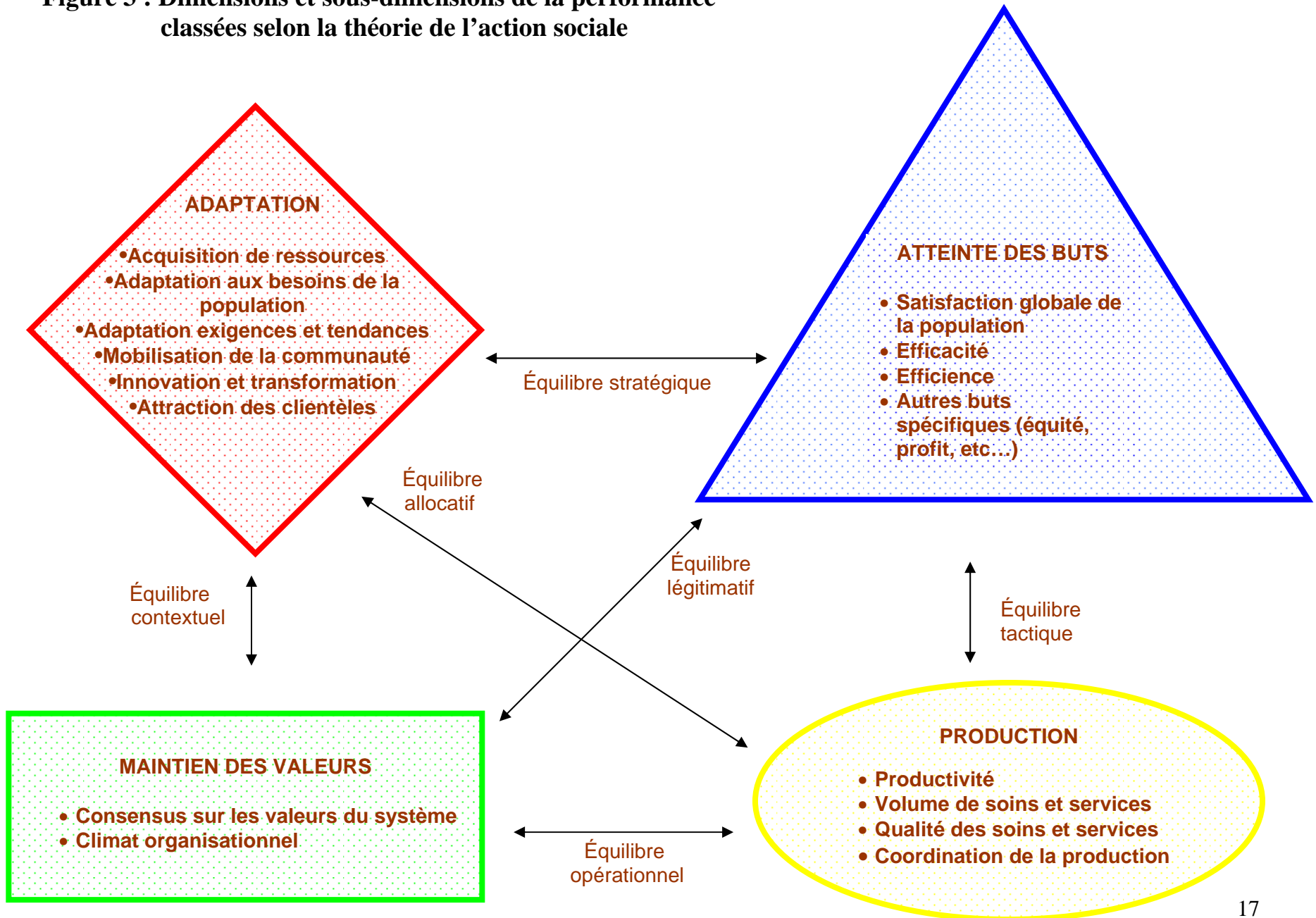
- 5- *Alignement légitimatif* (maintien des valeurs – atteinte des buts) : Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels; [et] comment le choix et la poursuite des buts de l'organisation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel. » (p. 41)
- 6- *Alignement contextuel* (maintien des valeurs – adaptation) : Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement le système d'adaptation; [et] comment les impératifs et les résultats de l'adaptation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel. » (p. 41)

Ce modèle est illustré à la **figure 3** (voir page suivante).

Ainsi, dans la perspective de ce modèle intégrateur, la performance organisationnelle est définie comme un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'organisation. On peut inférer ces qualités de la manière dont une organisation accomplit ses fonctions (perspective normative) et de la nature de l'équilibre entre les fonctions de l'organisation (perspective configurationnelle) (Sicotte *et al.*, 1999).

C'est à travers cette définition et ce modèle intégrateur que sera désormais abordée la performance des systèmes de services de santé, considérant qu'il s'agit là de l'approche la plus globale et la plus complète possible.

Figure 3 : Dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon la théorie de l'action sociale



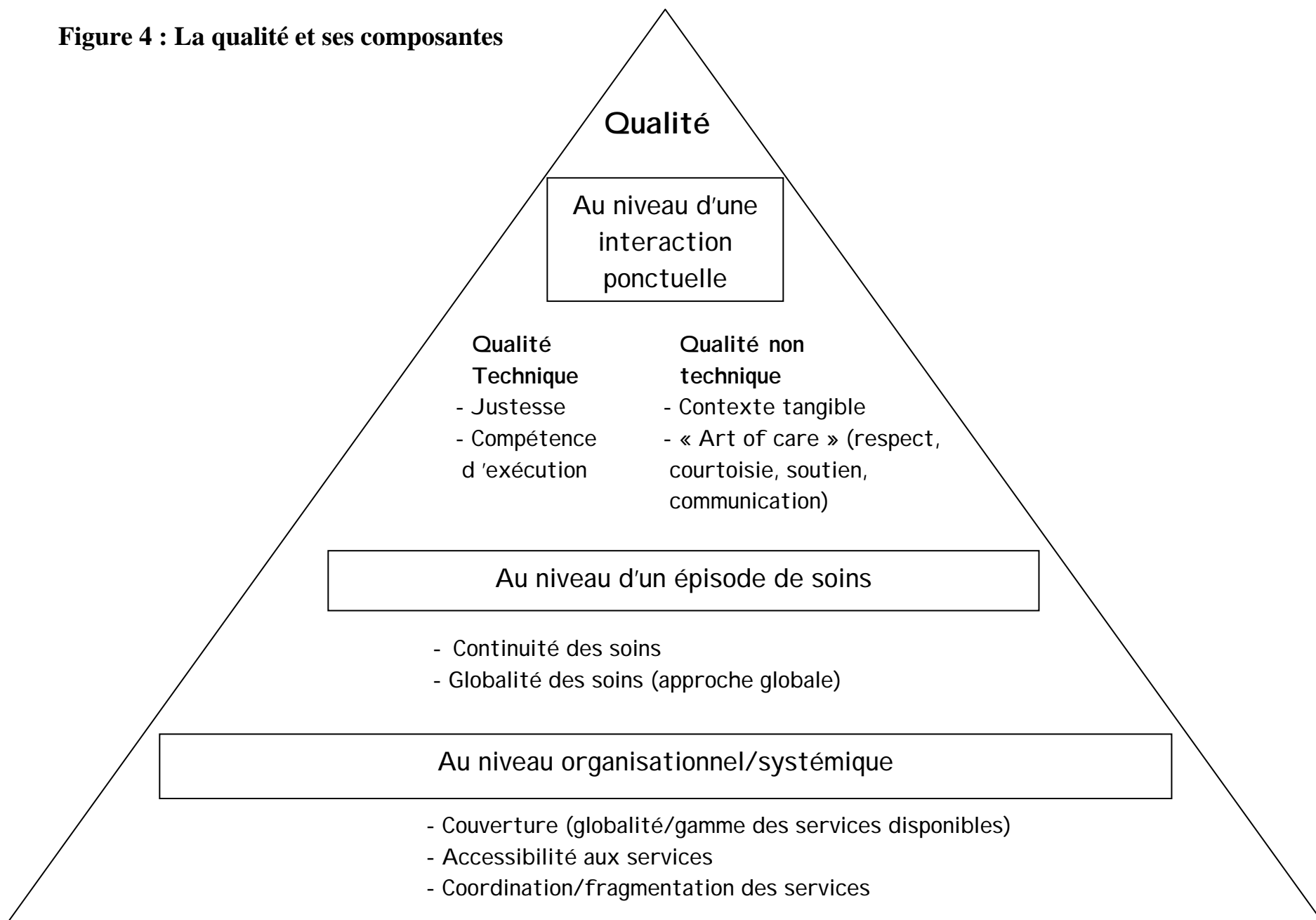
Dans ce modèle intégrateur, les dimensions de la performance ont des définitions bien précises qu'il est bon de rappeler. **C'est en fonction des ces définitions que les dimensions des différents cadres d'évaluation seront classées** (et non en fonction des définitions données par les différents organismes dans leurs cadres d'évaluation respectifs).

Définitions des dimensions de la performance dans le modèle intégrateur

Fonction dans le modèle intégrateur	Dimension de la performance	Définition
Atteinte des buts	Satisfaction globale de la population	Niveau d'appréciation de la population à l'égard du système.
	Efficacité	Résultats de santé attribuables aux services du système.
	Efficiéce	Résultats de santé en fonction des sommes investies.
	Équité	Responsabilité collective de solidarité pour répartir de façon juste (en fonction des besoins) les services de santé/la santé entre les individus, des groupes, des régions, etc.
Production	Productivité	Optimisation de la production en fonction des ressources
	Qualité <i>Voir la figure 4</i>	Ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible tel que défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc définie par la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles, de consommation et sociales sur plusieurs dimensions du processus.
	Volume de soins et services	
	Coordination de la production	Ensemble des arrangements formels qui permettent un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée.

Fonction dans le modèle intégrateur	Dimension de la performance	Définition
Adaptation	Acquisition de ressources	
	Adaptation aux besoins de la population	Jusqu'à quel point les ressources et la structuration du système s'ajustent aux besoins de la population ?
	Adaptation aux exigences et tendances	Adaptation à l'environnement, aux forces externes affectant le système (nouvelles technologies, mondialisation, vieillissement...).
	Mobilisation de la communauté	Étendue et intensité du capital social du système, du support et de l'appui dont il bénéficie.
	Innovation et transformation	Capacité du système à innover et à se transformer.
	Attraction des clientèles	Capacité à maintenir une présence de marché en attirant la clientèle (situation concurrentielle favorable).
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs du système - respect de la dignité - sécurité - service public - santé	Consensus sur les manières d'être et d'agir reconnues comme idéales. Système commun de références permettant aux acteurs de coopérer pour réaliser de façon efficiente le projet collectif dans lequel ils sont impliqués.
	Climat organisationnel	[traduction] « Une vaste catégorie de variables, organisationnelles plutôt que psychologiques, qui décrivent le contexte organisationnel dans lequel se déroulent les actions des individus. Ces variables organisationnelles comprennent les pratiques interpersonnelles (le climat social) et les significations établies avec intersubjectivité qui découlent de processus organisationnels logiques. » (Glick 1988 : 133)

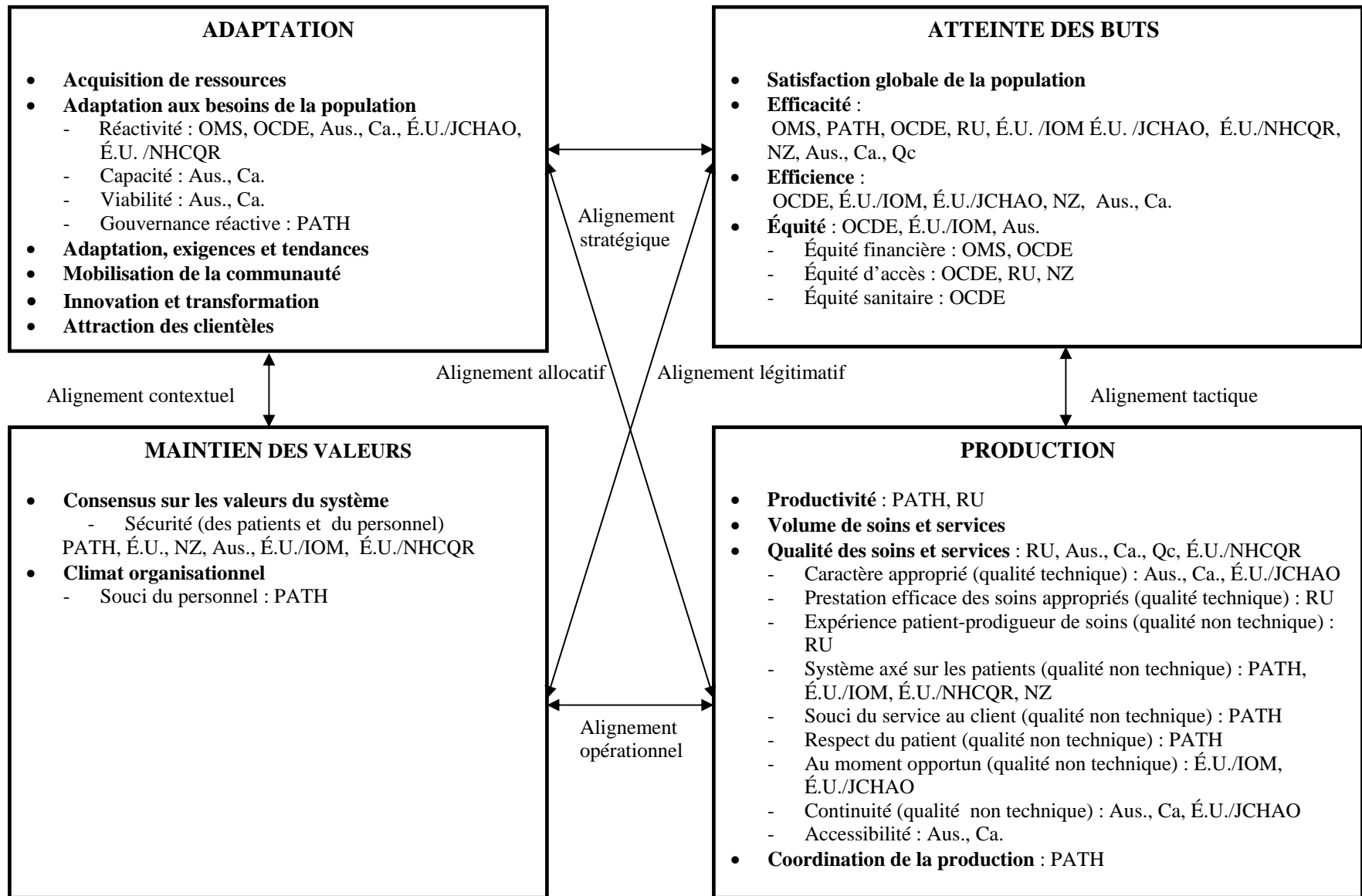
Figure 4 : La qualité et ses composantes



2. LES PRINCIPAUX CADRES D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SERVICES DE SANTÉ

Le rapport de recherche original présente dans le détail les différents cadres d'évaluation de la performance qui existent, les dimensions de la performance qu'ils privilégient et leur place dans le modèle intégrateur, le tout résumé dans le schéma qui suit.

Figure 5 : Les dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon le modèle intégrateur



3. L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SERVICES DE SANTÉ : CADRE OPÉRATIONNEL

Après avoir jeté les bases théoriques de la performance des systèmes de services de santé ainsi que du modèle d'analyse qui semble le plus pertinent, il faut désormais aborder l'aspect opérationnel, pratique, de l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.

À chaque fonction du modèle intégrateur, et pour chacune de ses dimensions et sous-dimensions, doit correspondre un **indicateur** permettant à terme de mesurer, d'évaluer la performance du système de services de santé.

Un indicateur est ici défini comme [Traduction] « un élément mesurable qui fournit des renseignements au sujet de phénomènes complexes, qui ne sont pas faciles à saisir. Cette définition met en lumière les caractéristiques essentielles de tout indicateur : refléter sans le moindre doute ce qu'il tente de mesurer » (OMS, 2004 : 5).

Afin de pouvoir déterminer quels sont les indicateurs les plus appropriés pour mesurer la performance du système de services de santé québécois, voici une revue des indicateurs utilisés dans les cadres d'évaluation de la performance étudiés précédemment, puis un examen des critères de sélection de ces indicateurs.

3.1 Les critères de sélection des indicateurs

Les principaux critères de sélection d'un indicateur sont la disponibilité, la fiabilité et la validité.

La disponibilité des indicateurs

En ce qui concerne la disponibilité des indicateurs et l'accès aux données, la question qui se pose dans le choix des indicateurs est de savoir si l'on utilise des données disponibles, c'est-à-dire déjà existantes, ou si l'on choisit de collecter des données nouvelles et originales, et souvent plus intéressantes mais à un coût et un effort plus élevés. La disponibilité, ou l'existence de données, est donc le premier critère de choix.

La fiabilité des indicateurs

La fiabilité d'un indicateur est sa capacité à mesurer fidèlement un phénomène, c'est-à-dire sans trop de variation aléatoire.

Par définition, l'appréciation de la fiabilité repose sur la répétition de l'opération de mesure et sur la comparaison des résultats obtenus. En faisant l'hypothèse que l'objet d'observation est très stable, les différentes mesures que l'on peut en faire devraient être

similaires d'une observation à l'autre si la mesure est fiable. Un indicateur est d'autant plus fiable que les erreurs aléatoires et transitoires sont faibles par rapport à la variance des phénomènes mesurés. Il faut remarquer qu'un indicateur qui est faussé de façon systématique (biaisé) peut quand même être parfaitement fiable (mais manquer de validité). Par contre, la fiabilité est une condition nécessaire (mais non suffisante) de validité. Pour être valide, un instrument doit être fiable.

Certains auteurs ont proposé des normes d'acceptation des valeurs de fiabilité. Ici, on considère plutôt que l'acceptabilité d'une valeur de fiabilité dépend de ce qu'on veut faire de l'indicateur. L'absence de fiabilité peut avoir des conséquences très graves pour la validité des conclusions statistiques de l'étude (Contandriopoulos *et al.*, 1990). Et comme le dit l'OMS :

[traduction] « Un instrument qui ne répond pas à ce critère devrait être exclu. La fiabilité suppose que l'indicateur possède des spécifications explicites et détaillées en ce qui a trait au numérateur et aux dénominateurs, et que les énoncés des exigences touchant la collecte de données sont compréhensibles et que celles-ci peuvent être mises en œuvre. La fiabilité est également améliorée lorsque la mesure repose le moins possible sur un jugement subjectif. » (2004, Frequently asked questions: 8)

La validité des indicateurs

Le développement théorique qui sous-tend le concept de validité n'a pas atteint un degré de cristallisation semblable à celui du concept de fiabilité. La notion de validité demeure plus abstraite que celle de fiabilité et elle dépend en grande partie du contexte d'utilisation de l'indicateur. Elle est aussi dépendante du contexte (social, culturel, linguistique) d'utilisation des indicateurs.

La validité se définit globalement comme la capacité d'un indicateur à mesurer le phénomène étudié, c'est-à-dire l'adéquation qui existe entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer. Cette adéquation ne peut être mesurée directement à l'aide d'une formule mathématique donnant un coefficient unique et général d'appréciation de la validité. Par conséquent, l'évaluation de la validité d'un indicateur est plus complexe que l'évaluation de sa fiabilité.

Il existe cinq types de validité : la validité **apparente** (*face validity*), la validité de **contenu** (*content validity*), la validité **pratique** ou de **critère** (*criterion validity*), la validité de **construit** (*construct validity*) et la validité **d'attribution causale** (*causal validity*)

La validité apparente

L'indicateur semble-t-il mesurer ce qu'il est censé mesurer ? Le jugement très subjectif, très variable selon celui qui le formule, est néanmoins assez important puisqu'il peut déterminer l'acceptabilité de l'indicateur et donc potentiellement l'usage qui peut en être fait. Si l'indicateur a une faible validité apparente, on risque de se confronter à de fortes résistances à son utilisation. Selon le but poursuivi, cela peut s'avérer fort problématique.

La validité de contenu

[Traduction] « La mesure couvre-t-elle l'ensemble du domaine de performance qu'elle est censée mesurer ou uniquement l'un de ses aspects très particuliers ? » (OMS, 2004, glossaire : 6)

La validité de contenu consiste à juger dans quelle mesure les éléments sélectionnés pour mesurer un construit théorique représentent bien toutes les facettes importantes du concept à mesurer.

La validité pratique (de critère)

La validité pratique renvoie à la capacité de l'indicateur à mesurer quelque chose qui est corrélé avec un critère d'intérêt, souvent un comportement. Lorsque ce critère se situe dans l'avenir, on parle de validité prédictive et lorsqu'il est contemporain, on parle de validité concourante ou concomitante.

La validité de construit

Alors que la validité pratique met en relation la mesure obtenue par un critère empirique de résultat, la validité de construit porte sur la relation entre les concepts théoriques et leur opérationnalisation. Elle concerne donc la relation épistémique qui devrait exister entre un concept et sa mesure.

La validité d'attribution causale

Un dernier aspect très intéressant et incontournable de la validité des indicateurs est la *causal validity*, que l'on pourrait traduire par « validité d'attribution causale », à savoir le lien de cause à effet qui existe entre des processus (*process*) et les résultats qui en découlent (*outcome*).

Le concept de *causal validity* est expliqué en ces mots par Donabedian (1980 : 102-103) :

[Traduction] « Peut-être l'enjeu le plus important à la rubrique de la validité est-il la base servant à affirmer que certains processus entraînent certains résultats, ou que tout résultat donné est la conséquence d'un processus antérieur spécifié ?

Ceux qui endossent l'utilisation des résultats pour évaluer la qualité des soins ont fait valoir, à juste titre, que la plupart de ce qui est désormais considéré comme une bonne pratique n'est pas fondé sur des connaissances scientifiques solides. Cela veut dire que le lien de cause à effet entre les processus et les résultats n'a pas été solidement établi. Ils concluent donc que, puisque ce que nous pouvons appeler la validité causale des mesures des processus est souvent douteuse, ils n'ont d'autre choix que d'utiliser les résultats pour mesurer la qualité.

Ce dont ils ne se rendent pas compte est que la validité causale ne réside ni dans le processus ni dans le résultat, mais dans le rapport qui existe entre les deux.

Dans la mesure où il existe des doutes au sujet du lien de cause à effet entre les éléments donnés d'un processus et les résultats donnés, l'utilisation de ces éléments à titre d'indicateurs de qualité est de valeur douteuse.

Mais, pour les mêmes motifs, la valeur de l'utilisation des résultats comme indicateurs de la qualité est compromise au même degré.

Lorsque la relation de cause à effet est établie entre le processus et le résultat, on peut utiliser l'un ou l'autre pour tirer des conclusions valides au sujet de la qualité. Lorsque la relation de cause à effet n'est pas établie, on ne peut utiliser ni l'un ni l'autre.

La présence d'un lien valide de cause à effet entre les processus spécifiés et les résultats signifie uniquement qu'il est possible d'obtenir certains résultats dans des conditions spécifiques. Cela ne veut pas dire que les résultats observés dans une quelconque situation donnée découlent réellement des processus antérieurs.

Lorsqu'on utilise les résultats pour tirer des conclusions au sujet de la qualité des soins, il est nécessaire d'établir d'abord si l'on peut, dans les faits, attribuer les résultats à ces soins. Nous pouvons parler alors de problème d'attribution, dont on pourrait dire de la solution satisfaisante à ce problème qu'elle confirme la validité d'attribution. Il faut noter que ce type de validité dépend de la mise en place préalable d'un lien de cause à effet entre processus et résultat reposant sur des preuves scientifiques.

La validité causale fait référence à la capacité d'obtenir des résultats spécifiés à partir de processus spécifiés, dans des conditions spécifiques.

La validité d'attribution causale fait référence à l'inférence voulant que dans toute situation particulière, cette capacité explique les observations réelles. »

En fait, lorsqu'on évalue la validité d'attribution causale d'un indicateur, il s'agit de vérifier le lien qui existe entre un indicateur donné et, dans le cas présent, la performance du système de services de santé.

Si l'on prend l'exemple de l'indicateur de l'espérance de vie, il s'agirait alors de se poser la question à savoir si l'amélioration de l'espérance de vie peut vraiment être attribuée à une meilleure performance du système de services de santé ou non.

Cette démarche est clairement celle qui est prioritaire dans la sélection des indicateurs les plus pertinents d'évaluation de la performance. C'est aussi clairement la plus difficile.

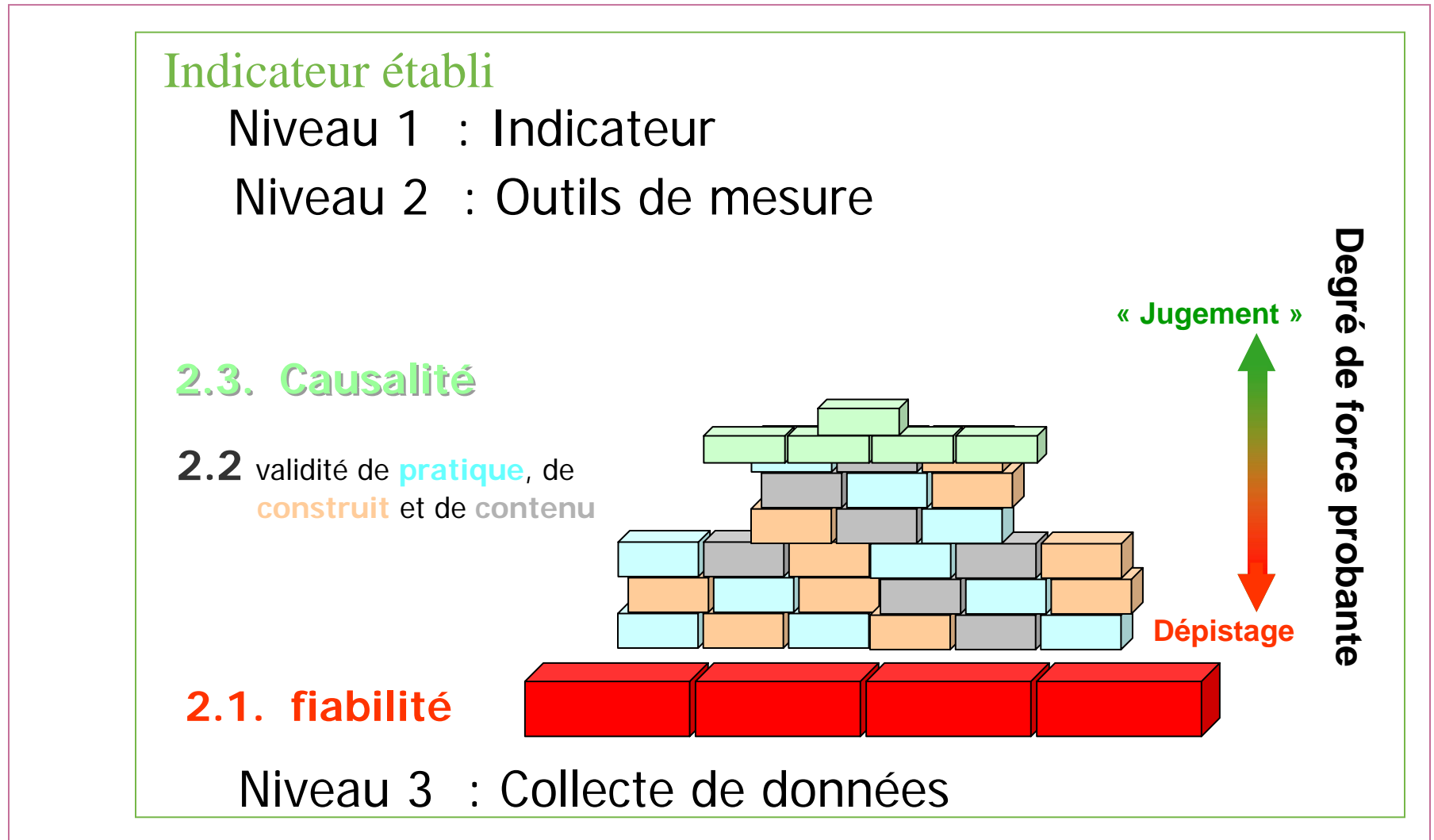
En conclusion, « la validité est une caractéristique très subtile des indicateurs. Les évidences de validité s'accumulent au fil des recherches dans lesquelles on a utilisé le même indicateur et ce n'est qu'au terme d'une longue période que les publications commencent à faire état de cette validité. » (Contandriopoulos *et al.*, 1990 : 81)

Et, pour le dire avec les mots de l'OMS :

[traduction] « l'évaluation de la fiabilité, de la validité et de la causalité est toujours une démarche en constante évolution, jusqu'à une nouvelle évidence sur le sujet. Les critères sont vérifiés à différents niveaux en fonction du poids des preuves. Ces trois attributs sont des pièces d'un ensemble qui s'associent les unes aux autres pour établir un certain niveau de conclusions. » (2004, Frequently asked questions : 5).

La **Figure 6**, présentée à la page suivante, synthétise tout à fait cette démarche de sélection des indicateurs en fonction de certains critères.

Figure 6 : Cadre d'évaluation et de sélection des indicateurs



3.2 La stratégie d'identification des indicateurs de performance

En fait, pour résumer, il y a trois aspects à prendre en compte dans la stratégie d'identification des indicateurs (voir **figure 7** à la page suivante) :

1. **la disponibilité et l'accès aux données;**
2. **la qualité des mesures;**
3. **la qualité de l'inférence.**

La disponibilité et l'accès aux données correspond au choix à faire entre utiliser des données déjà existantes et disponibles ou utiliser des données plus originales et a priori plus intéressantes, mais qui supposent donc de considérer un fardeau de collecte de données.

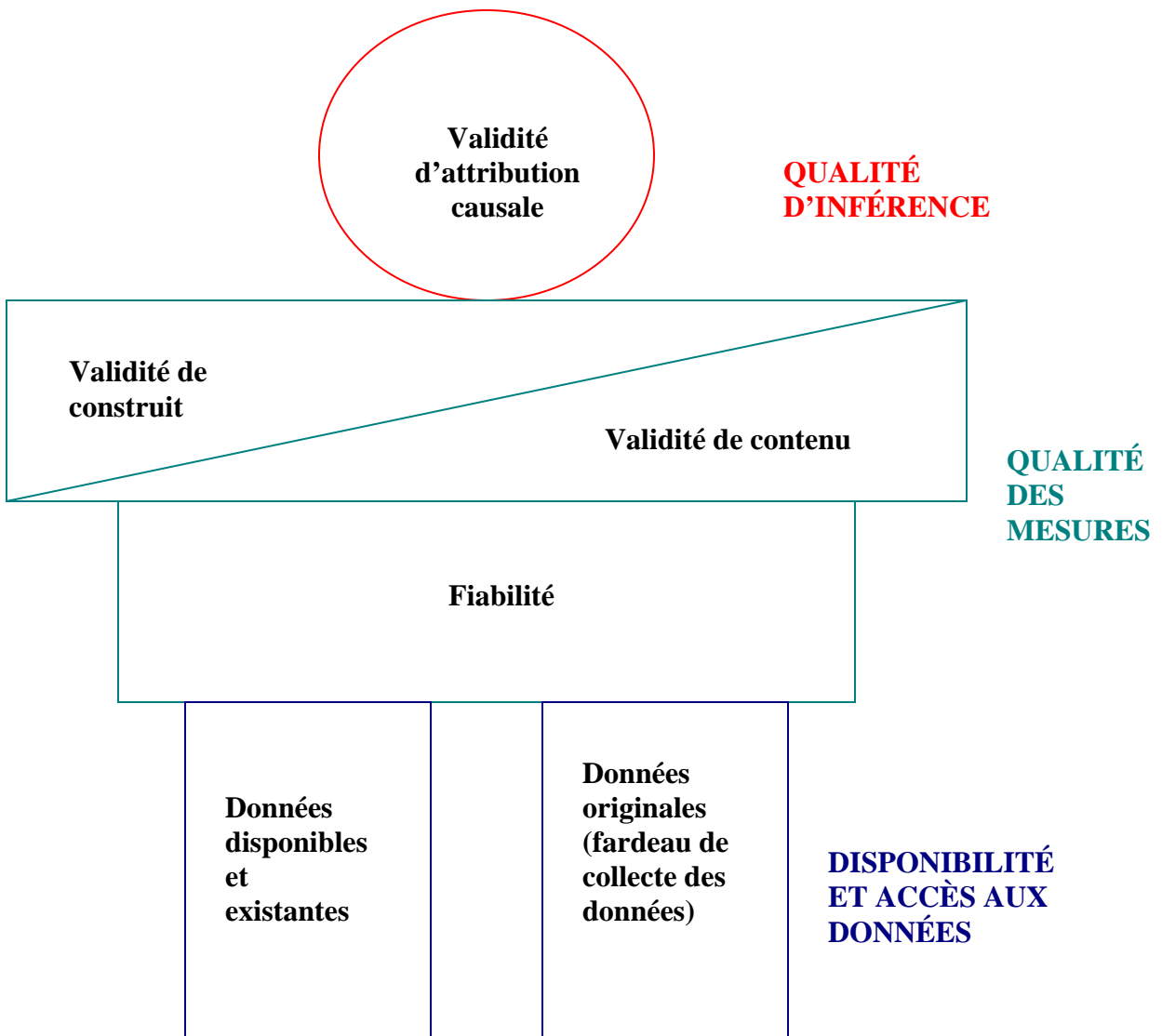
Ce choix est très structurant du reste dans la mesure où les indicateurs et, à terme, les résultats de performance, ne seront pas les mêmes selon qu'on choisit des données existantes ou originales. En fait, il ne s'agit pas de décider d'utiliser uniquement des données secondaires ou uniquement des données originales, mais plutôt d'élaborer un judicieux mélange des deux. Comme l'indique la figure 7, il s'agit là de deux piliers que comprend tout système de mesure. L'absence d'un de ces piliers risque de rendre le système boiteux.

Ensuite intervient la qualité des mesures, qui correspond à la fiabilité ainsi qu'à la validité de construit et la validité de contenu. Il s'agit là d'un aspect plus technique dans la sélection des indicateurs, mais non moins incontournable, comme présenté un peu plus haut : c'est véritablement le corps de la sélection des indicateurs.

Enfin, la qualité de l'inférence correspond à la validité d'attribution causale qui, comme on l'a vu plus haut est un aspect indispensable dans la sélection des indicateurs. C'est pourquoi celle-ci figure en tête du schéma qui suit.

Il faut remarquer l'interdépendance qui existe entre ces différents critères de sélection des indicateurs. En effet, la qualité de l'inférence dépend de la qualité des mesures, qui elle-même dépend de la qualité des données et des choix effectués.

Figure 7 : Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (EGIPSS) : stratégie de sélection des indicateurs



4. PROPOSITIONS POUR ALLER DE L'AVANT DANS L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SERVICES DE SANTÉ

Après avoir défini les notions de système de services de santé et de performance, après avoir passé en revue les différents cadres d'évaluation existants, après avoir mené une réflexion sur les critères de sélection des indicateurs, il est désormais temps de faire des suggestions afin de pouvoir mettre en place un cadre d'évaluation de la performance et des indicateurs les plus pertinents possibles pour le Québec.

Pour cela, les étapes à suivre dans une telle démarche seront d'abord énumérées, puis le lecteur sera mis en garde des dangers potentiels qui existent et enfin, un programme de travail pour développer concrètement un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé au Québec sera proposé.

4.1 Les étapes à suivre dans la mise en place d'un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé

Il existe cinq étapes incontournables dans l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.

1. Le choix du modèle de performance;
2. Le choix des indicateurs utilisés;
3. L'opérationnalisation des indicateurs;
4. La présentation des résultats, l'analyse et l'interprétation;
5. La discussion.

Il est important de rappeler qu'un modèle intégrateur a précédemment été favorisé parmi l'ensemble. Ceci étant fait, les points suivants seront donc consacrés à décrire les quatre autres étapes.

Le choix des indicateurs utilisés

Ce choix correspond à celui évoqué plus haut entre utiliser des données disponibles et existantes ou utiliser des données plus originales, ce qui suppose cependant un fardeau de collecte de données.

Ce choix est capital dans la mesure où c'est lui qui structure l'ensemble de l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.

En fait, ce choix est politique puisqu'une question sous-jacente se pose alors relativement à l'allocation des ressources : combien d'argent et d'énergie veut-on investir dans la collecte des données ? On comprend alors qu'il s'agit d'une décision gouvernementale, et de gestion, qui ne peut pas être prise ici.

Ensuite intervient le choix des indicateurs selon des critères de fiabilité et de validité. Le choix des données aura un impact important sur la stabilité d'évaluation de la performance.

L'opérationnalisation des indicateurs

Après le choix des données utilisées et le choix des indicateurs, l'opérationnalisation apparaît comme un aspect plus technique de l'évaluation de la performance, mais que l'on ne doit pas sous-estimer.

En fait, il faut savoir exactement de quelle façon on peut opérationnaliser chaque indicateur, c'est-à-dire qu'il faut savoir exactement quelles sont les données requises (dénominateur, numérateur, période étudiée, etc.). Il s'agit là de l'élaboration du modèle opérationnel de la performance des systèmes de services de santé.

La présentation des résultats, leur analyse et leur interprétation

Vient ensuite la présentation des résultats, leur analyse et leur interprétation. Il s'agit là d'une phase cruciale puisque c'est à ce moment que sont transmises et diffusées les informations récoltées au sujet de la performance du système de services de santé.

Il importe de souligner trois choses importantes : d'une part, chaque indicateur signifie toujours plusieurs choses et est associé à différentes dimensions de la performance (un indicateur ne peut être parfait!); d'autre part, les indicateurs sont interdépendants; enfin, les indicateurs sont associés à des facteurs contextuels.

Ces trois éléments doivent être pris en compte dans l'analyse et l'interprétation des résultats. En fait, on doit faire ressortir l'interrelation qui existe entre les indicateurs, tant au niveau de la présentation que de l'analyse. Si un indicateur ne doit pas être analysé de façon isolée, il ne doit pas non plus être présenté de façon isolée (la compréhension de l'information dépend de la façon dont elle est diffusée) : les indicateurs doivent avoir un lien entre eux et avec le construit théorique auquel ils sont rattachés.

La discussion

Dans leur article, Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, *et al.* (1998) soulignent l'importance d'adopter une approche selon différents groupes d'intérêt et groupes d'acteurs (*multiple stakeholder approach*) dans l'évaluation de la performance.

Comme on l'a vu, la théorie de l'action sociale de Parsons permet d'appréhender la performance dans son ensemble, avec toutes les dimensions qui la composent. Or dans un certain contexte, à un moment donné, différents acteurs vont mettre en avant différentes dimensions. À partir de là, comment arbitrer entre ces différents groupes d'intérêt et leurs conceptions différentes de la performance ?

En fait, il semble impératif selon Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, *et al.* (1998) de délibérer, de susciter des discussions, des débats publics sur le sujet dans lesquels chacun évoquerait son point de vue de façon démocratique. Ces débats doivent être transparents et à la portée du public, l'idée étant de minimiser les intérêts particuliers de chacun au profit de l'intérêt collectif.

C'est ici qu'intervient la notion de participation citoyenne dans l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé. C'est ce processus de discussion et de délibération permettant d'arbitrer entre les différents groupes d'intérêt qui donne un sens à l'ensemble de la démarche d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.

4.2 Mises en garde : les dangers potentiels de l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé

Après avoir informé le lecteur sur les différentes étapes à suivre dans une démarche d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé, il faut désormais le mettre en garde sur les dangers potentiels d'une telle démarche.

Il existe deux types de dangers : d'une part les dangers que l'on pourrait qualifier de techniques, et d'autre part les dangers que l'on pourrait qualifier de politiques.

Les dangers potentiels d'ordre technique

D'un point de vue strictement opérationnel, l'utilisation d'indicateurs et de données de performance engendre des effets pervers, des biais, qu'il est important d'avoir à l'esprit.

Dans son article, Smith (1995) identifie huit types d'effets pervers. Une abondante documentation existe sur le sujet, et la revue exhaustive de cette documentation n'a pas sa place ici, c'est pourquoi cette partie se limite à énumérer ces effets pervers et à rapidement les définir. Ces huit types d'effets pervers, ce sont :

- *Tunnel vision* (rétrécissement du champ visuel);
- *Suboptimization* (sous-optimisation);
- *Myopia* (myopie);
- *Measure fixation* (déplacement des buts, focalisation sur les mesures);
- *Misrepresentation* (déformation);

- *Misinterpretation* (interprétation erronée, contresens);
- *Gaming* (jeu);
- *Ossification* (paralysie).

Ces effets pervers sont inhérents à l'utilisation publique (non uniquement à des fins internes d'amélioration) de données et d'indicateurs de performance.

Un autre danger technique potentiel est lié à l'utilisation des **indicateurs composites** (comme le fait par exemple l'OMS). En effet, les indicateurs composites, qui résultent de la fusion de plusieurs indicateurs, sont de plus en plus utilisés et sont appréciés en raison de leur capacité à intégrer de grandes quantités d'informations sous une forme aisément compréhensible, ce qui fait d'eux des outils de communication et des instruments d'action précieux.

L'élaboration des indicateurs composites soulève néanmoins de nombreuses difficultés méthodologiques; ils peuvent de ce fait être sources d'erreurs et sont par ailleurs aisément manipulés. Il est donc important de faire une mise en garde en ce qui concerne ce type d'indicateurs et d'appeler à la plus grande vigilance dans leur élaboration et dans leur utilisation.

Les dangers potentiels d'ordre politique

Mettre en place un tel système d'évaluation du système de services de santé, avec tous les choix que cela implique, c'est intervenir dans le système, envoyer des messages forts sur ce que l'on valorise et sur ce que l'on veut valoriser, bref prendre position. Il faut donc être conscient de toutes les répercussions que les choix effectués par les décideurs dans ce domaine pourront avoir.

Ces mises en gardes étant faites, voici quelques recommandations relatives aux démarches pouvant être entreprises afin d'élaborer un cadre d'évaluation de la performance du système québécois de services de santé.

4.3 Programme de travail pour le développement d'un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé au Québec

On considère que six étapes sont nécessaires dans le développement d'un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé pour le Québec. Le temps nécessaire est estimé pour la réalisation de chaque étape et l'on pourra retrouver cette estimation à l'échéancier de la **figure 8** (voir à la fin de la présente section).

1 – Prise de position du Commissaire et recrutement du personnel

- **3 mois**

- Le Commissaire réaffirme sa volonté d'aller de l'avant dans la perspective d'imputabilité en **adoptant le cadre conceptuel du modèle intégrateur et du modèle EGIPSS** développés dans le rapport de recherche.
- Le Commissaire réfléchit à l'envergure du projet et aux moyens à mettre en place : le projet doit avoir son propre personnel et ses propres ressources. Il faut donc **recruter un directeur de projet et deux professionnels ainsi qu'un support technique et administratif, pour une durée totale de 18 mois à temps plein**. Leur fonction sera de suivre l'ensemble du processus tout au long du projet.

2 – Choix des indicateurs

- **3 mois**

- Constitution d'**un groupe de 8 à 10 experts** (scientifiques, santé publique et autres), qui doivent être québécois, canadiens et internationaux pour une meilleure crédibilité, et qui doivent se tenir informés du travail du Commissaire.
- En se basant à la fois sur leur expertise, sur la littérature et l'évidence qui existent sur ce sujet, et sur la liste d'indicateurs dans le rapport de recherche (tableaux 7 à 10), les experts doivent **choisir des indicateurs de performance en fonction des dimensions du modèle EGIPSS, tout en tenant compte des dangers potentiels** que cela implique (voir sections 5.2 du rapport de recherche). Pour cela, il est souhaitable que le groupe d'experts se réunisse une fois par mois, soit trois rencontres en trois mois.
- De ce travail des experts doit découler une **liste d'indicateurs**. En fait, il pourrait y avoir deux ou trois listes d'indicateurs : une liste essentielle, minimale comprenant les indicateurs les plus basiques et les plus indispensables; une liste intermédiaire, souhaitable; et une liste optimale. Le choix de l'une de ces listes dépendra essentiellement du budget alloué au projet, reflétant ainsi les efforts et les coûts investis dans le projet. La liste d'indicateurs retenue doit être suffisamment souple pour pouvoir s'adapter aux différentes régions afin de refléter les priorités locales, les choix régionaux.

3 - Opérationnalisation

- **6 mois**

- Le directeur de projet doit nommer un **groupe de travail** composé de spécialistes du système d'information du réseau (RAMQ, etc.), qui va travailler en interface avec le groupe d'experts de la phase 2.

- Ce groupe de travail devra **opérationnaliser les indicateurs** choisis par le groupe d'experts de la phase 2, c'est-à-dire transposer concrètement ces indicateurs au contexte québécois.
- Il est recommandé que ce groupe de travail soit divisé en quatre sous-groupes, chacun travaillant sur un type de données spécifiques (approche transversale) :
 - § Groupe de travail travaillant sur les données financières;
 - § Groupe de travail travaillant sur les données cliniques;
 - § Groupe de travail travaillant sur les données organisationnelles;
 - § Groupe de travail travaillant sur les données populationnelles, de satisfaction.
- De ce travail doit découler des chiffres, des **résultats sur les indicateurs de performance**.

4 – Développement d'une stratégie d'analyse et d'interprétation

- **6 mois** (peut commencer 2 mois avant la fin de la phase 3)
 - Le directeur de projet doit **nommer un petit groupe de consultants**.
 - **Phase technique et scientifique** durant laquelle ce groupe de consultants doit se doter d'une **grille d'interprétation** des indicateurs et des résultats de performance afin de les **analyser**. Cela doit refléter la logique de l'argumentation et les interrelations existant entre les différentes dimensions et les différents indicateurs de performance (cf alignements stratégiques, etc.).

5 – Design de la plate-forme de présentation

- **6 mois** (peut commencer 4 mois avant la fin de la phase 4)
 - Le Directeur de projet doit **désigner des spécialistes** en informatique, conception graphique, communication, etc. Ces spécialistes **devront proposer et mettre en place le design de la présentation des résultats de performance et de leur analyse**.
 - Il semble important d'employer différents types de supports afin de rendre compte de la complexité du problème, l'idéal étant de proposer différentes plates-formes de présentation, allant du simple rapport en noir et blanc jusqu'au site Internet, en passant par le disque compact. Une fois encore, le choix de l'un de ces supports dépend du budget alloué au projet. Ce travail se fait en parallèle avec celui de la phase 4.

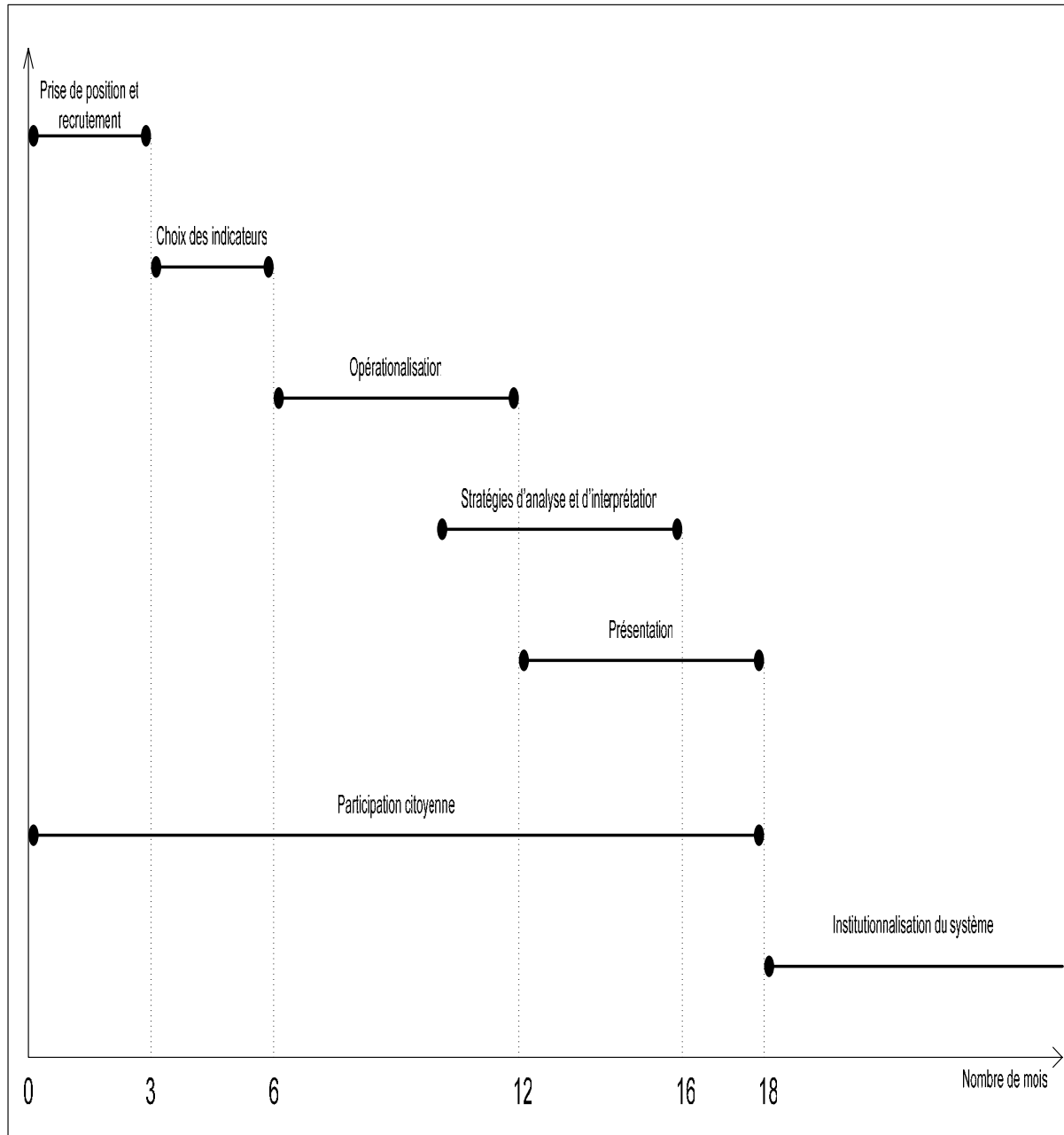
6 – Participation citoyenne

- **18 mois** (commence dès le début du projet)
 - Pour que les indicateurs de performance soit acceptés par le réseau et par la population, et pour qu'ils soient utilisés, il est nécessaire de **mettre en place un processus de consultation de la population, une « table citoyenne »** qui accompagnerait le Commissaire dès le début du projet, et en collaboration avec le directeur du projet.
 - Parallèlement aux questions techniques et scientifiques, le Commissaire doit donc **prendre des décisions concernant les mécanismes de débat.**

7 – Institutionnalisation du système d'évaluation de la performance

- À l'issue de ces six phases de travail s'étalant sur une période de 18 mois, il faut **mettre en place un secrétariat permanent et toutes les ressources requises** pour le fonctionnement du système d'évaluation de la performance.

Figure 8 : Programme de travail et échéancier pour le développement d'un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé au Québec



BIBLIOGRAPHIE

BOURDIEU, P., WACQUANT, L.J.D. (1992) *Réponses pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., POUVOURVILLE, G. de POUILLIER, J.P., CONTANDRIOPOULOS, D. (2000) « À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXI^e siècle », in POMEY, M.P., POUILLIER, J.P.(Éds), *Santé Publique*, Paris : Ellipses, p. 637-667

CONTANDRIOPOULOS, A.P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J.L., BOYLE, P. (1990) *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*, Université de Montréal, 197 p.

DONABEDIAN, A. (1980) *The definition of quality and approaches to its assessment*, Michigan, Ann Arbor : Health Administration Press, 163 p.

GLICK, W.H. (1988) "Response : Organizations are not Central Tendencies : Shadowboxing in the Dark, Round 2", *Academy of management review*, vol. 13, n°1, p. 133-137.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, L.R.Q., C-32.1.1, Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être.

GUISSET, A.L., CHAMPAGNE, F. (2003) *Critical review and pre-selection of performance indicators*, Barcelone, WHO Regional Office for Europe, 189 p.

LEVESQUE, J.F., BERGERON, P. (2003) « De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins », *Ruptures*, 9 : 2, p. 73-89

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE (2004) *Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH)*, Barcelone, Bureau régional OMS de l'Europe.

PARSONS, T. (1977) *Social systems and the evolution of action theory*. New York, NY: Free Press.

ROCHER, G. (1972) *Talcott Parsons et la sociologie américaine*. P.U.F., Paris.

SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.C., BARNESLEY, J., BÉLAND, F., LEGGAT S.G., DENIS, J.L., BILODEAU, H., LANGLEY, A., BRÉMOND, M., BAKER, G.R. (1998) "A conceptual framework analysis of health care organizations performance", *Health services management research*, n°11.

SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.C. (1999) « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Rupture – Revue transdisciplinaire en santé*, vol.6, n°1, p.34-46.

SMITH, P. (1995) “On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector”, *International journal of public administration*, vol.18, n°2, p.277-310.

**Un cadre d'évaluation globale
de la performance des systèmes
de services de santé :
Le modèle EGIPSS**

**Un cadre d'évaluation globale
de la performance des systèmes
de services de santé :
Le modèle EGIPSS**

Rapport de recherche

François Champagne
André-Pierre Contandriopoulos
Julie Picot-Touché
François Béland
Hung Nguyen

Rapport réalisé dans le cadre du mandat
accordé par le Conseil de la santé et du bien-être
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Université de Montréal
Septembre 2005

Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi en mai 1992. Il a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats; ces activités portent sur les objectifs et sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité.

Le Conseil se compose de 23 membres représentatifs des usagers des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des personnes engagées dans l'intervention, la recherche ou l'administration du domaine de la santé et du domaine social, et de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population.

Édition produite par :

Le Conseil de la santé et du bien-être

1020, Route de l'Église, bureau 700

Québec (Québec) G1V 3V9

téléphone : (418) 643-3040

télécopieur : (418) 644-0654

courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible à la section Publications du site Internet du Conseil de la santé et du bien-être, dont l'adresse est :

www.csbe.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN : 2-550-45869-9 (version imprimée)

2-550-45870-2 (version PDF)

© Gouvernement du Québec

PRÉFACE

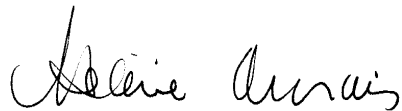
Dans le contexte de l'institution d'un Commissaire à la santé et au bien-être, le Conseil de la santé et du bien-être s'est vu mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour préparer la transition vers cet éventuel Commissaire.

Pour donner suite à ce mandat, le Conseil a voulu bénéficier de l'expertise de différents chercheurs et leur a demandé de réaliser des études en lien avec les responsabilités prévues pour le Commissaire : information, consultation, appréciation de la performance du système de services de santé et de services sociaux, compréhension des enjeux du système, et notamment des enjeux éthiques liés à la santé et au bien-être et des enjeux relatifs aux médicaments et aux technologies.

Le présent rapport de recherche propose un cadre d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé en soulignant ses exigences et en s'appuyant sur les expériences d'autres sociétés sur le sujet.

Au nom du Conseil de la santé et du bien-être, je remercie bien sincèrement les auteurs dont les travaux ont éclairé le Conseil et ont influencé son choix de propositions au Commissaire en matière d'appréciation. Toutefois, comme il se doit, je rappelle que les opinions formulées dans le rapport de recherche n'engagent que leurs auteurs.

La présidente,



Hélène Morais

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
1. Objet de l'évaluation : le système de services de santé	9
1.1 Évolution de la « morphologie » du système de services de santé	9
1.2 La « physiologie » du système de services de santé	14
2. La performance des systèmes de services de santé : cadre de définition	25
2.1 La performance : modèles et définitions.....	25
2.2 Le modèle intégrateur de la performance organisationnelle.....	29
3. Les principaux cadres d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé	37
3.1 Le cadre d'évaluation de l'OMS.....	37
3.2 Le cadre d'évaluation du bureau régional européen de l'OMS.....	39
3.3 Le cadre d'évaluation de l'OCDE.....	42
3.4 Le cadre d'évaluation britannique	44
3.5 Les différents cadres d'évaluation aux États-Unis.....	46
3.6 Le cadre d'évaluation néo-zélandais.....	49
3.7 Le cadre d'évaluation australien	50
3.8 Les cadres d'évaluation canadiens.....	53
4. L'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : synthèse	59
4.1 Les différents cadres d'évaluation de la performance et leurs principales dimensions.....	59
4.2 Les principales dimensions de la performance des différents cadres d'évaluation et leur place dans le modèle intégrateur	61
4.3 Dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon le modèle intégrateur.....	65
5. L'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : cadre opérationnel	67
5.1 Les indicateurs utilisés par les cadres d'évaluation de la performance	67
5.2 Les critères de sélection des indicateurs	78

6. Propositions pour aller de l'avant dans l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.....	89
6.1 Les étapes à suivre dans la mise en place d'un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé	89
6.2 Mises en garde : les dangers potentiels de l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.....	91
6.3 Programme de travail pour le développement d'un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé au Québec.....	93
Bibliographie	99
Annexe 1 : Les indicateurs de performance des différents cadres d'évaluation	103
Annexe 2 : Glossaire des indicateurs.....	137
Annexe 3 : Le choix des indicateurs dans les principaux cadres d'évaluation de la performance	155

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : La représentation du système de services de santé durant la première phase : une conception mécanique du système de santé	19
Figure 2 : La représentation du système de santé durant la seconde phase : une conception plus large du système de santé, de la santé et de ses déterminants.....	20
Figure 3 : Une vision globale du système de santé.....	21
Figure 4 : Système organisé d'action.....	22
Figure 5 : Système organisé d'action, le processus	23
Figure 6 : Dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon la théorie de l'action sociale	32
Figure 7 : La qualité et ses composantes	35
Figure 8 : Les dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon le modèle intégrateur	66
Figure 9 : Cadre d'évaluation et de sélection des indicateurs	85
Figure 10 : Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (EGIPSS) : stratégie de sélection des indicateurs	87
Figure 11 : Programme de travail et échéancier pour le développement d'un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé au Québec	97

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Définitions des dimensions de la performance dans le modèle intégrateur	33
Tableau 2 : Les principales dimensions des différents cadres d'évaluation de la performance	59
Tableau 3 : Les dimensions de la performance dans la fonction de l'atteinte des buts (B)...	62
Tableau 4 : Les dimensions de la performance dans la fonction de la production (P)	63
Tableau 5 : Les dimensions de la performance dans la fonction de l'adaptation (A).....	64
Tableau 6 : Les dimensions de la performance dans la fonction de maintien des valeurs (V)	64
Tableau 7 : Les indicateurs de performance dans la fonction de l'atteinte des buts.....	68
Tableau 8 : Les indicateurs de performance dans la fonction de la production.....	72
Tableau 9 : Les indicateurs de performance dans la fonction du maintien des valeurs.....	75
Tableau 10 : Les indicateurs de performance dans la fonction de l'adaptation.....	77

INTRODUCTION

Le présent rapport répond au mandat adressé par le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) aux chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal.

Ce mandat s'inscrit dans les suites des démarches canadiennes entreprises pour évaluer la performance d'ensemble des systèmes de santé, en l'occurrence du communiqué de septembre 2000 des premiers ministres sur la santé et plus particulièrement de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé.

Ce mandat s'inscrit également dans le cadre de l'institution d'un Commissaire à la santé et au bien-être qui aura pour mandat d'apprécier la performance d'ensemble du système de services de santé et de services sociaux québécois. La Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être prévoit en effet qu' «aux fins d'améliorer la santé et le bien-être de la population, le commissaire est responsable d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux en prenant en compte l'ensemble des éléments systémiques interactifs de ce dernier et de fournir à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des actions entreprises par le gouvernement eu égard aux grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux » (L.R.Q. 32.1.1, art.2).

C'est dans ce contexte que le Conseil de la santé et du bien-être s'applique à développer un cadre d'évaluation de la performance d'ensemble du système de services de santé et de services sociaux. Pour cela, le Conseil a fait appel à l'équipe du GRIS, en considérant que le cadre d'évaluation de la performance devra contenir les éléments suivants :

- une définition de l'objet de l'évaluation, à savoir le système de soins et de services, ses composantes, si possible ses liens avec le système de santé;
- la perspective de l'évaluation, ses finalités;
- l'approche de l'évaluation;
- la définition de la performance et de ses composantes;
- les objectifs à évaluer;
- les principaux indicateurs à utiliser.

S'agissant d'une notion aussi large et complexe que celle de la performance, il semble nécessaire de circonscrire la réflexion. Pour cela, après avoir défini les notions de système de services de santé (section 1) et de performance (section 2), le rapport décrit les différentes approches de l'évaluation de la performance des systèmes de santé selon l'OMS, l'OCDE, le Royaume-Uni, les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande avant de parler du Canada, et présente une analyse réalisée à travers le prisme d'un modèle

intégrateur. Cela a permis de faire un état des lieux des connaissances et des initiatives existantes avant de réfléchir à un cadre d'évaluation qui serait adapté au cas québécois (sections 3 et 4).

Un modèle opérationnel de l'évaluation de la performance des systèmes de santé, le modèle EGIPSS (section 5) est ensuite proposé, et des recommandations concrètes sont émises pour aller de l'avant dans l'évaluation de la performance du système québécois de services de santé et de services sociaux (section 6).

Finalement, le présent rapport ne fait pas que proposer un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé, il passe également en revue l'essentiel de la documentation existante à ce sujet, et met en évidence les difficultés et les exigences que cela entraîne.

1. OBJET DE L'ÉVALUATION : LE SYSTÈME DE SERVICES DE SANTÉ

Pour pouvoir discuter de la question de la performance du système de services de santé, il est indispensable de commencer par préciser ce que l'on entend par système de services de santé.

Il existe de très nombreuses façons de représenter le système (organigrammes, trajectoires historiques, formes juridiques, etc.). Deux représentations sont ici retenues : 1) l'évolution de la « morphologie » du système de services de santé qui permet de dégager ses principales composantes et de distinguer le système de services de santé du système de santé, et 2) la « physiologie » du système de services de santé qui permet d'en comprendre la dynamique et l'inertie.

L'utilisation du terme *système de services de santé* dans ce texte se distingue du terme *système de santé*, qui réfère à un ensemble social beaucoup plus large et difficile à circonscrire. Le terme *services de santé* utilisé ici peut inclure les services sociaux. Le terme système de santé est parfois utilisé par certains acteurs cités pour nommer le système de services.

1.1 Évolution de la « morphologie » du système de services de santé

Dans tous les pays, les relations qui se sont établies entre les patients, les professionnels, les hôpitaux, les organismes payeurs, la structure réglementaire, les valeurs et les représentations, ont évolué tout au long du XX^e siècle à mesure qu'évoluaient les connaissances sur la santé et ses déterminants, que se développaient les techniques de diagnostic et d'intervention de la médecine et que croissaient les coûts des services de santé.

On peut découper l'histoire récente des systèmes de services de santé des démocraties occidentales en trois périodes : Une phase de développement de la médecine moderne et d'instauration des régimes publics d'assurance maladie qui se caractérise par une croissance très rapide des dépenses de santé avec l'instauration des régimes d'assurance maladie et qui prend fin au milieu des années 70; une phase de régulation visant à optimiser le rendement du système de services de santé, c'est-à-dire à contrôler les coûts et à maximiser la qualité des services et l'amélioration de la santé, phase qui s'étend jusqu'à la fin des années 80; et, enfin, une phase de profonde remise en question qui débute avec les années 90.

Phase 1 : La médecine triomphante et l'instauration des régimes publics d'assurance maladie

Les progrès de la science médicale réalisés depuis la naissance de la médecine scientifique au XVIII^e siècle sont considérables. Au début du XX^e siècle les programmes d'hygiène publique et de vaccination ont permis de venir à bout de plusieurs maladies (tuberculose, variole et grandes maladies infectieuses). L'enrichissement des connaissances et le développement considérable des techniques d'investigation (la radiographie), de la pharmacopée (en particulier les antibiotiques) et de la biochimie (anesthésie), ont permis de traiter efficacement un nombre de plus en plus grand de maladies. Tout cela renforce l'idée que la médecine a une solution pour tous les problèmes de santé et, par conséquent, que pour opérationnaliser le principe du droit à la santé, l'État doit s'assurer que tous les services médicalement requis sont accessibles à tous ceux qui en ont besoin.

Le but de ces programmes était d'offrir à tous (caractère universel) une gamme complète de services (caractère complet) sans que la capacité de payer, le lieu de résidence, la classe sociale, etc. ne puissent exclure quelqu'un (accessibilité). Ces grands programmes visaient officiellement à améliorer la santé de chacun, à placer tous les citoyens à égalité dans la course à la santé, en un mot, à promouvoir l'équité face à la santé.

Dans une telle perspective, la santé est essentiellement conçue comme l'absence de maladie. Le but immédiat des programmes d'assurance maladie est de rendre accessibles des services pour prévenir, diagnostiquer, traiter, pallier les conséquences de maladies spécifiques. La maladie est conçue comme un mal fonctionnement biologique qui se manifeste par un dérèglement quantitatif des phénomènes physiologiques (Canguilhem, 1966). Pour résoudre un problème de santé, il suffit d'en trouver la cause et de l'éliminer, de corriger ses manifestations, par une intervention médicale appropriée ou encore de pallier ses conséquences.

La dynamique du système de services de santé repose sur la relation qui s'instaure quand une personne qui ressent un problème de santé rencontre un médecin. Les connaissances existantes, l'éthique professionnelle du médecin et sa compétence constituent les principales garanties que tous les services médicalement requis, et seulement ceux-là, seront fournis au patient. Les ressources du système de services de santé sont mobilisées à cette fin. Puisque le médecin n'est supposé agir qu'en fonction de ce qu'il juge médicalement bon pour son patient, il ne peut y avoir de gaspillage. La régulation du système est ainsi entièrement décentralisée, elle repose sur l'éthique des médecins et, implicitement, sur le postulat que leur comportement n'est pas influencé par le cadre réglementaire en vigueur. Les médecins sont au centre des décisions concernant l'utilisation des services et l'emploi des ressources du système de services de santé. La représentation dominante du système de services de santé durant cette période est schématisée sur la **figure 1** (voir à la fin de la présente section).

Selon cette représentation, le système de services de santé réagit mécaniquement aux problèmes de santé de la population compte tenu des ressources existantes. Toute augmentation des problèmes de santé entraîne une demande équivalente de ressources (Evans *et al.*, 1996). Pour venir à bout des problèmes de santé, il suffit donc d'avoir suffisamment de professionnels et de ressources.

Phase 2 : La régulation des régimes publics d'assurance maladie ou la médecine contestée

Vers le milieu des années 70, un changement important de perspective a lieu. Il découle de deux observations : 1) les coûts du système de services de santé augmentent très rapidement et 2) les disparités de santé dans la population, malgré l'instauration de l'assurance maladie, ne diminuent pas. La préoccupation change, il ne s'agit plus d'offrir tous les services médicalement requis à toute la population, mais plutôt de trouver un équilibre acceptable entre la quantité, les coûts, et la qualité des services. Ce changement de perspective est associé à une façon plus large de concevoir le système de santé ainsi que la santé et ses déterminants (voir **figure 2** à la fin de la présente section). Le système de santé est alors conçu comme l'interaction, au sein d'un environnement, de deux sous-systèmes : le système des états de santé et le système de services de santé (Contandriopoulos *et al.*, 1987).

Cette définition laisse les problèmes de santé de la population et leurs modifications au centre de l'analyse; ce sont en effet ces problèmes et la capacité du système de services de santé à les résoudre qui légitiment son existence. Elle reconnaît aussi de façon explicite que les problèmes de santé trouvent leurs origines dans l'environnement, dans les habitudes de vie de la population et dans les prédispositions biologiques de l'individu (Blum, 1981; Lalonde, 1974; Dever et Champagne, 1984).

Cet élargissement de perspective permet d'envisager des arbitrages différents entre l'action curative du système de services de santé et les politiques préventives qui pourraient être mises en œuvre pour intervenir sur les autres grands déterminants de la santé d'une population. On passe d'une logique de maximisation de l'offre de services à une logique de régulation visant à accroître la santé de la population en intervenant en amont des problèmes de santé pour les prévenir.

La santé et la maladie sont conçues comme des concepts complémentaires, il n'y a pas de différence de nature entre les deux, toute variation de l'un entraîne une variation inverse de l'autre. C'est la période où l'on commence à parler de la santé comme un continuum allant du bien-être le plus complet jusqu'à la mort en passant par la maladie et les incapacités

Phase 3 : Au XXI^e siècle, plus d'autonomie et plus de responsabilité, ou la reconnaissance de la complexité

Le début de la troisième phase commence avec la première crise du pétrole des années 80 qui oblige les gouvernements de tous les pays riches à reconsidérer leurs priorités. Les systèmes de services de santé subissent les pressions considérables exercées simultanément par quatre grandes forces : le développement des techniques, l'apparition de nouvelles connaissances sur les maladies et leurs traitements ainsi que sur les déterminants de la santé des populations, la mondialisation et, finalement, l'évolution démographique et l'apparition de nouvelles maladies. La population est de plus en plus inquiète. Le statu quo n'est plus possible, des réformes sont nécessaires.

Le système de croyance dominant à propos de la santé et du système de services de santé continue à évoluer. L'idée très ancienne que la santé est un « mode de relation - équilibre et déséquilibre - de l'homme avec son milieu où interviennent donc facteurs humains, conditions écologiques et structures sociales » (Evans *et al.*, 1996 : 14) prend de plus en plus d'ampleur. Cette conception, qui avait presque disparu avec le triomphe de la médecine scientifique, retrouve à la fin du XX^e siècle un souffle nouveau avec les progrès énormes qui ont été faits dans le domaine de la génétique, de l'immunologie et de la neurophysiologie.

En effet, des découvertes récentes confirment que les voies de communication du corps avec l'environnement physique, psychologique et social sont plus nombreuses et plus subtiles qu'on le pensait au début du siècle. Il existe une interaction permanente entre le système nerveux central, le système immunitaire et le système endocrinien. Un environnement favorable semble renforcer les défenses immunitaires de l'organisme tout comme un environnement stressant réduit les défenses immunitaires et favorise l'apparition de la maladie.

L'être humain apparaît comme un organisme d'une complexité remarquable dont les facultés d'adaptation sont considérables. Les facteurs déterminants de la santé qui sont regroupés sous l'appellation « facteurs biologiques » doivent être reconsidérés. Il faut distinguer les facteurs génétiques qui, en quelque sorte, déterminent la prédisposition des individus à la maladie ou leur résilience, de la façon dont les individus réagissent à leur environnement c'est-à-dire les mécanismes biologiques et psychiques de réponse de l'individu à l'environnement.

La séparation entre la médecine essentiellement curative et les actions essentiellement préventives sur l'environnement et sur les habitudes de vie ne paraît plus fondée. L'environnement social peut avoir un rôle curatif important (Evans *et al.*, 1996), tout comme l'existence du système de services de santé peut contribuer à la prévention par le sentiment de confiance qu'elle contribue à créer au sein de la population.

L'amélioration de la santé de la population dépend ainsi, dans des proportions inconnues, de la qualité de l'environnement, de la prospérité générale du pays, de la hiérarchie

sociale existante, des conditions de vie de la population et des services de santé et des services sociaux (voir **figure 3** à la fin de la présente section).

Si les dépenses pour les services de santé avaient un effet bénéfique certain et reconnu sur la prospérité, alors il n'y aurait aucun problème. Un État rationnel investirait le plus possible dans le système de services de santé. Mais ce n'est vraisemblablement pas le cas. Les sommes investies dans le système de services de santé ne contribuent que faiblement à la prospérité (ou même pas du tout) et empêchent parfois des investissements plus rentables (amélioration du capital humain, diminution du chômage, réduction des disparités de revenus, etc.) dont les effets sur la santé sont, dans les sociétés riches, plus grands que les effets directs des services de santé.

À la **figure 3** est proposée une schématisation du système de santé qui tient compte de l'ensemble de ces caractéristiques. On ne peut plus, quand on adopte une telle perspective, exclure les interactions entre l'état de santé de la population, le système de services de santé et le système économique et social dans son ensemble. On réalise, en considérant ce schéma, que s'il est possible de concevoir les limites du système de services de santé, il est impossible d'identifier les limites du système de santé.

Le système de services de santé inclut l'ensemble des interventions qui ont pour cible des problèmes sociaux ou de santé *spécifiques*, il couvre toute la gamme des interventions, des services préventifs aux services palliatifs, en passant par les services diagnostiques et curatifs. Il comprend les grandes fonctions de la santé publique (surveillance, protection et promotion de la santé, prévention des maladies, évaluation du système de services de santé, développement des compétences en santé publique) (Lévesque, Bergeron, 2003), mais n'a pas de responsabilité sur l'ensemble des conditions sociales, économiques, culturelles, démographiques qui affectent la capacité des personnes à vivre bien et longtemps. Autrement dit les conditions qui n'ont pas un effet reconnu sur un problème de santé ou un problème social spécifique.

Par ailleurs, ce schéma (figure 3), comme tout schéma, révèle autant qu'il cache. Il permet de visualiser la complexité du système de santé (les flèches indiquent toutes des relations complexes qui s'établissent sur des horizons temporels variables et qui mettent en relation des niveaux d'analyse très différents), mais il ne permet pas d'en comprendre la dynamique.

1.2 La « physiologie » du système de services de santé

Pour comprendre la dynamique du système de services de santé il est utile de l'analyser en tant que système organisé d'action¹.

Comme tout système organisé d'action, le système de services de santé est situé dans un contexte concret (la société québécoise, le Canada), à un moment donné. Sa structure est constituée par l'interaction d'une structure physique particulière (bâtiments, architecture, plateaux techniques, budgets), d'une structure organisationnelle (gouverne) et d'une structure symbolique spécifique (représentations, valeurs, normes collectives). Elle délimite un espace social dans lequel quatre grands groupes d'acteurs (professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique) interagissent dans un jeu permanent de concurrence et de coopération, orienté par la ou les finalités du système, afin d'obtenir ou de contrôler les ressources. Le système de services de santé en tant que système organisé d'action est lui-même constitué de plusieurs sous-systèmes organisés d'action interdépendants ayant chacun un certain degré d'autonomie.

La **figure 4**, présentée à la fin de la présente section, fournit une représentation schématique générale d'un système organisé d'action, elle permet de voir comment interagissent les cinq éléments qui le caractérisent.

La structure

La structure du système est constituée de trois composantes et de leurs interrelations :

- Une structure symbolique : ensemble des croyances, des représentations et des valeurs qui permettent aux différents acteurs de communiquer entre eux et de donner du sens à leurs actions.
- Une structure organisationnelle : ensemble des lois, des règlements, des conventions, des règles de gestion, etc. qui définissent comment les ressources (l'argent, le pouvoir, l'influence et les engagements) sont réparties et échangées. Ce sont les règles du jeu du système d'action.
- Une structure physique : volume et structuration des différentes ressources mobilisées (financières, humaines, immobilières, techniques, informationnelles, etc.).

La cohérence qui s'établit entre la structure symbolique et la structure organisationnelle résulte du **processus d'institutionnalisation** des valeurs dans les modalités organisationnelles et du renforcement des valeurs institutionnalisées par les modalités d'organisation.

1. Concept en partie emprunté à Parsons, 1977; Freidberg, 1993; Rocher, 1972; Bourdieu et Wacquant, 1992; que nous avons utilisé pour caractériser d'une façon générale toute intervention (Contandriopoulos *et al.*, 2000).

Le processus d'institutionnalisation, compte tenu des caractéristiques physiques du domaine considéré, structure l'espace social dans lequel les acteurs du système organisé d'action interagissent. L'espace social structuré, ou le « champ », dans lequel les acteurs interagissent est « à la fois un champ de force, dont la nécessité s'impose aux agents qui s'y trouvent engagés, et un champ de luttes à l'intérieur duquel les agents s'affrontent, avec des moyens et des fins différenciés selon leur position dans la structure du champ de force, contribuant ainsi à en conserver ou à en transformer la structure » (Bourdieu, 1994 : 55).

Les acteurs et leurs pratiques

Les acteurs du système ont des caractéristiques et des pratiques qui leurs sont propres.

Ainsi :

- Les acteurs peuvent être des individus ou des groupes organisés d'agents (organisations, groupes de pression, syndicats, etc.)
- Les acteurs se caractérisent par 1) leurs valeurs, leurs croyances, leurs connaissances; 2) leurs projets, leurs intentions; 3) les ressources qu'ils ont ou qu'ils contrôlent; et 4) leurs dispositions à agir.
- Les acteurs interagissent dans un jeu permanent de coopération et de compétitions pour améliorer leur position, avoir ou contrôler les ressources critiques du système d'action (argent, pouvoir, influence, engagements en fonction des normes sociales).
- Les pratiques des acteurs (gestionnaires, médecins, personnel soignant, autre personnel, etc.) sont simultanément influencées par les structures du système et constitutives de ces dernières.
- Les pratiques des acteurs organisent les processus par lesquels les ressources du système sont mobilisées et employées pour produire les biens et services requis pour atteindre la ou les finalités recherchées.
- Les acteurs sont interdépendants.

Les acteurs sociaux partagent des ensembles de croyances, de valeurs et de schèmes interprétatifs qui forment leur imaginaire collectif². C'est grâce à ces systèmes de représentations que les acteurs peuvent comprendre le monde dans lequel ils interagissent, communiquer, s'entendre sur une philosophie d'intervention, interagir dans un climat de confiance mutuelle et évaluer le travail des uns et des autres (Benson, 1975). L'imaginaire collectif relatif à la santé s'articule autour de quatre pôles : 1) les valeurs; 2) les représentations de la santé et de ses déterminants; 3) la perception de la bonne répartition des responsabilités entre les acteurs; et 4) la conception de la régulation du système de services de santé.

2. Parler d'un système collectif de représentations et de valeurs ne signifie pas qu'il existe un système unique de croyances et de valeurs partagées par tous. Mais seulement que les tensions, les négociations qui existent forcément dans une société entre les différentes valeurs, les différentes croyances et les différentes représentations connaissent une certaine stabilité.

Pour comprendre que les pratiques des acteurs puissent être simultanément dépendantes du champ où elles s'exercent et autonomes, il faut expliciter le sens qui est conféré aux termes *acteurs* et *pratiques*.

Un *acteur* peut être défini comme un agent (ou un groupe organisé d'agents) qui interagit avec d'autres dans un espace social structuré (un champ) pour renforcer sa position en mobilisant simultanément des stratégies de coopération et d'affrontement dans le but de contrôler les ressources critiques du champ (Benson, 1975; Bourdieu, 1992,1994).

Chaque acteur se caractérise de façon indissociable et récursive par ses structures mentales et cognitives³ (sa vision du monde, ses connaissances et ses croyances, ses intentions et ses projets); les ressources (économiques, culturelles, sociales, biologiques) qu'il possède ou qu'il contrôle et qui définissent sa position dans le champ; et, finalement, ses dispositions⁴. Tout changement dans l'un de ces quatre pôles entraîne des transformations dans les trois autres et dans les relations que l'acteur entretient avec son environnement et les autres acteurs. Ainsi, si de nouvelles connaissances modifient sa perception des choses ; si les techniques qu'il mobilise varient; si de nouvelles lois s'appliquent; si ses projets évoluent; si ses croyances et ses valeurs se modifient; enfin, si de nouvelles incitations (économiques et symboliques) sont introduites (changement dans les modalités de financement, de rémunération, des règles de promotion, etc.), alors ses pratiques se modifieront.

Mais, par ailleurs, les acteurs n'interagissent pas dans le vide. Profondément enracinés, à un moment donné, dans une société qui se caractérise non seulement par ses lois, ses règlements et ses institutions mais aussi par son histoire et sa culture, ils exercent dans des espaces sociaux structurés. Leurs *pratiques* sont modelées au fil du temps par les

3. La structure mentale et cognitive est, selon Bourdieu et Wacquant, (1992), constituée par les catégories de perception qu'un acteur utilise de façon généralement inconsciente dans une société donnée, à un moment donné, pour interagir avec les autres. Plus la structure mentale et cognitive d'un agent est conforme aux valeurs, à la culture, au système dominant de croyances d'une société, plus cet acteur sera enclin à trouver « normal », « naturel » l'ordre établi et les relations de pouvoir qui prévalent. Ainsi « L'interaction entre un médecin, un interne, une infirmière est sous-tendue par des rapports de pouvoir qui ne sont pas toujours immédiatement apparents dans l'interaction telle qu'on peut l'observer » (Bourdieu, Wacquant, 1992 : 53). Ces rapports de pouvoir inconscients façonnent les relations qui existent entre ces acteurs et contribuent à maintenir le statu quo.

4. L'ensemble de ces quatre éléments forment ce que Bourdieu appelle « l'habitus ». « L'habitus est un mécanisme structurant qui opère de l'intérieur des agents, bien qu'il ne soit pas à proprement parler ni strictement individuel, ni à soi seul complètement déterminant des conduites. L'habitus est [...] le principe générateur des stratégies qui permet aux agents d'affronter des situations très diverses. Produit de l'intériorisation des structures externes, l'habitus réagit aux sollicitations du champ d'une manière grossièrement cohérente et systématique. [...] L'habitus est opérateur de rationalité, mais d'une rationalité pratique, [...] il est créateur, inventif, mais dans les limites de ses structures » (Bourdieu, Wacquant, 1992 : 25-26).

exigences et les règles du jeu du système dans lequel ils interagissent⁵.

L'internalisation par les acteurs des exigences du champ où ils pratiquent se fait d'abord durant leur formation, puis tout au long de leur vie par les processus d'apprentissage qui accompagnent naturellement toutes les conduites humaines (Rocher, 1972). Plus l'internalisation par les acteurs des normes collectives et des exigences du champ où ils exercent est complète, et mieux les modalités d'organisation reflètent et renforcent les valeurs et les représentations collectives, plus le système organisé d'action se montre stable et légitime, plus il a une forte inertie.

Les processus

Le système comporte aussi des processus. Il s'agit d'un ensemble de processus durant lesquels et par lesquels les ressources sont mobilisées et employées par les acteurs pour produire les biens et les services requis pour atteindre les finalités du système organisé d'action (voir à cet effet, à la fin de la présente section, la **figure 5**).

Les finalités

Les finalités du système de services de santé consistent à transformer la trajectoire prévisible d'évolution d'un ou de plusieurs phénomènes, en agissant au cours du temps sur un certain nombre de leurs déterminants (objectifs spécifiques de l'intervention) pour corriger une situation problématique. Elles consistent aussi à réduire la durée et l'intensité des problèmes de santé et des problèmes sociaux de la population, à répondre à ses attentes et à favoriser l'équité.

Le système de services de santé, comme tout système organisé d'action, doit assumer, au cours du temps, pour maintenir son existence et se développer, autrement dit pour être performant, quatre grandes fonctions, fonctions qui seront de nouveau abordées plus loin (Sicotte *et al.*, 1999). Il doit:

- **S'adapter**, puiser dans son environnement les ressources nécessaires et offrir des services.
- **Poursuivre des buts** qui sont valorisés (prévenir, diagnostiquer et traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux, réduire les inégalités à l'égard des soins et de la santé).
- **Fonctionner de façon intégrée avec productivité**, organiser la coordination entre les parties, assurer la qualité, être productif.
- **Préserver et produire des valeurs et du sens**.

5. « L'exposition répétée à des conditions sociales définies imprime au sein des individus un ensemble de dispositions durables et transposables qui sont l'intériorisation de la nécessité de leur environnement social, inscrivant à l'intérieur de l'organisme l'inertie structurée et les contraintes de la réalité externe » (Bourdieu, Wacquant, 1992 : 21).

Pour résumer, **le système de services de santé et des services sociaux dont il s'agit d'apprécier la performance peut être conçu comme un système organisé d'action situé dans un contexte concret** (la société québécoise, le Canada), **à un moment donné.**

Sa structure est constituée par l'interaction d'une structure physique particulière (bâtiments, architecture, plateaux techniques, ressources financières publiques et privées), **d'une structure organisationnelle** définie par les lois provinciales et fédérales, les règlements en vigueur, les règles de fonctionnement adoptées au cours du temps (gouverne) **et d'une structure symbolique spécifique** (représentation de la santé, de la vie, de la maladie, valeurs et normes collectives).

Elle délimite un espace social structuré dans lequel quatre grands groupes d'acteurs (professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique) **interagissent pour réaliser un ou des projets collectifs concourant à l'atteinte des finalités du système de services de santé.**

La finalité première de ce système est de réduire la durée et l'intensité des maladies en permettant à toute personne souffrante d'avoir accès librement et de façon équitable à des services de santé et des services sociaux de qualité.

On reconnaît de plus que le système doit rencontrer les attentes de la population (satisfaction de la population) **et contribuer à former des professionnels, à faire progresser les connaissances et à créer un sentiment collectif de sécurité par rapport à la maladie et aux problèmes sociaux.**

**Figure 1 : La représentation du système de services de santé durant la première phase :
une conception mécanique**

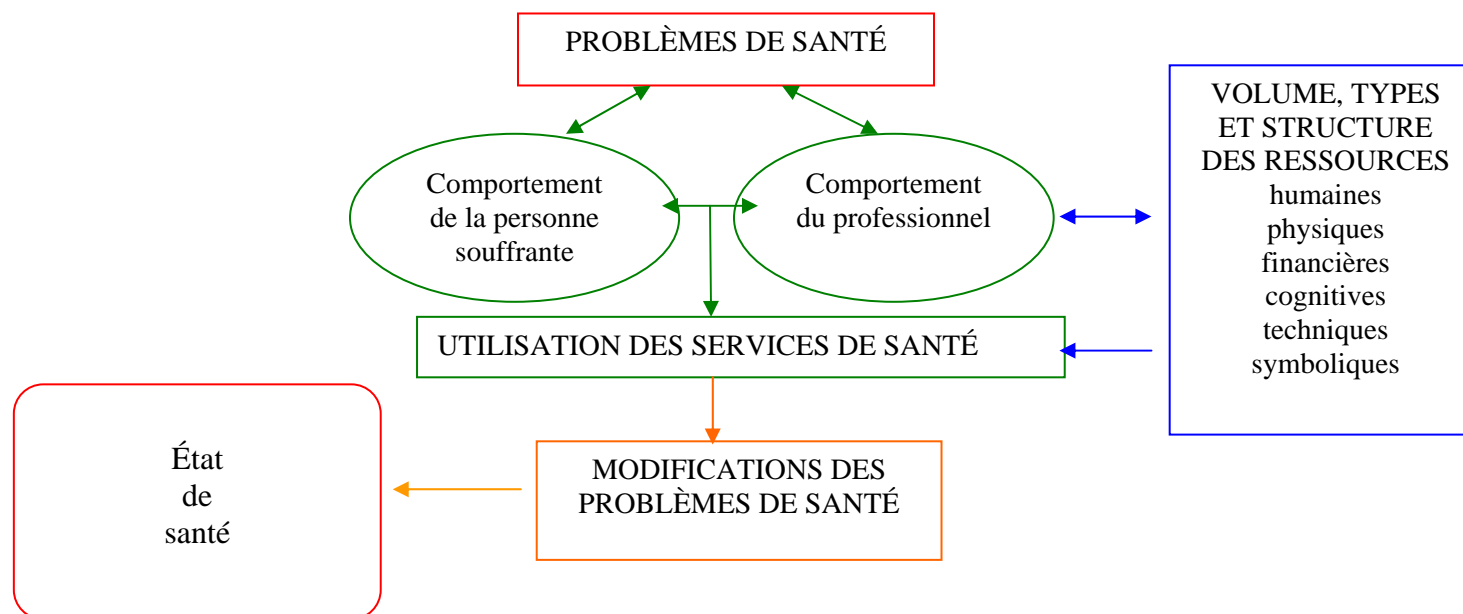


Figure 2 : La représentation du système de santé durant la seconde phase : une conception plus large du système de santé, de la santé et de ses déterminants

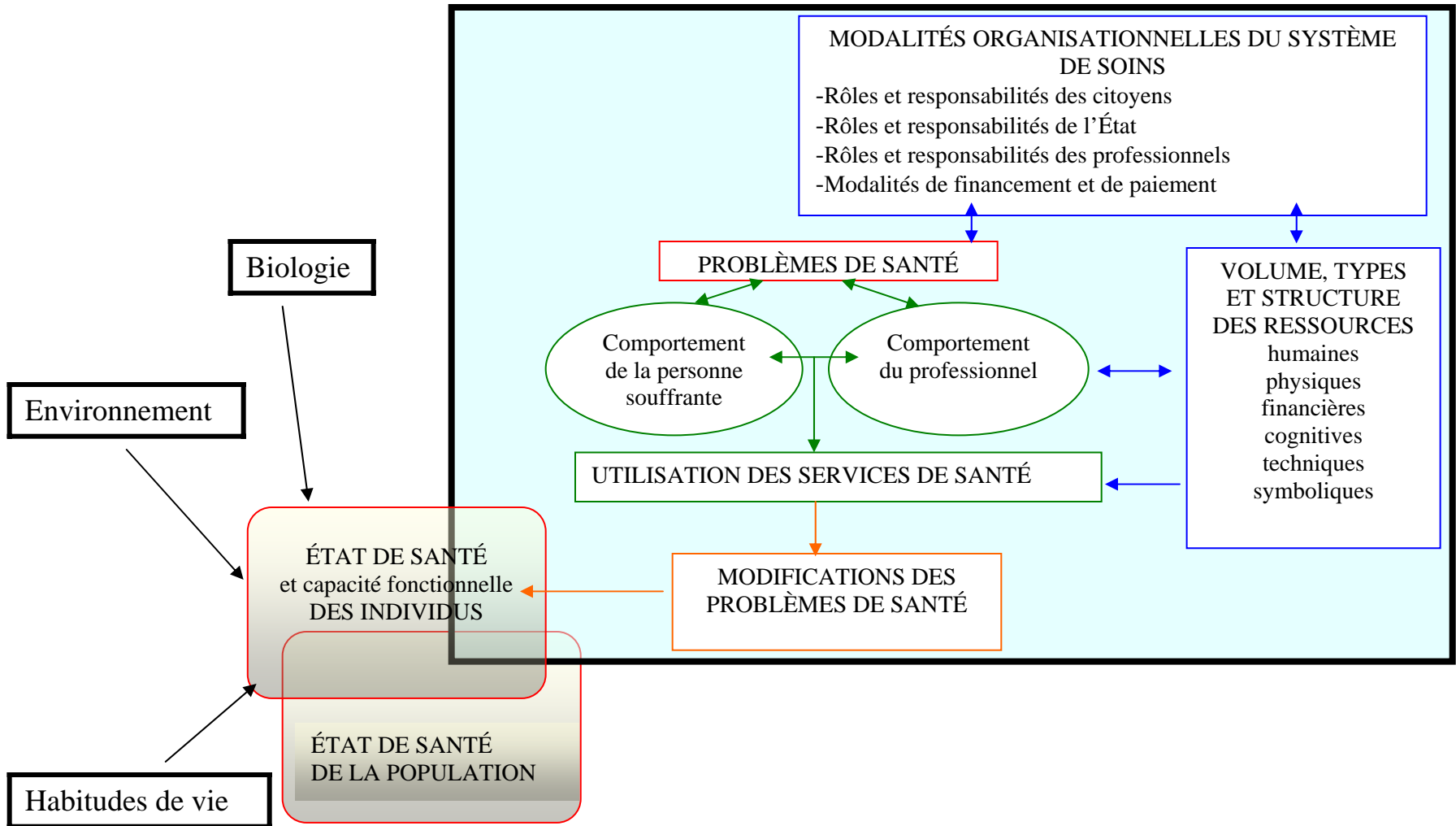


Figure 3 : Une vision globale du système de santé

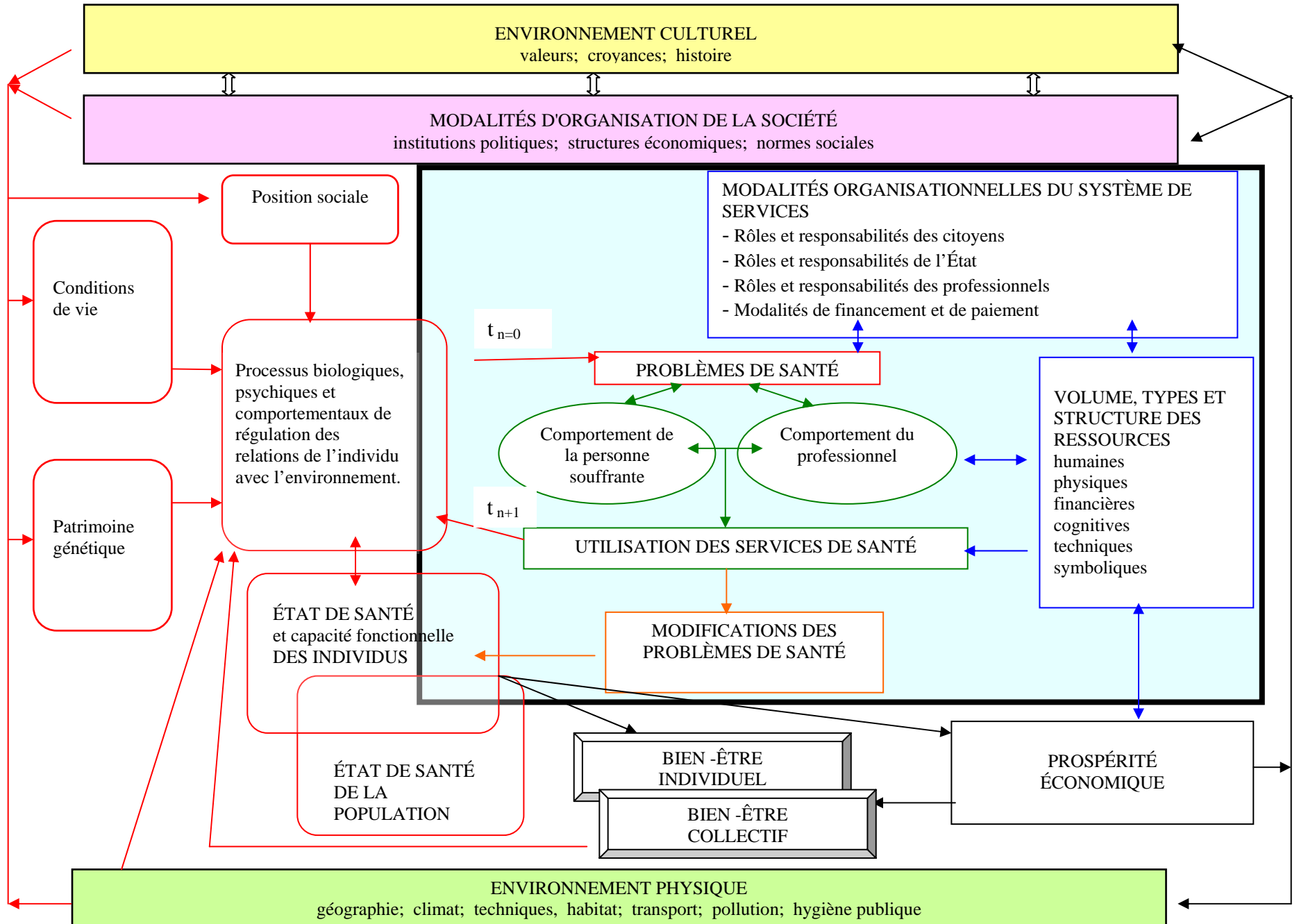


Figure 4 : Système organisé d'action

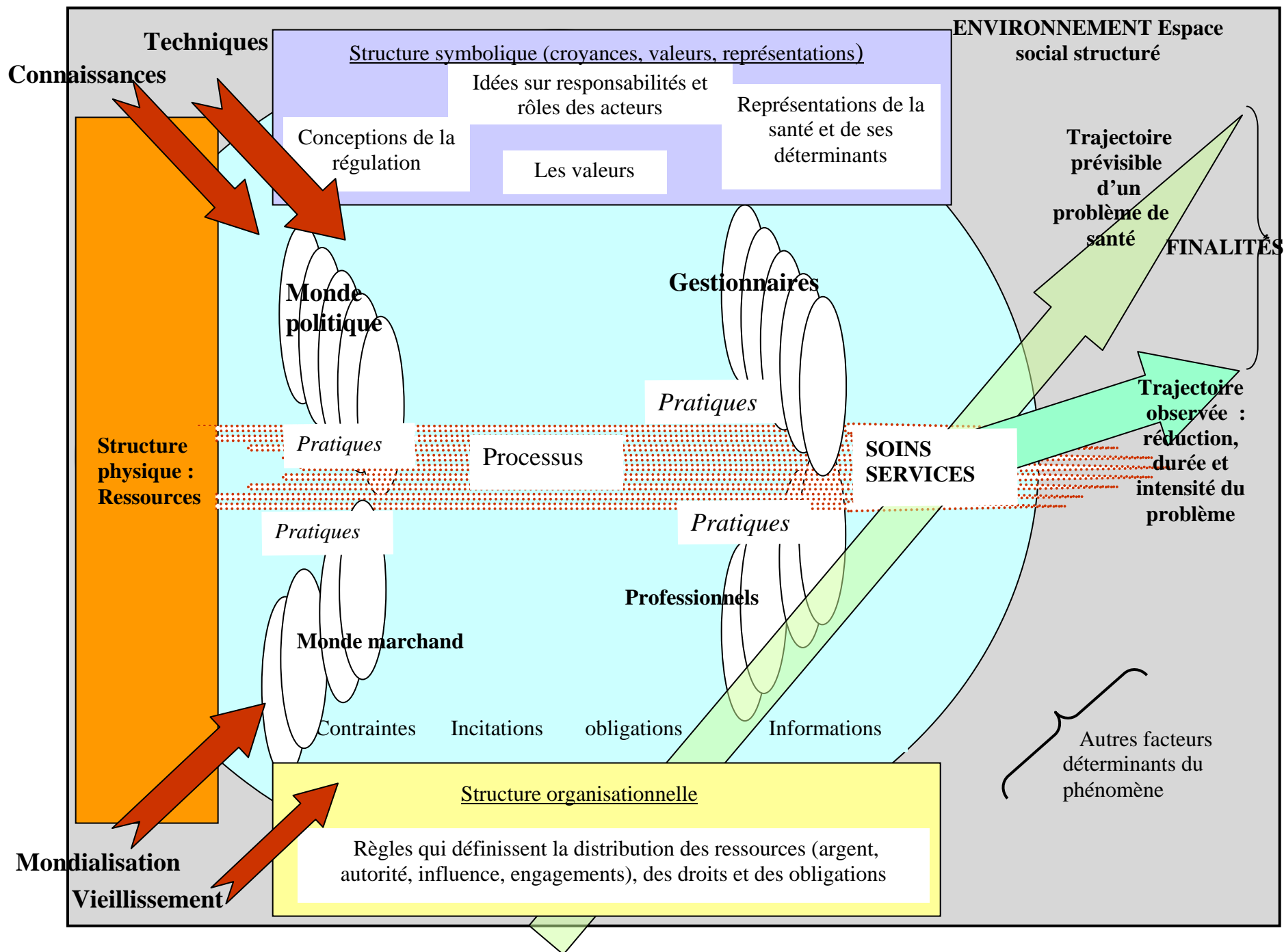
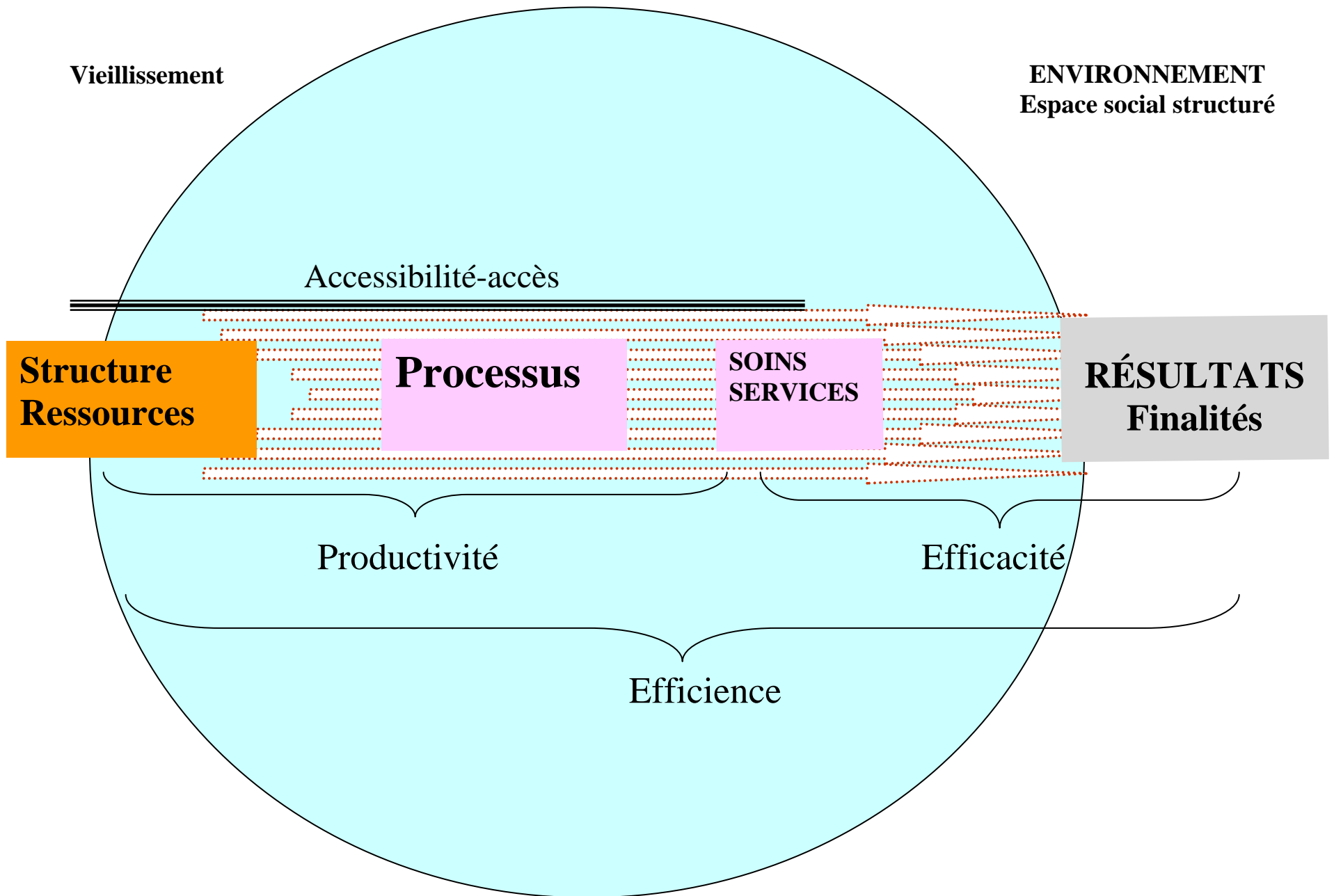


Figure 5 : Système organisé d'action, le processus



2. LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SERVICES DE SANTÉ : CADRE DE DÉFINITION

Concernant les systèmes de services de santé, il est souvent question tour à tour de *performance*, d'*efficience*, d'*efficacité*, de *rendement*, de *productivité*, de *qualité*, d'*accès*, d'*équité*, et d'autres notions sans que la nuance entre celles-ci - pourtant différentes - soit clairement établie.

Le choix a été fait, dans ce texte, de considérer la *performance* comme un **concept générique englobant l'ensemble de ces notions**. C'est pourquoi la question de l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé est ici abordée; l'efficience, l'efficacité, la qualité et d'autres notions apparaîtront alors comme des sous-dimensions de la performance.

Mais aussi fort soit-il, le concept de performance est souvent difficile à circonscrire. Il est donc important de faire un tour d'horizon des différentes définitions proposées afin de savoir exactement de quoi il s'agit.

2.1 La performance : modèles et définitions

Traditionnellement, le **modèle de l'atteinte des buts** est le plus utilisé par les analystes et les praticiens. Ce modèle correspond à la conceptualisation fonctionnaliste, rationnelle de l'organisation qui fut et demeure la perspective dominante en théorie des organisations. Selon cette approche, une organisation existe pour accomplir des objectifs spécifiques, et l'évaluation de sa performance consiste alors à estimer dans quelle mesure l'organisation a atteint ses objectifs (Sicotte *et al.*, 1999; Champagne, 2003).

Un deuxième modèle fréquemment utilisé est le **modèle des processus internes** selon lequel une organisation performante est celle qui fonctionne sans heurts suivant des normes établies, sans tensions excessives. La stabilité et le contrôle sont alors valorisés. Ce modèle place la mesure de la performance organisationnelle au niveau des processus internes de production (Champagne, 2003).

Lorsque les organisations sont perçues comme des systèmes ouverts, une grande importance est accordée aux relations établies entre l'organisation et son environnement. L'acquisition et le maintien d'un niveau adéquat de ressources deviennent alors des enjeux organisationnels majeurs. Premièrement élaboré par Yuchtman et Seashore (1967), puis par Benson (1975), ce **modèle de l'acquisition des ressources** représente pour plusieurs gestionnaires la définition opérationnelle de l'objet de l'organisation suggérant que le succès réside dans l'acquisition de ressources, la croissance et l'adaptation. La capacité d'une organisation à s'approprier dans l'environnement les

ressources requises à son bon fonctionnement et à sa survie deviennent ici d'importants critères pour juger de la performance (Sicotte *et al.*, 1999; Champagne, 2003).

Dans le **modèle des relations humaines** (qui repose sur une vision organique ou naturelle des organisations), l'accent est mis sur les activités nécessaires au maintien d'un climat satisfaisant de collaboration au sein de l'organisation et sur la satisfaction des besoins des gens qui y oeuvrent. Cela suggère qu'une organisation performante est celle qui parvient à fonctionner en tant que milieu de travail sain. La stabilité, le consensus, la motivation, le climat de travail sont des valeurs fondamentales (Sicotte *et al.*, 1999; Champagne, 2003).

Un cinquième modèle de performance organisationnelle est le **modèle politique** (*strategic constituencies model*) selon lequel une organisation performante est celle qui parvient à satisfaire les enjeux internes et externes. Ce modèle repose sur une vision politique ou stratégique selon laquelle les organisations sont des arènes politiques dans lesquelles les acteurs interagissent en fonction de leurs propres intérêts stratégiques. Ici, l'accent est mis sur la négociation et le compromis (Champagne, 2003).

Le **modèle de la légitimité sociale** (*social legitimacy model*), qui s'inscrit dans une perspective écologique du fonctionnement des organisations, considère qu'une « organisation est efficace dans la mesure où elle se maintient et survit en mettant en accord les processus et les résultats avec des valeurs sociales, des normes et des objectifs. Réputation, prestige et image sont alors des indicateurs de performance » (Champagne, 2003 : 2)

Ces modèles de l'évaluation de la performance organisationnelle sont basés sur différentes représentations conceptuelles de la performance.

D'autres auteurs ont choisi de renoncer à définir (au niveau conceptuel) la performance, et ont proposé des modèles, que l'on pourrait qualifier de « méthodologiques », de l'évaluation de la performance.

Le **modèle zéro défaut** (*fault-driven model*) estime qu'« une organisation est considérée comme performante si elle ne fait pas d'erreurs ou s'il n'y a pas de traces d'inefficacité » (Champagne, 2003 : 2). Plutôt que définir ce que pourrait être la performance, il s'agit ici de l'apprécier en identifiant des moments de *non performance*.

Un autre modèle méthodologique est le **modèle comparatif de performance** (*comparative, high performance model*) selon lequel « une organisation est jugée comparativement à d'autres organisations similaires. Généralement, le critère de performance est alors choisi en fonction des données disponibles pour les différentes organisations que l'on compare » (Champagne, 2003 : 2).

Enfin, le modèle méthodologique le plus populaire d'évaluation de la performance des organisations de services de santé est le **modèle normatif du système d'action rationnelle**. En s'inspirant des théories de l'action en sociologie (Weber, Parsons, Simon, etc.), Donabedian (1966) a proposé que la qualité des soins, et plus généralement la performance, puisse être évaluée en utilisant des normes non seulement de résultats, mais aussi de processus et de structure. (Champagne, 2003)

Par ailleurs, certaines organisations internationales ainsi que certains pays ont proposé leur propre définition de la performance dans leur cadre d'évaluation.

Pour l'**OMS**, dire qu'un système de services de santé est performant revient à comparer la réalisation des objectifs du système avec ce que le système peut être capable d'accomplir, c'est-à-dire l'atteinte des meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources (OMS, Rapport de la santé dans le monde, 2000). L'**OCDE** a également adopté cette définition.

→ Cette définition s'intègre dans le modèle de l'atteinte des buts.

Selon le **Bureau régional européen de l'OMS** avec son projet *Performance Assessment Tool for Quality improvement in Hospitals* (PATH) :

[Traduction] « un niveau satisfaisant de performance dans les hôpitaux réfère au maintien d'un fonctionnement qui correspond aux normes sociétales et professionnelles et à celles concernant les patients.

Un niveau de performance élevé dans les hôpitaux devrait se fonder sur les compétences professionnelles en relation avec les connaissances actuelles, sur les ressources et les technologies disponibles, sur l'efficacité de l'utilisation des ressources, sur les risques minimaux pour les patients, sur la réactivité des patients, et sur une contribution maximale aux résultats en matière de santé.

Au sein de l'environnement des soins de santé, la performance élevée dans les hôpitaux devrait davantage aborder la réactivité aux besoins et aux exigences de la collectivité, l'intégration des services dans l'ensemble du système de prestation des services, et un engagement soutenu envers la promotion de la santé.

Une performance élevée des hôpitaux devrait être évaluée en fonction de l'accessibilité des services hospitaliers à tous les patients, sans égard aux barrières physiques, culturelles, sociales, démographiques et économiques » (OMS, 2004, glossaire : 1)

→ Cette définition s'intègre dans les modèles de l'atteinte des buts, des processus internes, de l'acquisition de ressources, ainsi que dans le modèle de la légitimité sociale.

Au Royaume-Uni, le **NHS Performance Assessment Framework** définit la performance «a first class service » comme [Traduction] «la provision de services efficaces et efficients, appropriés et en temps opportun pour répondre aux besoins locaux de santé » (NHS Executive, 1999 : 4).

→ Cette définition s'intègre dans le modèle de l'atteinte des buts et le modèle des processus internes.

La **Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec** reprend à son compte la définition de la performance de l'OMS qu'elle définit comme « obtenir les meilleurs résultats possibles compte tenu des ressources disponibles » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000 : 3).

→ Cette définition s'intègre dans le modèle de l'atteinte des buts.

La **Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada** définit la qualité (associée ici à la performance) comme

« la dispensation des meilleurs soins possibles et l'obtention des meilleurs résultats possibles, chaque fois que les gens ont affaire au système de santé ou en utilisent les services (...) essentiellement, il s'agit de faire le meilleur travail possible avec les ressources disponibles. Cela signifie qu'il faut atteindre les buts et les objectifs fixés et cela peut se mesurer par rapport à des normes acceptées et valables. Améliorer la qualité peut avoir plusieurs sens. Pour les patients, la qualité élevée des soins de santé signifie des soins qui correspondent à leurs besoins et leurs attentes. Pour les professionnels de la santé, cette qualité signifie que leurs diagnostics sont exacts, qu'ils font partie d'un système qui fonctionne bien et que les soins qu'ils dispensent sont adéquats et efficaces. Pour notre société, cette qualité signifie une amélioration globale de la santé des Canadiens » (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002 : 165-166).

→ Cette définition s'intègre dans le modèle de l'atteinte des buts et le modèle des processus internes.

Comme on peut le constater, la performance est un concept aussi vaste qu'insaisissable, ce qui explique cette multiplicité de définitions, qui sont autant d'approches différentes et partielles de la performance.

Toute la difficulté est alors de trouver une définition plus globale qui synthétiserait toutes ces différentes approches.

C'est là tout l'intérêt des travaux de Sicotte, Champagne, Contandriopoulos *et al.*, qui ont élaboré un modèle intégrateur⁶ de la performance organisationnelle. Ce modèle permet de situer et comparer les concepts de performance entre eux selon les dimensions de la performance.

2.2 Le modèle intégrateur de la performance organisationnelle

Sicotte, Champagne, Contandriopoulos *et al.* ont conçu un « modèle intégrateur de la performance organisationnelle fondé sur une vision très générale des fonctions que doivent remplir toute organisation dans un environnement » (Sicotte *et al.*, 1999 : 37). Ce modèle s'inspire étroitement de la Théorie de l'action sociale de Parsons.

Cette théorie de l'action sociale précise les quatre fonctions essentielles qu'une organisation doit constamment maintenir pour survivre :

- 1- *Une orientation vers les buts.* Cette fonction est liée à la capacité de l'organisation d'atteindre des buts fondamentaux. Pour une organisation publique de santé, il peut s'agir de l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population, de l'efficacité, de l'efficience, de l'équité et de la satisfaction des divers groupes d'intérêt.
- 2- *Une interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter.* Dans le court terme, l'établissement de santé doit se procurer les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités (capacité d'acquisition des ressources, orientation vers les besoins de la population, capacité d'attraction de clientèles, habileté de mobilisation communautaire). Dans le plus long terme, l'établissement de services de santé doit développer son habileté à se transformer afin de s'adapter aux changements technologiques, populationnels, politiques et sociaux (habileté à innover et à se transformer).
- 3- *Une intégration de ses processus internes pour produire.* Il s'agit du noyau technique de l'organisation. Traditionnellement, c'est à ce niveau qu'on retrouve la majorité des indicateurs qui sont généralement utilisés pour mesurer la performance des établissements de services de santé (volume de services produits, coordination, productivité et qualité des soins).
- 4- *Un maintien de valeurs et normes qui facilitent et contraignent les trois fonctions précédentes.* Cette fonction est celle qui produit du sens, de la cohésion au sein de l'organisation.

6. Ce modèle est appelé « intégrateur » en ce sens qu'il intègre l'ensemble des différentes dimensions de la performance.

Chaque fonction est au centre d'un modèle singulier illustrant une dimension de la performance :

- 1- Modèle de l'*atteinte des buts*;
- 2- Modèle de l'*organisation ouverte ou acquisition des ressources*;
- 3- Modèle des *relations humaines*;
- 4- Modèle des *processus internes*.

Ces modèles illustrant une dimension de la performance organisationnelle et les fonctions essentielles à la survie des organisations qui leur sont associées sont relativement autonomes, mais ont également des liens étroits entre eux. C'est là toute la richesse de la théorie parsonienne, qui repose en grande partie sur les interactions et les liens réciproques devant exister entre les quatre fonctions fondamentales pour maintenir un système performant.

Dans le modèle intégrateur de Sicotte *et al.*, ces interactions sont appelées « alignements » ou « équilibres ».

- 1- *Alignement stratégique* (adaptation – atteinte des buts) : « Cette dimension de la performance évalue la compatibilité de la mise en œuvre des moyens (l'adaptation) en fonction des finalités organisationnelles (les buts); [ainsi que] la pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une plus grande adaptation organisationnelle ». (Sicotte *et al.*, 1999 : 39-40)
- 2- *Alignement allocatif* (adaptation – production) : « Cette dimension de la performance évalue la justesse d'allocation des moyens (l'adaptation); [et] comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de la production ». (Sicotte *et al.*, 1999 : 40)
- 3- *Alignement tactique* (atteinte des buts – production) : « Cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels à gouverner le système de production; [et] comment les impératifs et les résultats de la production viennent modifier le choix des buts de l'organisation. On s'interroge alors sur la pertinence des buts ». (Sicotte *et al.*, 1999 : 40)
- 4- *Alignement opérationnel* (maintien des valeurs – production) : Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement (ou négativement) le système de production, [ainsi que] l'impact des impératifs et des résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnels ». (Sicotte *et al.*, 1999 : 40)

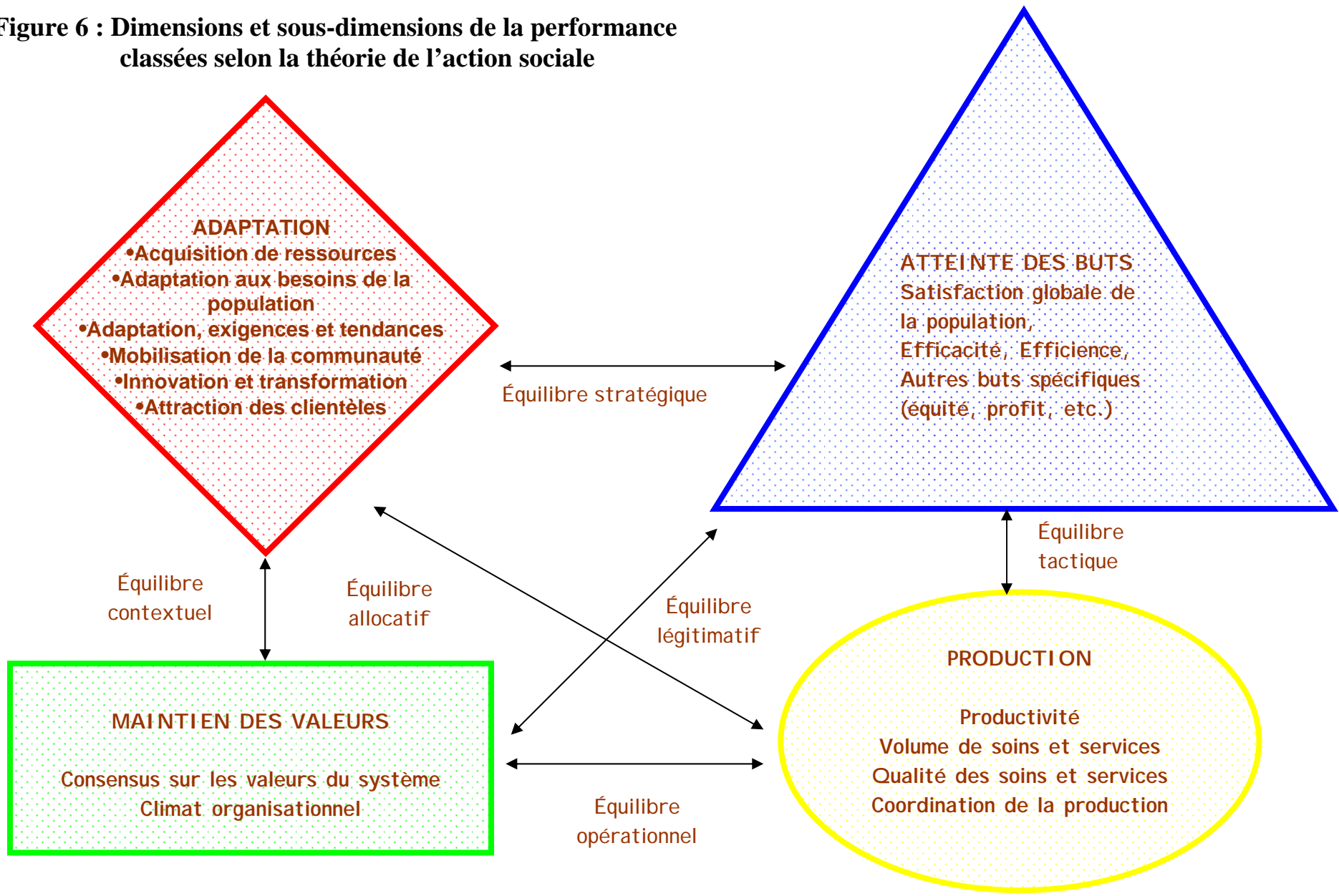
- 5- *Alignement légitimatif* (maintien des valeurs – atteinte des buts) : Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels; [et] comment le choix et la poursuite des buts de l'organisation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel ». (Sicotte et al., 1999 : 41)
- 6- *Alignement contextuel* (maintien des valeurs – adaptation) : Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement le système d'adaptation; [et] comment les impératifs et les résultats de l'adaptation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel ». (Sicotte et al., 1999 : 41)

Ce modèle est illustré à la **figure 6** (voir page suivante).

Ainsi, dans la perspective de ce modèle intégrateur, la performance organisationnelle est définie comme un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'organisation. On peut inférer ces qualités de la manière dont une organisation accomplit ses fonctions (perspective normative) et de la nature de l'équilibre entre les fonctions de l'organisation (perspective configurationnelle) (Sicotte *et al.*, 1999).

C'est à travers cette définition et ce modèle intégrateur que sera désormais abordée la performance des systèmes de services de santé, considérant qu'il s'agit là de l'approche la plus globale et la plus complète possible.

Figure 6 : Dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon la théorie de l'action sociale



Dans ce modèle intégrateur, qui servira ici de grille de lecture pour les différents cadres d'évaluation de la performance existants, les dimensions de la performance ont des définitions bien précises qu'il est bon de rappeler. Ces définitions sont présentées à l'intérieur du tableau 1.

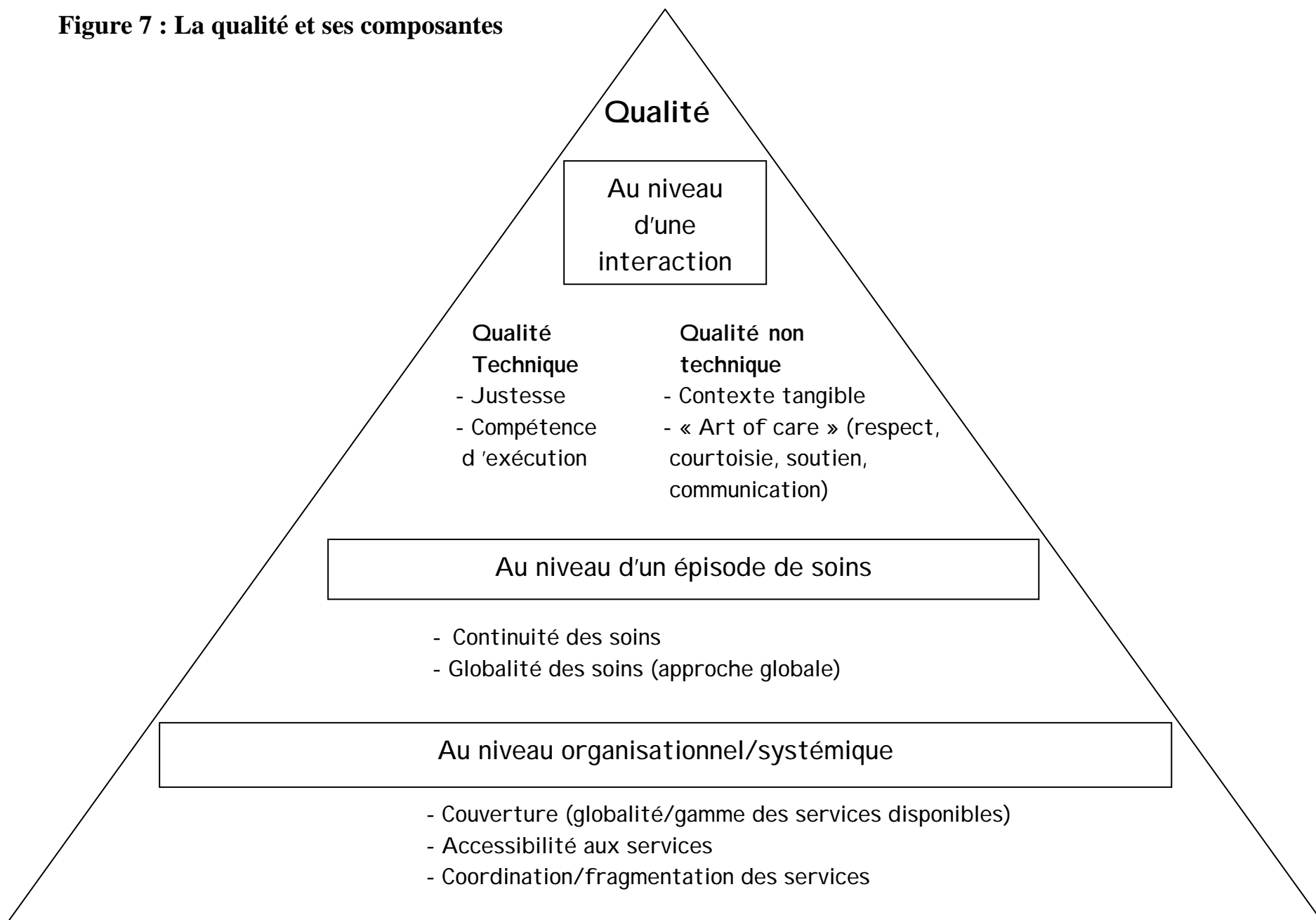
C'est en fonction de ces définitions que les dimensions des différents cadres d'évaluation seront classées à la section suivante (et non en fonction des définitions données par les différents organismes dans leurs cadres d'évaluation respectifs).

Tableau 1 : Définitions des dimensions de la performance dans le modèle intégrateur

Fonction dans le modèle intégrateur	Dimension de la performance	Définition
Atteinte des buts	Satisfaction globale de la population	Niveau d'appréciation de la population à l'égard du système.
	Efficacité	Résultats de santé attribuables aux services du système.
	Efficiences	Résultats de santé en fonction des sommes investies.
	Équité	Responsabilité collective de solidarité pour répartir de façon juste (en fonction des besoins) les services de santé/la santé entre les individus, des groupes, des régions, etc.
Production	Productivité	Optimisation de la production en fonction des ressources
	Qualité (voir figure 7, fin de la présente section)	Ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible tel que défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc définie par la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles, de consommation et sociales sur plusieurs dimensions du processus.
	Volume de soins et services	
	Coordination de la production	Ensemble des arrangements formels qui permettent un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée.

Fonction dans le modèle intégrateur	Dimension de la performance	Définition
Adaptation	Acquisition de ressources	
	Adaptation aux besoins de la population	Jusqu'à quel point les ressources et la structuration du système s'ajustent aux besoins de la population ?
	Adaptation aux exigences et tendances	Adaptation à l'environnement, aux forces externes affectant le système (nouvelles technologies, mondialisation, vieillissement...).
	Mobilisation de la communauté	Étendue et intensité du capital social du système, du support et de l'appui dont il bénéficie.
	Innovation et transformation	Capacité du système à innover et à se transformer.
	Attraction des clientèles	Capacité à maintenir une présence de marché en attirant la clientèle (situation concurrentielle favorable).
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs du système - Respect de la dignité - Sécurité - Service public - Santé	Consensus sur les manières d'être et d'agir reconnues comme idéales. Système commun de références permettant aux acteurs de coopérer pour réaliser de façon efficiente le projet collectif dans lequel ils sont impliqués.
	Climat organisationnel	[Traduction] « une vaste catégorie de variables, organisationnelles plutôt que psychologiques, qui décrivent le contexte organisationnel dans lequel se déroulent les actions des individus. Ces variables organisationnelles comprennent les pratiques interpersonnelles (le climat social) et les significations établies avec intersubjectivité qui découlent de processus organisationnels logiques. » (Glick 1988 : 133)

Figure 7 : La qualité et ses composantes



3. LES PRINCIPAUX CADRES D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SERVICES DE SANTÉ

3.1 Le cadre d'évaluation de l'OMS

Dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, l'OMS annonce un constat d'échec concernant les systèmes de santé dans le monde : des écarts immenses subsistent entre le *potentiel* des systèmes de santé et leur performance *effective*.

C'est pourquoi l'OMS juge dans ce rapport qu'il est urgent d'évaluer la performance actuelle des systèmes de santé, et de déterminer comment ils pourraient réaliser pleinement leur potentiel. Or, les informations disponibles sur les systèmes de santé sont souvent limitées au seul système de soins (c'est-à-dire à la fourniture et le financement des services de santé). Il est donc nécessaire de quantifier et d'évaluer l'ensemble du système de santé pour en juger le coût et l'efficacité.

Au niveau de l'OMS, cela a engendré l'élaboration d'un **cadre conceptuel commun de l'évaluation de la performance des systèmes de santé** qui devrait « aider les gouvernements des Etats Membres à mesurer leur propre performance, comprendre les facteurs qui y contribuent et l'améliorer pour mieux répondre aux besoins et aux attentes de leurs administrés » (OMS, 2000 : xii).

Précisons que le système de santé est ici défini comme « l'ensemble des activités dont le but est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé » (OMS, 2000 : 5).

L'OMS désigne alors trois objectifs fondamentaux, « intrinsèques » (qui sont une fin en soi) pour les systèmes de santé :

- Améliorer la santé de la population desservie → **amélioration de la santé**
- Répondre aux attentes des gens → **réactivité**
- Assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé → **équité financière**

Dans ce contexte, dire qu'un système de santé est performant revient à comparer la réalisation des objectifs du système avec ce que le système peut être capable d'accomplir, c'est-à-dire l'atteinte des meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources (OMS, 2000).

L'OMS identifie alors cinq dimensions de la performance correspondant à ces trois objectifs intrinsèques :

- Amélioration de la santé
 - Niveau de santé général
 - Distribution de la santé dans la population
- Réactivité (respect des personnes⁷, attention accordée aux clients⁸)⁹
 - Degré général de réactivité
 - Distribution de cette réactivité
- Équité de la contribution financière
 - Répartition de la contribution financière

Une série d'indicateurs et de mesures correspondant à ces trois objectifs ont été mis en place afin d'évaluer la performance des systèmes de santé.

Au final, c'est le rapport entre les résultats effectifs, les résultats potentiels de performance et les ressources consacrées au système de santé qui donne l'**indicateur général de performance du système de santé**.

Une fois que la performance du système de santé est évaluée, il faut essayer d'en comprendre les déterminants pour pouvoir expliquer une telle performance, et éventuellement l'améliorer.

C'est ce que l'OMS appelle les « 4 fonctions-clés » dans son rapport. Il s'agit de :

- **l'administration générale** : gestion prudente et responsable du bien-être de la population, responsabilité de l'État (ministères);
- **la production de ressources** : investissement dans la production de ressources et maintenance de leur qualité et de leur productivité;
- **la prestation de services** : manière dont les apports sont combinés pour permettre la prestation d'interventions et d'actions de santé;
- **le financement** : collecte des fonds, mise en commun des ressources et achat de services.

7. Le respect des personnes fait référence au respect de la dignité des personnes, à la confidentialité, à l'autonomie.

8. L'attention accordée aux clients fait référence à la rapidité de la prise en charge, à l'environnement de bonne qualité, au choix du prestataire, à l'accès à des réseaux d'aide sociale.

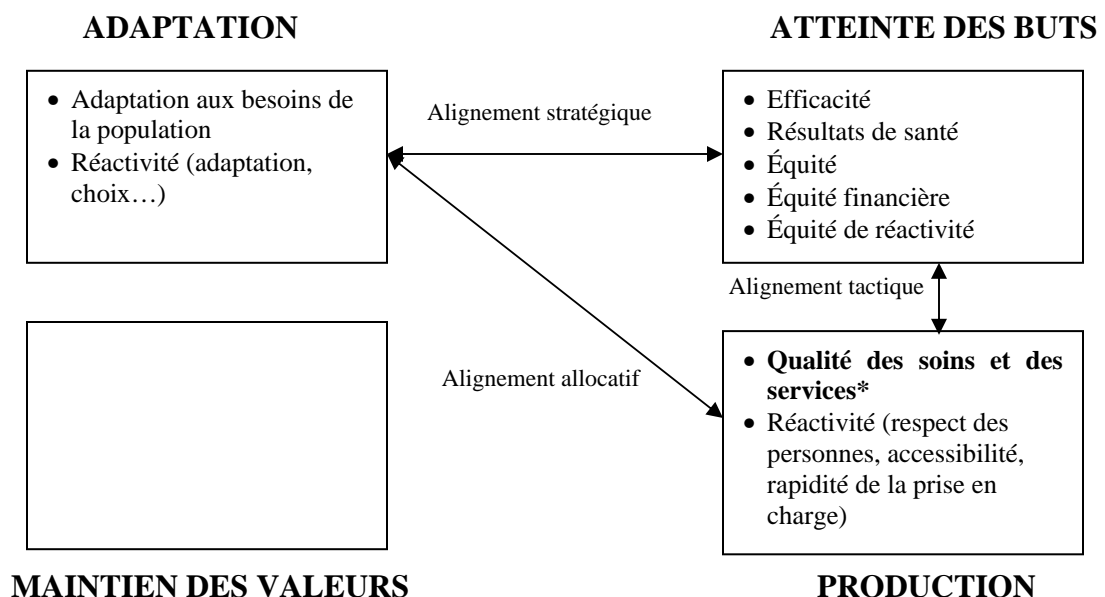
9. Ici, la réactivité fera à la fois partie de la *production* et de l'*adaptation*.

La connaissance de ces déterminants de la performance demeure limitée, et dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, l'OMS s'est essentiellement concentrée sur la mesure des trois objectifs intrinsèques, c'est pourquoi les Etats Membres ont demandé par la suite une application pratique de l'évaluation de ces quatre fonctions.

L'OMS a donc proposé des indicateurs pour évaluer ces fonctions, que l'on retrouve dans la publication *Health Systems Performance Assessment - Debates, Methods And Empiricism* (WHO, 2003).

En comparant la manière dont ces fonctions sont effectivement exécutées, on dispose d'une base pour mieux comprendre les variations de la performance dans le temps et dans l'espace.

Le cadre d'évaluation de l'OMS dans le modèle intégrateur :



* En gras : les dimensions de la performance aussi incluses dans le modèle intégrateur.

3.2 Le cadre d'évaluation du bureau régional européen de l'OMS

Le Bureau régional de l'Europe de l'OMS a récemment mis en place un cadre d'évaluation de la performance des hôpitaux appelé *Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals* (PATH) dans le but de [Traduction] « offrir un soutien aux hôpitaux afin qu'ils évaluent leur performance, remettent en question leurs propres résultats et les concrétisent en améliorations » (OMS Bureau régional de l'Europe, 2004 : p.1 du document *Presentation of the project*).

La définition de la performance adoptée dans le projet PATH est la suivante :

[Traduction] « Un niveau satisfaisant de performance dans les hôpitaux est le maintien d'un fonctionnement qui correspond aux normes sociétales et professionnelles et à celles concernant les patients.

Un niveau élevé de performance dans les hôpitaux devrait se fonder sur les compétences professionnelles en relation avec les connaissances actuelles, les ressources et les technologies disponibles, l'efficacité de l'utilisation des ressources, les risques minimaux pour les patients, la réceptivité des patients, et une contribution maximale aux résultats en matière de santé.

Au sein de l'environnement des soins de santé, une performance élevée dans les hôpitaux devrait davantage aborder la réceptivité aux besoins et aux exigences de la collectivité, l'intégration des services dans l'ensemble du système de prestation des services, et un engagement soutenu envers la promotion de la santé.

Un rendement élevé des hôpitaux devrait être évalué en fonction de l'accessibilité des services hospitaliers à tous les patients, sans égard aux barrières physiques, culturelles, sociales, démographiques et économiques » (OMS, 2004, glossaire : 1)

À partir de cette définition, le cadre d'évaluation du PATH identifie six dimensions de la performance, ayant chacune différentes sous-dimensions leur correspondant :

- **Efficacité clinique** → *efficacité* et *qualité* dans le modèle intégrateur
 - Processus de soins
 - Résultats des soins
- **Efficience** → *productivité* dans le modèle intégrateur
 - Caractère approprié → *qualité* dans le modèle intégrateur (*continuité*)
 - Intrants en relation avec les extrants en matière de soins
 - Utilisation maximale des technologies disponibles pour les meilleurs soins possibles
- **Souci du personnel**
 - Environnement de pratique
 - Points de vue et reconnaissance des besoins individuels
 - Activités de promotion de la santé et initiatives en matière de sécurité
 - Réactions comportementales et état de santé

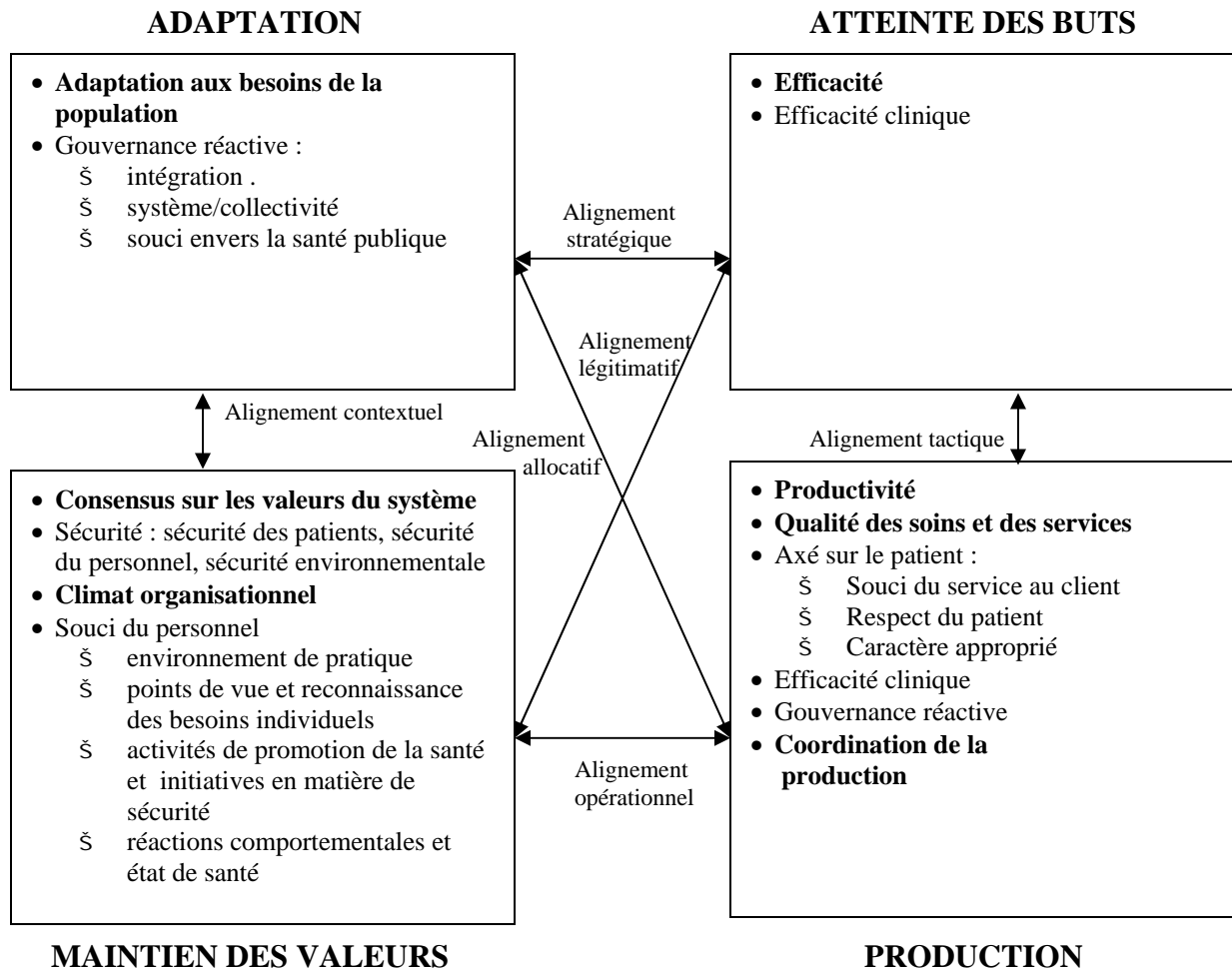
- **Gouvernance réactive** → *adaptation, qualité, coordination* dans le modèle intégrateur
 - Intégration système – collectivité
 - Orientation en matière de santé publique
- **Sécurité**
 - Sécurité des patients
 - Sécurité du personnel
 - Sécurité en matière d'environnement
- **Axé sur le patient** → *qualité (continuité)* dans le modèle intégrateur
 - Souci du service au client
 - Respect des patients

Tout un ensemble d'indicateurs opérationnels a alors été mis en place par les experts de l'OMS pour chacune de ces dimensions et sous-dimensions de la performance.

Ainsi, en proposant un tel cadre d'évaluation de la performance, le PATH

[Traduction] « fournit un système intégré qui englobe la mesure, l'évaluation et les actions. Sa spécificité réside dans le fait qu'il met l'accent sur la compréhension des indicateurs. Il préconise que les indicateurs ne peuvent être interprétés en vase clos. Le projet PATH ne fournit pas une liste d'indicateurs, mais plutôt un modèle. Ainsi, non seulement toutes les dimensions de la performance sont-elles abordées dans le cadre de travail du PATH, un modèle est également établi » (OMS, 2004, *Frequently asked questions* : 4).

Le cadre d'évaluation du PATH dans le modèle intégrateur :



3.3 Le cadre d'évaluation de l'OCDE

Toujours à un niveau supra-national, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a elle aussi mis en place un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé de ses pays membres s'inspirant en grande partie de celui de l'OMS (OCDE, 2002). L'OCDE désigne pour cela trois objectifs principaux que les systèmes de services de santé doivent atteindre :

- Amélioration de la santé et des résultats de santé (+)
- Réactivité et accessibilité (+)
- Contribution financière et dépenses en matière de santé (-)

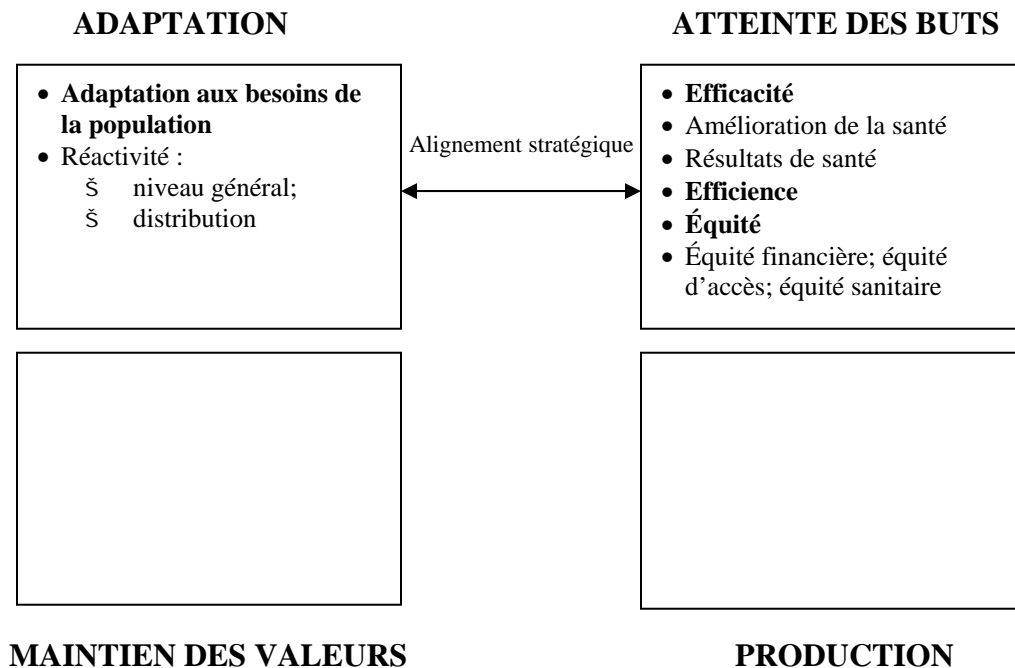
Pour chacun de ces objectifs, l'OCDE prend en compte d'une part leur *niveau moyen de satisfaction de chacun de ces trois objectifs*, qui permet de mesurer l'efficacité du système de santé; et d'autre part leur *niveau de distribution dans la population* qui permet de mesurer l'équité (Murray et Frenk, 2000)

Il y a ainsi quatre critères de performance qui se dégagent dans le cadre d'évaluation de l'OCDE :

- Amélioration de la santé, résultats sanitaires
- Réactivité
- Équité sanitaire, financière et d'accès
- Efficience, à la fois à un niveau macro-économique et micro-économique

L'OCDE s'efforce de mettre en place des indicateurs qui s'intègrent dans ce cadre d'évaluation, en plus de ceux qui sont déjà collectés systématiquement dans *OECD Health Data*.

Le cadre d'évaluation de l'OCDE dans le modèle intégrateur :



3.4 Le cadre d'évaluation britannique

Contrairement à d'autres pays dont le cadre sera étudié plus tard, le Royaume-Uni possède une longue tradition nationale de services de santé depuis la création du National Health System (NHS) en 1948.

C'est dans ce contexte et depuis l'élection du nouveau gouvernement en 1997 que le Département de la santé britannique a mis en place un ensemble de structures pour évaluer la performance de son système de services de santé.

Tout d'abord, le Département de la santé a développé le **NHS Performance Assessment Framework (PAF)**, basé sur le concept de *balanced scorecards*. Il s'agit d'un système unifié de mesures et d'évaluation de la performance dans le but de donner une image plus globale de la performance du NHS.

La performance «*a first class service*» est ici définie comme [Traduction] «la provision de services efficaces et efficients, appropriés et en temps opportun pour répondre aux besoins locaux de santé » (NHS, 1999 : 4).

Six domaines de performance sont identifiés dans ce cadre d'évaluation :

- Amélioration de la santé
- Accès équitable
- Prestation efficace des soins de santé appropriés
- Efficience → *productivité* dans le modèle intégrateur
- Expérience patient – « prodigueur » de soins
- Résultats en matière de santé liés aux soins du NHS

Une cinquantaine d'indicateurs ont été développés afin d'évaluer la performance du NHS et de mesurer l'écart existant entre cette performance effective et la performance souhaitée.

Il est important de préciser que la notion de *qualité* de services de santé¹⁰ est présente dans l'ensemble de cette approche de la performance, et devient une préoccupation prioritaire. Le NHS a alors pour objectif d'assurer à la population un accès équitable à des soins efficaces et de bonne qualité.

10. La qualité correspond ici à faire les bonnes choses, au bon moment, pour les bonnes personnes, et bien les faire.

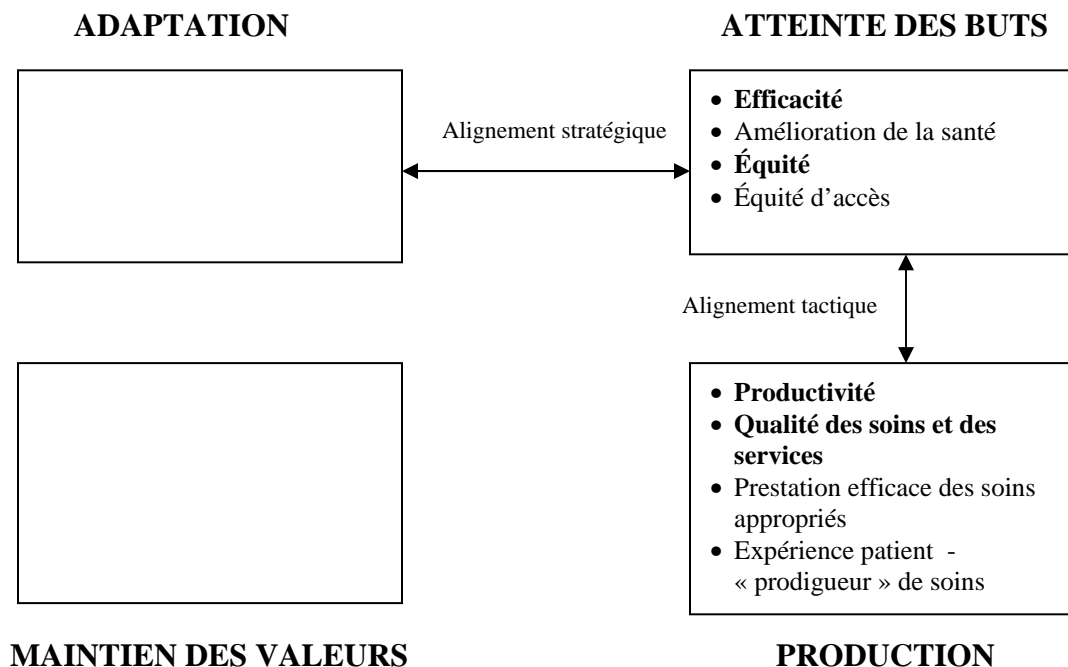
On distingue quatre perspectives différentes dans le PAF du NHS, celles :

- de l'utilisateur des services
- de gestion interne
- de l'amélioration continue
- des points de vue financiers

Parallèlement à ce cadre d'évaluation, différentes structures ont été mises en place pour définir des normes de performance et surveiller la réalisation des objectifs du NHS : le National Service Framework (NSF) et le National Institute for Clinical Excellence (NICE); ou encore pour surveiller et soutenir l'évolution de la performance, la Commission for Health Improvement.

Précisons que le PAF du NHS a d'abord été appliqué aux Health Authorities (autorités sanitaires), et devrait être étendu aux prestataires de soins, tant ceux des hôpitaux que ceux des groupes de soins primaires.

Le cadre d'évaluation du PAF du NHS dans le modèle intégrateur :



3.5 Les différents cadres d'évaluation aux États-Unis

Dans le contexte où le système de services de santé américain est très fragmenté et rencontre de nombreuses difficultés, il est apparu nécessaire d'évaluer la performance de celui-ci.

Bien que les États-Unis soient considérés comme l'un des leaders en matière de mesure et de surveillance (*monitoring*) de la performance, il n'existe pas de véritable cadre national d'évaluation de la performance. En fait, il s'agit plutôt d'une multitude d'initiatives qui ont été lancées, qu'elles soient publiques ou privées.

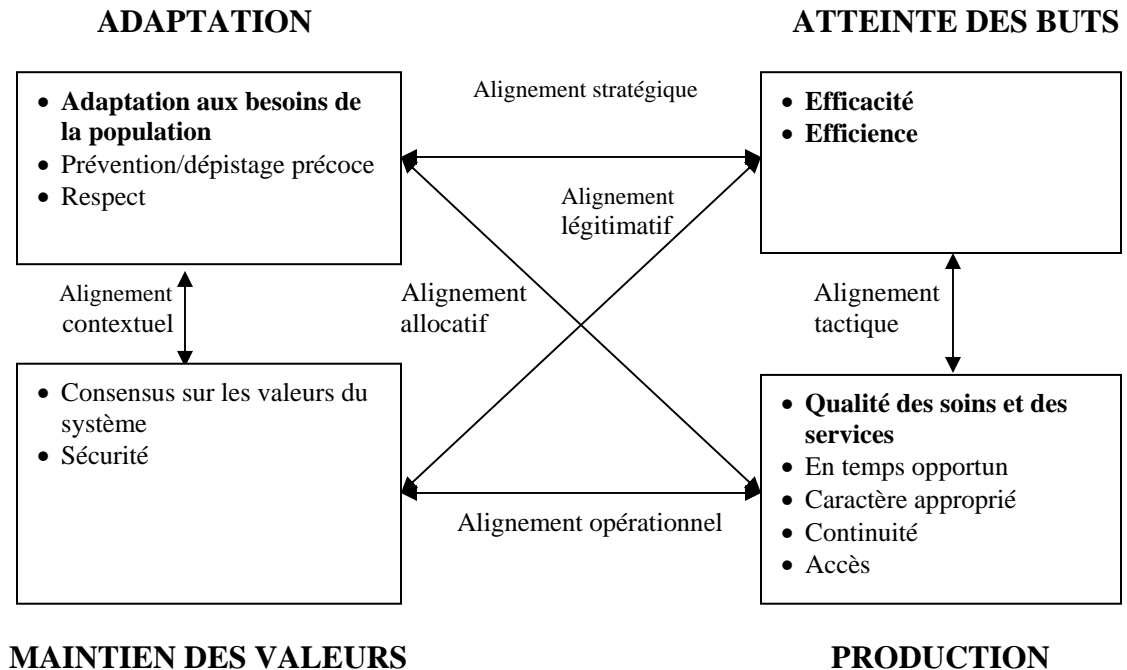
3.5.1 Le cadre d'évaluation de la JCHAO

C'est le secteur privé qui, le premier, a essayé d'évaluer la performance du système de services de santé américain dès les années 80 grâce, entre autres, à la mise en place de structures comme le National Committee on Quality Assurance (NCQA) et la Joint Commission of Healthcare Organisation (JCAHO), qui envisagent la performance d'après les critères suivants :

- Disponibilité – accessibilité
- Caractère approprié
- Continuité
- Efficacité
- Efficience
- Prévention – dépistage précoce
- Sécurité
- Respect – soins
- Au moment opportun

Dans ce cadre d'évaluation, la performance (*effectiveness*) est définie comme [Traduction] « la mesure dans laquelle les soins sont prodigués de la bonne manière, étant donné l'état des connaissances, pour obtenir les résultats de santé du patient désirés ou prévus » (Arah, 2003 : 388).

Le cadre d'évaluation de la JCAHO dans le modèle intégrateur :



3.5.2 Le cadre d'évaluation de l'IOM

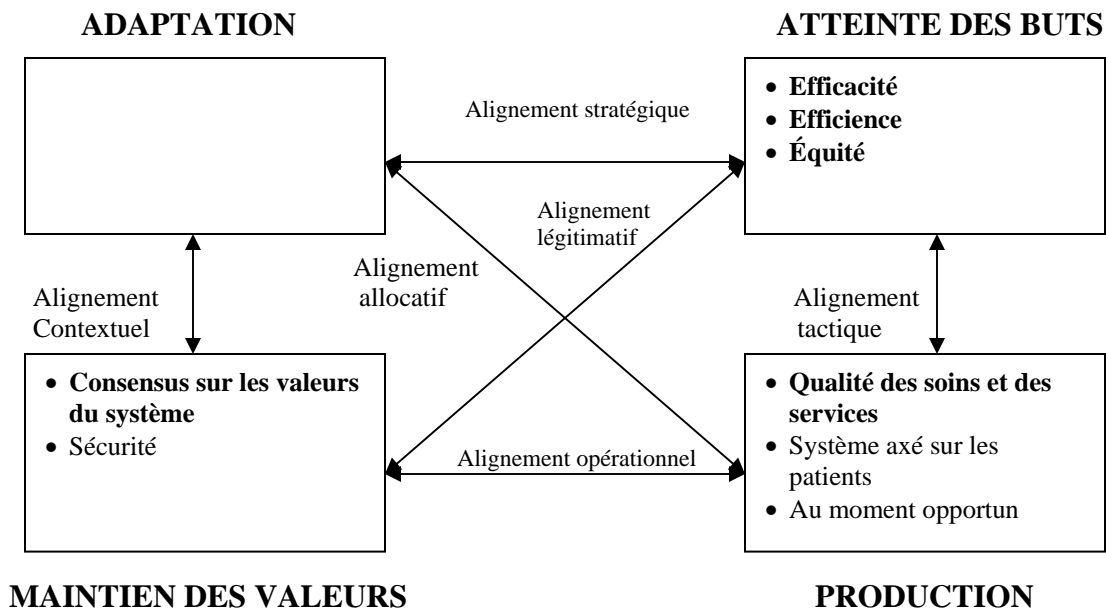
Plus tard (à partir de 1997), dans la lignée de la President's advisory Commission on Consumer protection and Quality in the Health Care Industry, l'Institute of Medicine (IOM) a mis en place un cadre d'évaluation national pour l'amélioration du système de santé, qui met l'accent sur six domaines de performance.

Dans ce cadre d'évaluation, la performance est définie comme [Traduction] « procurant des services fondés sur la connaissance scientifique à tous ceux qui pourraient en profiter, et s'abstenant de procurer des services à ceux qui ne sont pas susceptibles d'en profiter (évitant la sur-utilisation et la sous-utilisation) » (Arah, 2003 : 388). Les six domaines couverts par ce cadre sont :

- Sécurité
- Efficacité
- Système axé sur les patients
- Au moment opportun
- Efficience
- Équité

L'IOM prétend ainsi que [Traduction] « un système de santé qui obtient des gains importants dans ces six domaines est beaucoup mieux à même de combler les besoins des patients » (Arah, 2003 : 387).

Le cadre d'évaluation de l'IOM dans le modèle intégrateur :



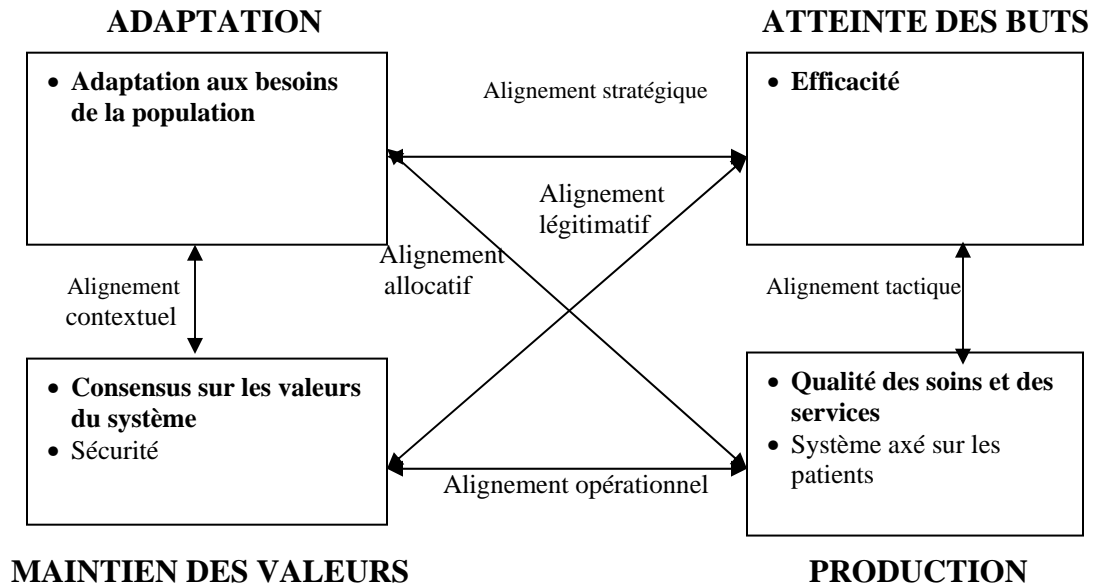
D'autres structures ont été mises en place, toujours dans un objectif d'évaluation de la performance : le National Health Care Quality Report, le National forum for quality measurement and reporting, enfin le Consumer Assessment for Health Plans study (CAHPS) et le Health Employer Data Information Set (HEDIS).

3.5.3 Le cadre d'évaluation du National Health Care Quality Report

Le National Health Care Quality Report est un cadre d'évaluation conceptuel visant à améliorer la performance du système de services de santé des États-Unis. L'accent est mis sur deux grandes dimensions de la performance ayant chacune des sous-dimensions leur correspondant :

- Qualité des soins de santé
 - Sécurité
 - Efficacité
 - Système axé sur les patients
- Points de vue des clients sur les besoins en soins de santé
 - Se maintenir en santé
 - Se rétablir

Le cadre d'évaluation du NHCQR dans le modèle intégrateur :



Toute la difficulté dans le cas américain réside dans cette multiplicité de structures.

3.6 Le cadre d'évaluation néo-zélandais

Dans cette dynamique mondiale d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande a mis en place la New Zealand Health Strategy qui définit des priorités, ou encore l'initiative de Improving Quality, a Systems approach for the New Zealand Health and Disability Sector.

Précisons que dans le cas néo-zélandais, l'accent est mis sur la *qualité* pour aborder le sujet de la performance : [Traduction] « la qualité est définie comme la pierre angulaire d'un système ultraperformant » (New Zealand Ministry of Health, 2003 : 1).

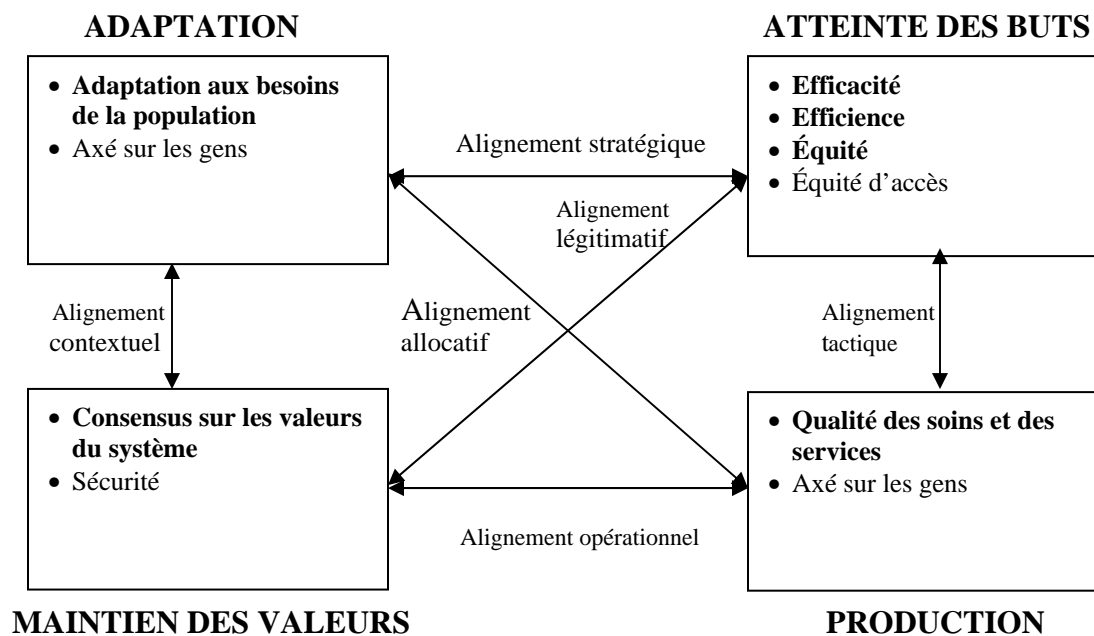
La qualité est ici définie comme [Traduction] « la mesure dans laquelle les services aux individus ou aux populations augmentent la probabilité des résultats désirés pour la santé et/ou augmentent la participation et l'indépendance des gens à l'égard de l'invalidité, et correspondent à la connaissance professionnelle actuelle » (New Zealand Ministry of Health, 2003 : vii).

Dans ce contexte, la Nouvelle-Zélande identifie cinq dimensions de la qualité et de la performance :

- Axée sur les gens → *adaptation et qualité* dans le modèle intégrateur
- Accès et équité
- Sécurité
- Efficacité
- Efficience

Le gouvernement a alors mis en place le District Health Board Funding and Performance (DHBF&P) qui établit des indicateurs opérationnels s'inscrivant dans le cadre de la New Zealand Health Strategy.

Le cadre d'évaluation néo-zélandais dans le modèle intégrateur :



3.7 Le cadre d'évaluation australien

Depuis les années 90, de nombreux efforts ont été déployés par le gouvernement fédéral australien afin de développer un cadre d'évaluation cohérent de la performance du système de santé.

C'est ainsi qu'en 2000, le National Health Performance Committee (NHPC) a mis en place un nouveau cadre d'évaluation et de mesure de la performance, l'Australian National Health performance Framework qui se décompose en trois niveaux ayant chacun des caractéristiques particulières (il a été grandement inspiré du cadre d'évaluation canadien) :

- **État de santé et résultats :** (Les Australiens sont-ils en santé ? En est-il de même pour tous ? Où se situe la meilleure possibilité d'amélioration ?)
 - États de santé
 - Fonction humaine
 - Espérance de vie et bien-être
 - Mortalité

- **Déterminants de la santé :** (Les facteurs déterminant la santé changent-ils pour le mieux ? En est-il de même pour tous ? Où et pour qui se détériorent-ils ?)
 - Facteurs environnementaux et socioéconomiques
 - Capacité de la collectivité
 - Comportements en matière de santé
 - Dimensions liées à l'individu

- **Performance du système de services de santé :** (À quel point le système de services de santé réussit-il à offrir des mesures de qualité pour améliorer la santé des Australiens ? En est-il de même pour tous ?)
 - Efficacité
 - Caractère approprié
 - Efficience
 - Réactivité
 - Accessibilité
 - Sécurité
 - Continuité
 - Capacité
 - Viabilité

Le NHPC inclut l'équité dans chacune de ces catégories en posant la question [Traduction] « En est-il de même pour tous ? » (National Health Performance Committee, 2001 : 1).

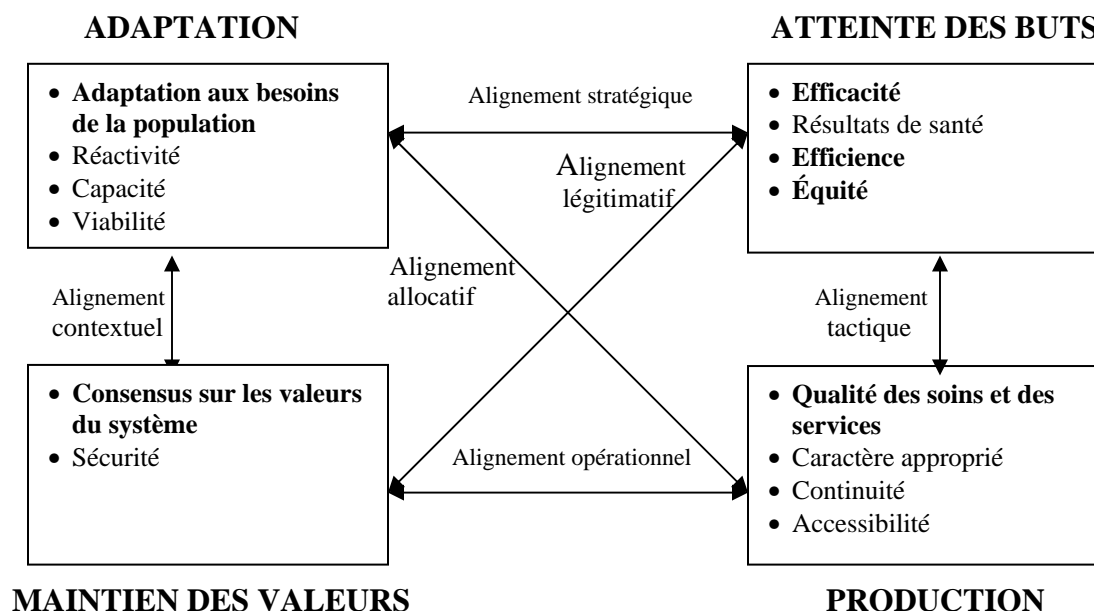
Plusieurs indicateurs ont été mis en place afin de mesurer ces domaines de performance.

La qualité de services de santé fait là encore partie intégrante de la performance dans ce cadre d'évaluation : [Traduction] « Un système offrira une bonne performance s'il livre des interventions de qualité supérieure d'une manière économique » (National Health Performance Committee, 2001 : 1).

L'amélioration de la qualité est ainsi devenue le centre d'intérêt de diverses initiatives australiennes telles que le National Health Priority Action Council (NHPAC), le National Institute of Clinical Studies (NICS) et le Australian Council for Safety and Quality in Health Care (ACSQHC).

Le but intrinsèque de l'Australian Framework est, à terme, d'améliorer la performance du système. Il est censé s'appliquer à la fois aux niveaux national, étatique et local grâce à des accords entre le Commonwealth et chacun des États et des territoires.

Le cadre d'évaluation australien dans le modèle intégrateur :



Par ailleurs, plusieurs États et territoires ont mis en place leurs propres systèmes de mesure de la performance (bien sûr en accord avec le cadre national).

Par exemple, le Framework for Managing the Quality of Services in NSW (New South Wales), mis en place en 1999, identifie six dimensions de la qualité :

- Sécurité
- Efficacité
- Efficience
- Caractère approprié
- Participation des clients
- Accessibilité

Ou encore à Victoria où le Victorian Department of Human Services a développé son rapport annuel *Hospital Comparative Data* et des indicateurs de qualité concernant les domaines suivants :

- Accès aux soins
- Acceptabilité des soins
- Caractère approprié et sécurité
- Continuité des soins
- Efficacité organisationnelle des soins.

3.8 Les cadres d'évaluation canadiens

Au Canada, tout un ensemble d'initiatives ont été lancées afin de mesurer et surveiller la performance du système de santé, que ce soit aux niveaux national, provincial, voire hospitalier.

3.8.1 Au niveau fédéral

En 2000, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a proposé, en collaboration avec Statistique Canada, un cadre conceptuel d'évaluation de la performance des systèmes de santé dans le cadre de l'*Initiative du Carnet de route : lancer le processus*.

Ce modèle est basé sur une conception large de la santé, et propose quatre dimensions principales de la performance ayant chacune des sous-dimensions leur correspondant :

- État de santé
- Conditions de santé
- Fonctions humaines
- Bien-être
- Mortalité

- Déterminants non médicaux de la santé
 - Comportements sanitaires
 - Conditions de vie et de travail
 - Ressources personnelles
 - Facteurs environnementaux
- Performance du système de services de santé
 - Acceptabilité → à quel point le système de services de santé répond-il à nos attentes
 - Accessibilité → savoir s'il est possible d'obtenir les services dont on a besoin là et où le besoin se fait sentir
 - Caractère approprié (*appropriateness*) → savoir si les soins correspondent à nos besoins et s'ils sont fondés sur des normes établies
 - Compétence → savoir si les connaissances et les habiletés des soignants sont appropriées aux soins qu'ils prodiguent
 - Continuité → comment les services se complètent – coordination, intégration, facilité à s'y retrouver
 - Efficacité → à quel point les services fonctionnent et à quel point ils ont une incidence sur notre santé
 - Efficience → atteindre les meilleurs résultats aux coûts les moins élevés
 - Sécurité → minimiser les risques éventuels d'un environnement ou service de santé
- Caractéristiques du système de santé et de la collectivité

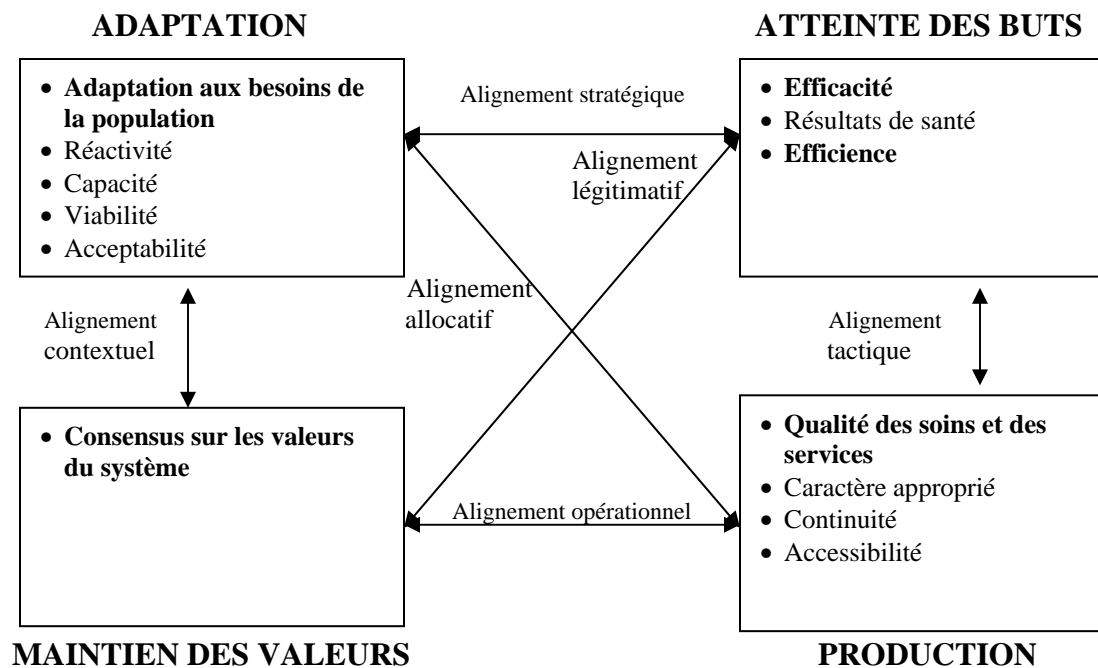
Tout un ensemble d'indicateurs a été mis en place pour mesurer ces différentes catégories de performance.

À la suite du Communiqué sur la santé de septembre 2000, les premiers ministres du Canada ont convenu de fournir à la population des rapports détaillés et réguliers sur la performance du système de santé. Le premier rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé, en 2002, établit des mesures pour évaluer le système public de soins et de services de santé, et identifie trois objets d'évaluation de la performance :

- l'état de santé
- les résultats de santé
- la qualité des services

l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé s'inscrit dans le cadre des travaux initiés par ce communiqué sur la santé de septembre 2000 : de nouveaux indicateurs ont été élaborés pour les objectifs d'état de santé, de résultats de santé et de qualité des services, qui sont tous les trois maintenus. Il est ainsi question d'évaluer le système de santé et, plus particulièrement, le système public de soins de santé, avec une finalité affichée d'information au public et d'imputabilité du rendement.

Le cadre d'évaluation canadien dans le modèle intégrateur :



3.8.2 Au niveau provincial

Plusieurs gouvernements ont mis en place leur propre système d'évaluation et leurs propres critères de performance :

Au Québec :

Dans le cadre du Communiqué sur la santé de septembre 2000, le Québec, comme les autres provinces et territoires, s'est engagé à présenter un rapport sur les indicateurs comparables de la santé en 2002. Le premier *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois - indicateurs et tendances de 2002*, illustre les priorités en matière de santé.

Le Québec a adapté le cadre d'évaluation fédéral et a choisi comme catégories d'évaluation du système public québécois de services de santé :

- La santé de la population
- La qualité des services

Ces catégories reprennent la grande majorité des composantes et des objectifs proposés dans le cadre fédéral (entente fédérale-provinciale).

Également, le ministère de la Santé et des Services sociaux réfléchit quant à l'approche d'évaluation de la performance qu'il va adopter. Le MSSS pense arrimer les différentes mesures qu'il a déjà établies à des objectifs globaux de performance (comme par exemple l'accessibilité, la réactivité, etc.). Actuellement, l'évaluation de la performance est très quantitative et peu approfondie.

En Ontario :

Le ministère de la Santé ontarien a lui aussi proposé une série de mesures-clés en lien avec la performance. Il s'agit de :

- services communautaires pour préserver et protéger la santé des citoyens
- services professionnels fournissant des soins primaires et des soins spécialisés
- services institutionnels fournissant des soins actifs de longue durée en établissement

De plus, l'Université de Toronto et la Ontario Hospital Association produisent des rapports de performance des soins hospitaliers depuis 1998. Leur attention est ciblée sur les dimensions suivantes de la performance :

- l'utilisation et les résultats cliniques
- la performance et les conditions financières
- la satisfaction des patients
- l'intégration et le changement au système

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ne perd pas ainsi de vue son objectif qui est d'améliorer son système de services de santé. En liant l'efficacité des services à la mesure de la performance, le Ministère peut juger si ses réformes donnent de bons résultats. Les mesures d'évaluation de la performance aident également le Ministère à planifier la viabilité du système de services de santé.

En Saskatchewan :

Le ministère de la Santé a développé un cadre conceptuel ainsi que des indicateurs afin d'évaluer la performance à travers les dimensions suivantes :

- Intrants
- Processus
- Satisfaction du patient et du prestataire
- Extrants
- Résultats

L'originalité majeure du gouvernement de la Saskatchewan réside dans la création, en 2002, du Health Quality Council. Il s'agit d'un organisme indépendant ayant pour mission de signaler et de recommander les manières innovatrices d'améliorer la qualité des soins dans le système de santé et de rendre compte de ses activités à la population par le biais d'une rencontre publique d'information. Il est tenu, de plus, de diffuser régulièrement à la population des rapports et des avis sur les travaux qu'il entreprend à l'égard de la performance du système de santé et de la qualité des soins en Saskatchewan. C'est le premier organisme de la sorte au Canada.

4. L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SERVICES DE SANTÉ : SYNTHÈSE

4.1 Les différents cadres d'évaluation de la performance et leurs principales dimensions

En guise de synthèse, voici un tableau présentant les différentes dimensions comprises dans chacun des cadres employés ici et ailleurs pour évaluer la performance des systèmes de santé.

Tableau 2 : Les principales dimensions des différents cadres d'évaluation de la performance

OMS	PATH	OCDE
<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la santé Niveau général de santé – état de santé Distribution de la santé dans la population (inégalités) - Qualité - Équité Équité financière - Réactivité (respect des personnes, attention accordée aux clients) Degré général de réactivité Distribution de cette réactivité 	<ul style="list-style-type: none"> - Efficience - Sécurité Sécurité des patients Sécurité du personnel Sécurité environnementale - Système axé sur les patients Souci du service au client Respect du patient - Efficacité clinique - Souci du personnel - Gouvernance réactive 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la santé Niveau général de santé – État de santé Distribution de la santé dans la population (inégalités) - Efficience - Équité Équité financière Équité d'accès Équité sanitaire - Réactivité Degré général de réactivité Distribution de la réactivité

Royaume-Uni	États-Unis	Nouvelle-Zélande
<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la santé - Résultats pour la santé - Efficience - Qualité - Équité d'accès - Prestation efficace des soins appropriés - Expérience patient-prodiges de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Efficience : JCHAO, IOM - Efficacité : JCHAO, IOM, NHCQR - Équité : IOM - Sécurité : JCHAO, IOM, NHCQR - Système axé sur les patients : IOM, NHCQR - Au moment opportun : JCHAO, IOM - Accessibilité : JCHAO - Caractère approprié : JCHAO - Qualité : NHCQR - Continuité : JCHAO - Réactivité : JCHAO 	<ul style="list-style-type: none"> - Efficience - Efficacité - Équité d'accès - Sécurité - Système axé sur les patients
Australie	Canada	Québec
<ul style="list-style-type: none"> - Niveau général de santé – état de santé - Résultats pour la santé - Efficience - Efficacité (<i>effectiveness</i>) - Qualité - Équité - Réactivité - Accessibilité - Caractère approprié - Sécurité - Continuité - Capacité - Viabilité - Déterminants de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau général de santé – état de santé - Résultats pour la santé - Efficience - Efficacité (<i>effectiveness</i>) - Qualité - Réactivité - Accessibilité - Caractère approprié - Continuité - Capacité - Viabilité - Déterminants de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau général de santé – état de santé - Qualité

4.2 Les principales dimensions de la performance des différents cadres d'évaluation et leur place dans le modèle intégrateur

Les dimensions de la performance prises en considération dans les différents cadres d'évaluation adoptés par les organisations étudiées plus tôt dans le texte peuvent être classées selon les fonctions du modèle intégrateur. Les tableaux suivants permettent de visualiser les cadres auxquels sont associées les différentes dimensions de la performance et à quelles fonctions du modèle intégrateur ces dimensions réfèrent. Le tableau 3 présente les dimensions de la performance dans la fonction de l'atteinte des buts (B), le tableau 4 dans la fonction de la production (P), le tableau 5 dans la fonction de l'adaptation (A) et le tableau 6, dans la fonction du maintien des valeurs (V).

Tableau 3 : Les dimensions de la performance dans la fonction de l'atteinte des buts (B)

Fonction du modèle intégrateur	Dimensions de la performance	OMS	PATH	OCDE	Royaume-Uni	États-Unis (IOM)	États-Unis (JCHAO)	États-Unis (NHCQR)	Nouvelle-Zélande	Australie	Canada	Québec
B	1- Amélioration de la santé	x		x	x							
B	Niveau général de santé	x		x						x	x	x
B	Distribution de la santé dans la population	x		x								
B	2- Efficience		x	x	x	x	x		x	x	x	
B	3- Efficacité					x	x	x	x	x	x	
B	4- Efficacité clinique		x									
B	5- Équité	x		x		x				x		
B	Équité financière	x		x								
B	Équité d'accès			x	x				x			
B	Équité sanitaire			x								

Tableau 4 : Les dimensions de la performance dans la fonction de la production (P)

Fonction du modèle intégrateur	Dimension de la performance	OMS	PATH	OCDE	Royaume-Uni	États-Unis (IOM)	États-Unis (JCHAO)	États-Unis (NHCQR)	Nouvelle-Zélande	Australie	Canada	Québec
P	6- Accessibilité						x			x	x	
P	7- Caractère approprié						x			x	x	
P	8- Qualité	x			x					x	x	x
P	9- Prestation efficace de soins appropriés				x							
P	10-Expérience patient-prodigueur de soins				x							
P	11- Système axé sur les patients		x			x		x	x			
P	Souci du service au client		x									
P	respect		x									
P	12- Au moment opportun					x	x					
P	13- Continuité						x			x	x	

Tableau 5 : Les dimensions de la performance dans la fonction de l'adaptation (A)

Fonction du modèle intégrateur	Dimension de la performance	OMS	PATH	OCDE	Royaume-Uni	États-Unis (IOM)	États-Unis (JCHAO)	États-Unis (NHCQR)	Nouvelle-Zélande	Australie	Canada	Québec
A	14- Capacité									x	x	
A	15- Viabilité									x	x	
A	16- Gouvernance réactive		x									
A	17- Réactivité	x		x			x	x		x	x	
A	Degré général de réactivité	x		x								
A	Distribution de cette réactivité	x		x								

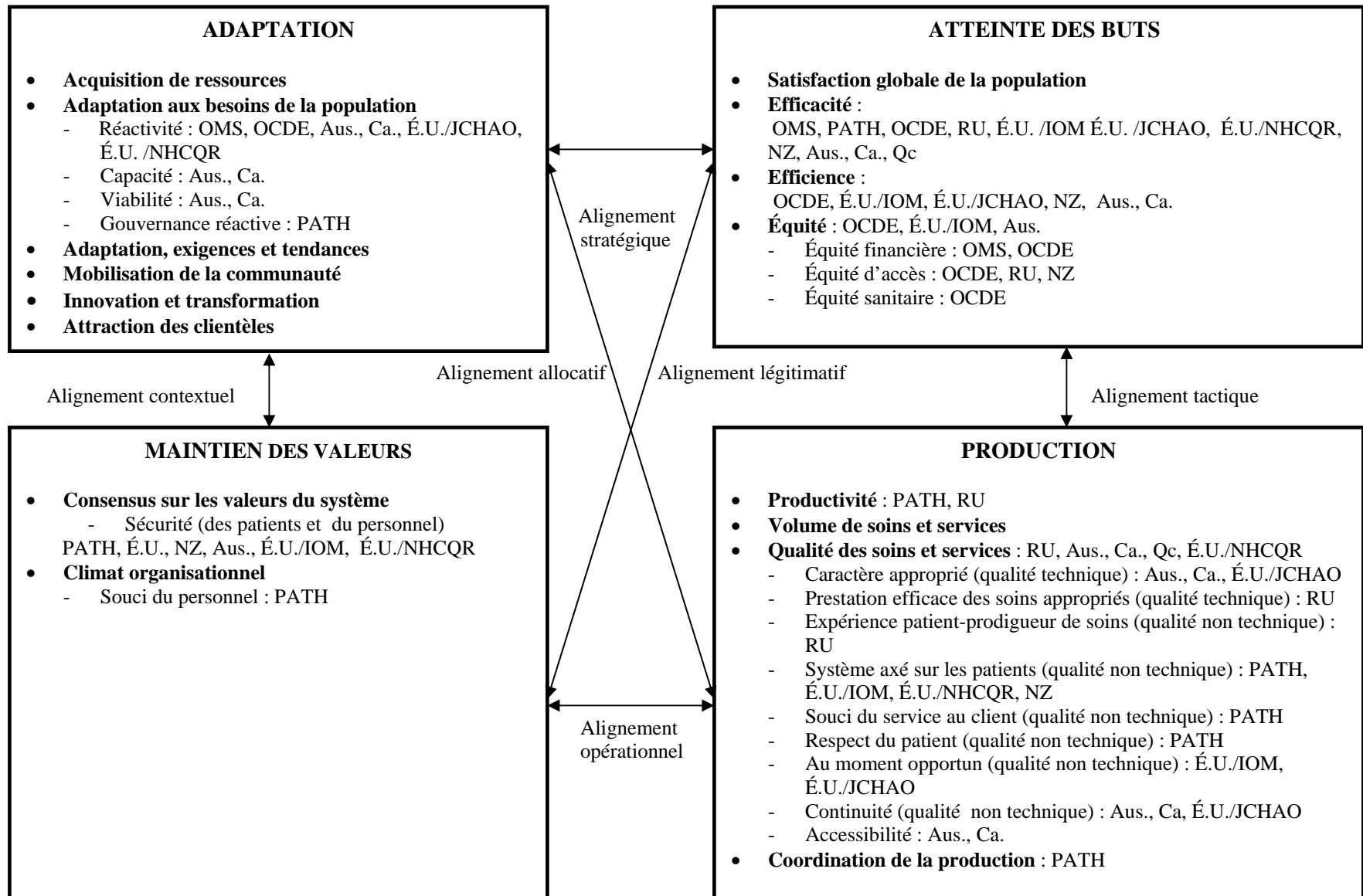
Tableau 6 : Les dimensions de la performance dans la fonction de maintien des valeurs (V)

Fonction du modèle intégrateur	Dimension de la performance	OMS	PATH	OCDE	Royaume-Uni	États-Unis (IOM)	États-Unis (JCHAO)	États-Unis (NHCQR)	Nouvelle-Zélande	Australie	Canada	Québec
V	18- Sécurité		x			x	x	x	x	x		
V	Sécurité des patients		x									
V	Sécurité du personnel		x									
V	Sécurité environnementale		x									
V	19- Souci du personnel		x									
V	20- Déterminants de la santé									x	x	

4.3 Dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon le modèle intégrateur

Il est aussi possible de présenter de façon schématisée la classification des dimensions de la performance abordées par les différentes organisations en fonction du modèle intégrateur. La figure suivante, la figure 8, illustre cette classification.

Figure 8 : Les dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon le modèle intégrateur



5. L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SERVICES DE SANTÉ : CADRE OPÉRATIONNEL

Après avoir jeté les bases théoriques de la performance des systèmes de services de santé ainsi que du modèle d'analyse qui semble le plus pertinent, il faut désormais aborder l'aspect opérationnel, pratique, de l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.

À chaque fonction du modèle intégrateur, et pour chacune de ses dimensions et sous-dimensions, doit correspondre un **indicateur** permettant à terme de mesurer, d'évaluer la performance du système de services de santé.

Un indicateur est ici défini comme [Traduction] « un élément mesurable qui fournit des renseignements au sujet de phénomènes complexes, qui ne sont pas faciles à saisir. Cette définition met en lumière les caractéristiques essentielles de tout indicateur : refléter sans le moindre doute ce qu'il tente de mesurer » (OMS, 2004 : 5).

Afin de pouvoir déterminer quels sont les indicateurs les plus appropriés pour mesurer la performance du système de services de santé québécois, voici une revue des indicateurs utilisés dans les cadres d'évaluation de la performance étudiés précédemment, puis un examen des critères de sélection de ces indicateurs.

5.1 Les indicateurs utilisés par les cadres d'évaluation de la performance

Dans un premier temps, il semble intéressant de faire l'inventaire des indicateurs utilisés par les principaux cadres d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé. Cela permet en effet d'avoir un aperçu des indicateurs les plus fréquemment employés, et de constituer une base à partir de laquelle des indicateurs pourront être choisis selon les critères proposés à la prochaine section.

Les indicateurs sont classés dans les tableaux suivants (**tableaux 7 à 10**) selon les fonctions du modèle intégrateur, en précisant quels pays ou quelles organisations internationales les utilisent.

Le lecteur pourra toutefois trouver la liste complète des indicateurs classés en fonction de chaque cadre d'évaluation en annexe 1.

Sont ici présentés les indicateurs de l'OMS, de l'OCDE, du NHS, de l'Australie, du Canada et du Québec. Pour la Nouvelle-Zélande, les informations ne sont pas disponibles, et en ce qui concerne les indicateurs du PATH, il faut se référer au rapport de Guisset et Champagne (2003) qui est entièrement consacré à ce sujet.

Tableau 7 : Les indicateurs de performance dans la fonction de l'atteinte des buts

Les indicateurs marqués d'une «*» sont ceux qui seront définis en annexe 2.

A - Efficacité	
- Espérance de vie à la naissance (hommes – femmes) *	OMS, NHS, Ca., É.-U. , Qc
- Espérance de vie à 65 ans (hommes – femmes)	Qc
- Espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) à la naissance	OMS, Aus., Ca.
- EVCI à l'âge de 60 ans	OMS
- Inégalités d'EVCI entre les individus	OMS
- Années de vie en incapacité attendues à la naissance (hommes- femmes)	OMS, Aus.
- Pourcentage de la durée de vie en incapacité	OMS
- Espérance de vie sans incapacité (EVSI) à la naissance*	Ca., Accord 2003, Qc
- EVSI à 65 ans	Qc
- Autoévaluation de la santé *	Aus., Ca., Qc
- Changement d'une année à l'autre de l'autoévaluation de la santé *	Ca.
- Estime de soi *	Ca.
- Santé fonctionnelle *	Ca.
- Limitation des activités *	Ca., É.-U.
- Jours d'incapacité en 2 semaines *	Ca.
- Pourcentage de la population physiquement active	Accord 2003
- Coût de la maladie	Accord 2003
- Conception avant l'âge de 18 ans *	NHS
- Faible poids à la naissance *	OCDE, Aus., Ca., Qc
- Dents cariées, perdues ou plombées chez les enfants de cinq ans [traduction] *	NHS
- Indice de masse corporelle (IMC) – norme canadienne *	Ca., Accord 2003
- IMC – norme internationale *	Ca., Qc
- Arthrite, rhumatisme *	Ca.
- Diabète *	Ca., Aus., É.-U. , Qc
- Asthme *	Ca., Aus.
- Hypertension *	Ca.
- Maladies rénales *	É.-U.

A - Efficacité	
- Maladies cardiaques *	É.-U.
- Santé maternelle et infantile *	É.-U.
- Santé mentale *	É.-U. , Aus.
- Risques de dépression	Ca.
- Maladies respiratoires	É.-U.
- Douleurs ou malaises qui ont un effet sur les activités *	Ca.
- Douleurs ou malaises selon l'intensité *	Ca.
- Incidence du cancer *	Ca., Aus.
- Incidence du cancer du poumon	Ca., Qc
- Incidence du cancer du côlon-rectum *	Ca., É.-U. , Qc
- Incidence du cancer du sein *	Ca., É.-U. , Aus., Qc
- Incidence du cancer du col de l'utérus *	É.-U.
- Incidence du cancer de la prostate	Ca., Qc
- Taux de survie après un cancer	OCDE, Qc
- Taux de survie après un cancer du sein [traduction] *	NHS
- Taux de survie après un cancer du poumon [traduction] *	NHS
- Taux de survie après un cancer du côlon [traduction] *	NHS
- Incidence des maladies infectieuses	OCDE
- Hospitalisation à la suite d'une blessure *	Ca.
- Hospitalisation évitable pour certaines causes	OCDE
- Durée moyenne de séjour en hôpital pour les patients atteints de cancer	É.-U.
- Admissions en urgence [traduction] *	NHS
- Admissions en urgence à l'hôpital d'enfants ayant une infection des voies respiratoires inférieures [traduction] *	NHS
- Réhospitalisations en psychiatrie [traduction] *	NHS
- Réadmission en urgence à l'hôpital à la suite d'un congé [traduction] *	NHS
- Réadmission en urgence à l'hôpital à la suite de traitement pour une fracture de la hanche [traduction] *	NHS
- Réadmission en urgence à l'hôpital à la suite de traitement pour un accident vasculaire cérébral (AVC) [traduction] *	NHS

A - Efficacité	
- Maladies d'origine alimentaire et hydrique *	Ca.
- Blessure *	Ca.
- Taux de vaccination	OCDE, Aus.
- Soins à domicile *	É.-U.
- Personnes ayant cessé de fumer depuis quatre semaines [traduction]	NHS
- Morbidité attribuable aux drogues licites et illicites	Aus.
- Niveau de dépendance – d'indépendance	Aus.
- Mortalité infantile *	OMS, OCDE, NHS, Ca., Qc
- Mortalité périnatale *	OCDE, Aus., Ca.
- Probabilité de décéder entre 15 et 59 ans (hommes – femmes)	OMS
- Mortalité évitable pour certaines causes	OMS
- Décès par cause, sexe, strate de mortalité	OMS
- Mortalité liée à toutes les causes de décès	Ca.
- Mortalité due aux cancers *	NHS, Ca., É.-U.
- Mortalité due au cancer de la prostate *	É.-U. , Qc
- Mortalité due au cancer du sein *	É.-U. , Qc
- Mortalité due au cancer de la langue *	É.-U.
- Mortalité due au cancer colorectal *	É.-U. , Qc
- Mortalité due aux maladies circulatoires *	NHS, Ca., Qc
- Mortalité due aux maladies respiratoires *	Ca.
- Mortalité due au suicide *	NHS, Ca., É.-U.
- Mortalité due aux blessures accidentelles *	NHS, Ca.
- Mortalité due au syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) *	Ca.
- Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie (admissions non-programmées) [traduction] *	NHS
- Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie (admissions programmées) [traduction] *	NHS
- Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie cardio-vasculaire [traduction] *	NHS
- Décès dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour un AVC [traduction] *	NHS

A - Efficacité	
- Années potentielles de vie perdue (APVP) *	Ca., Accord 2003, Aus.
- APVP dues aux cancers *	Ca., Qc
- APVP dues aux maladies circulatoires *	Ca., Qc
- APVP dues aux maladies respiratoires *	Ca.
- APVP dues aux blessures accidentelles *	Ca.
- APVP dues aux traumatismes	Qc
- APVP dues aux suicides *	Ca.
- APVP dues au SIDA *	Ca.
- Coqueluche *	Ca.
- Rougeole *	Ca.
- Tuberculose *	Ca.
- Virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) *	Ca.
- Chlamydia *	Ca.
- Hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe *	Ca.
- Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement :	Ca.
§ infections bactériennes *	Ca.
§ cancer du col de l'utérus *	Ca.
§ maladies hypertensives *	Ca.
§ pneumonie et bronchite *	Ca.
- Hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires *	Ca.
- Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) *	Ca.
- Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un accident vasculaire cérébral *	Ca.
- Taux de réhospitalisation à la suite d'un IAM *	Ca.
- Taux de réhospitalisation pour cause d'asthme *	Ca.
- Taux de réhospitalisation après une prostatectomie *	Ca.
- Taux de réhospitalisation après une hystérectomie *	Ca.
- Taux de réadmission après une pneumonie *	Ca.

B. Efficience	
- Coût par séparation ajustée des groupes clients (<i>casemix</i>) dans les hôpitaux publics [traduction]	Aus.
- Coût moyen par diagnostic repère pour la gestion (DRG - <i>Diagnostic Related Group</i>)/ avantages moyens par DRG [traduction]	Aus.
- Coût par visite d'un omnipraticien [traduction]	Aus.
- Coût par femme du dépistage du cancer du sein [traduction]	Aus.
- Cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation [traduction] *	Ca.
- Durée prévue du séjour par rapport à la durée réelle *	Ca.
C. Équité	
C.1 : Équité financière :	
- Distribution de la contribution financière des ménages (indice) *	OMS
C.2 : Équité d'accès :	
- Dépistage du cancer du sein [traduction] *	NHS
- Dépistage du cancer du col de l'utérus [traduction] *	NHS
- Taux de chirurgie pour une maladie coronarienne [traduction] *	NHS
- Taux de chirurgie pour le remplacement d'une articulation [traduction] *	NHS
- Taux de chirurgie pour une extraction de cataracte [traduction] *	NHS
- Nombre d'omnipraticiens [traduction] *	NHS
- Augmentation des toxicomanes ayant accès à des traitements pour toxicomanie [traduction] *	NHS

Tableau 8 : Les indicateurs de performance dans la fonction de la production

A – Productivité	
- Taux de soins de jour [traduction] *	NHS
- Séjour [traduction] *	NHS
- Prescription de produits génériques [traduction] *	NHS
- Rendez-vous manqués à la clinique externe [traduction] *	NHS
- Qualité des données [traduction] *	NHS

B – Qualité	
<p>B.1 : Caractère approprié [traduction]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accouchement vaginal après césarienne * - Césariennes * - Proportion des hôpitaux et des lits disponibles qui ont reçu l'accréditation du Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) [traduction] 	<p>Ca. Ca. Aus.</p>
<p>B.2 : Prestation efficace des soins appropriés [traduction]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaccination des enfants [traduction] * - Vaccination contre la grippe [traduction] * - Retour à la maison après un traitement pour une fracture de la hanche [traduction]* - Gestion des soins primaires – états aigus [traduction] * - Gestion des soins primaires – états chroniques [traduction] * - Santé mentale en soins primaires [traduction] * - Prescription de médicaments antibactériens [traduction] * - Prescription de médicaments contre les ulcères [traduction] * - Donneurs d'organe [traduction] * 	<p>NHS NHS NHS NHS NHS NHS NHS NHS NHS</p>
<p>B.3 : Expérience patient-prodigueur de soins [traduction] :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attentes de 6 mois pour une hospitalisation [traduction] * - Attentes de 13 semaines pour une consultation externe [traduction] * - Attentes de 2 semaines dans les cas de cancer [traduction] * - Congé retardé [traduction] * - Accès à un omnipraticien [traduction] * 	<p>NHS NHS NHS NHS NHS</p>
<p>B.4 : Système axé sur les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage des patients qui déclarent que le médecin écoute attentivement (toujours, habituellement, parfois – jamais), adultes et parents [traduction] - Pourcentage des patients qui déclarent que le médecin explique les choses clairement (toujours, habituellement, parfois – jamais), adultes et parents 	<p>É.-U. É.-U.</p>

B – Qualité	
[traduction]	
- Pourcentage des patients qui déclarent que le médecin a fait preuve de respect envers ce qu'ils avaient à dire (toujours, habituellement, parfois – jamais), adultes et parents [traduction]	É.-U.
- Pourcentage des patients qui déclarent que le médecin a passé suffisamment de temps avec eux (toujours, habituellement, parfois – jamais), adultes et parents [traduction]	É.-U.
B.5. Au moment opportun [traduction]:	
- Pourcentage des personnes qui déclarent avoir une source habituelle de soins, par lieu de soins [traduction]	É.-U.
- Pourcentage des familles qui ont eu des difficultés à obtenir des soins, par motif [traduction]	É.-U.
- Pourcentage des personnes qui déclarent obtenir un rendez-vous pour des soins courants dès qu'elles le désiraient (toujours, habituellement, parfois – jamais) [traduction]	É.-U.
- Pourcentage des personnes qui déclarent obtenir des soins pour une maladie ou une blessure dès qu'elles le désiraient (toujours, habituellement, parfois – jamais) [traduction]	É.-U.
- Pourcentage des patients ayant attendu de voir le médecin pendant une heure ou plus (présentés séparément des visites de première urgence, urgentes, semi-urgentes et non-urgentes du NAMCS – National Ambulatory Medical Care Survey) [traduction]	É.-U.
- Pourcentage des patients ayant quitté le NAMCS sans avoir été vus	É.-U.
B.6. Continuité [traduction]:	
- Recours à l'article 720 du Medicare Benefits Schedule pour la planification des soins [traduction]	Aus.
B.7. Accessibilité :	

B – Qualité	
- Temps d'attente au service de l'urgence avant la prestation du service [traduction]	Aus.
- Temps d'attente pour une chirurgie élektive [traduction]	Aus.
- Séparations par 1 000 habitants du groupe cible [traduction]	Aus.
- Services d'un omnipraticien par millier d'habitants vivant dans les régions rurales, éloignées et métropolitaines [traduction]	Aus.
- Vaccination contre la grippe (65 ans et plus) *	Ca.
- Mammographie de dépistage (femmes de 50 et 69 ans) *	Ca.
- Test de Papanicolaou (femmes de 18 à 69 ans) *	Ca.
- Vaccination des enfants	Ca.

Tableau 9 : Les indicateurs de performance dans la fonction du maintien des valeurs

A – Consensus sur les valeurs du système	
A.1. Sécurité :	
- Nombre de produits approuvés retirés du marché ou devant être modifiés pour rencontrer les conditions d'approbation pour des motifs liés à la sécurité [traduction]	Aus.
- PATH (<i>Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals</i>) (Pour les indicateurs, se référer à Guisset <i>et al.</i> , 2003)	
- Hospitalisations liées à une fracture de la hanche	Ca.
Complications liées aux soins [traduction]:	
- Traumatisme de la naissance [traduction]	É.-U.
- Décès parmi les DRG à faible mortalité [traduction]	É.-U.
- Échec des secours [traduction]	É.-U.
- Réaction à une transfusion [traduction]	É.-U.
- Corps étranger laissé dans l'organisme pendant une procédure [traduction]	É.-U.
- Infection des voies sanguines liée à un tube de transfusion chez les patients de l'unité de soins intensifs [traduction]	É.-U.

A – Consensus sur les valeurs du système	
- Infection des voies sanguines liée à un tube de transfusion chez les nourrissons pesant moins de 1 000 grammes à la naissance, à l'unité de soins intensifs [traduction]	É.-U.
- Complications à la suite d'une anesthésie [traduction]	É.-U.
- Ulcère de décubitus (plaie de lit) [traduction]	É.-U.
- Pneumothorax iatrogène [traduction]	É.-U.
- Infections causées par des tubes intraveineux ou des cathéters [traduction]	É.-U.
- Fracture de la hanche postopératoire [traduction]	É.-U.
- Hémorragie postopératoire [traduction]	É.-U.
- Troubles métaboliques ou psychologiques postopératoires [traduction]	É.-U.
- Insuffisance respiratoire postopératoire [traduction]	É.-U.
- Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde postopératoire [traduction]	É.-U.
- Septicémie postopératoire [traduction]	É.-U.
- Difficulté technique au cours d'une intervention [traduction]	É.-U.
- Déhiscence d'une plaie postopératoire [traduction]	É.-U.
- Traumatisme obstétrical – vaginal avec instrument [traduction]	É.-U.
- Traumatisme obstétrical – vaginal sans instrument [traduction]	É.-U.
- Traumatisme obstétrical – accouchement par césarienne [traduction]	É.-U.
Prescription de médicaments [traduction] :	
- Pourcentage de personnes âgées résidant dans la communauté ayant eu au moins une prescription (à partir d'une liste de 11 médicaments et d'une liste de 33 médicaments) susceptible d'être contre-indiquée pour les personnes âgées [traduction]	É.-U.
- Pourcentage des adultes déclarant que le prestataire de soins habituel leur demande si des médicaments ou des traitements ont été prescrits par d'autres prestataires de soins [traduction]	É.-U.

Tableau 10 : Les indicateurs de performance dans la fonction de l'adaptation

A . Adaptation aux besoins de la population	
A.1. Réactivité : - Indice composite de réactivité * - Variations du temps d'attente pour une chirurgie non urgente [traduction] - Niveau de transmission de rapports aux clients [traduction] - Traitement des plaintes des clients [traduction] - Participation des clients aux prises de décision et aux consultations [traduction]	OMS OCDE Aus. Aus. Aus.
A.2. Capacité [traduction] : - Proportion des pratiques ou installations accréditées dans les domaines de la médecine générale, de la physiothérapie et dans les hôpitaux [traduction]	Aus.
A.3. Viabilité [traduction] : - Pourcentage des dépenses (privées /publiques) de recherches portant sur la santé, comparaisons internationales [traduction] - Pourcentage des dépenses d'enseignement par comparaison à la prestation de services [traduction] - Mesures financières (ratio de l'actif) [traduction]	Aus. Aus. Aus.

5.2 Les critères de sélection des indicateurs

Il existe une abondante documentation au sujet des indicateurs qui viennent d'être énumérés et sur les arguments justifiant leur sélection.

Dans le contexte du mandat qui a été confié par le Conseil de la santé et du bien-être et compte tenu du temps qui est imparti, la revue exhaustive de cette documentation ne trouve pas sa place ici.

Toutefois, il est important de préciser, à titre indicatif, quels sont les arguments donnés par les pays ou par les organisations internationales afin de justifier leur sélection d'indicateurs permettant d'évaluer la performance de leur système de services de santé. Ces renseignements sont présentés en annexe 2.

La présente réflexion sur les critères de sélection des indicateurs est cependant plus générale. Les principaux critères de sélection d'un indicateur sont :

- la **disponibilité**;
- la **fiabilité**;
- la **validité**.

5.2.1 La disponibilité des indicateurs

En ce qui concerne la disponibilité des indicateurs et l'accès aux données, la question qui se pose dans le choix des indicateurs est de savoir si l'on utilise des données disponibles, c'est-à-dire déjà existantes, ou si l'on choisit de collecter des données nouvelles et originales, et souvent plus intéressantes mais à un coût et à un effort plus élevés. La disponibilité (ou l'existence de données) est donc le premier critère de choix.

5.2.2 La fiabilité des indicateurs

La fiabilité d'un indicateur est sa capacité à mesurer fidèlement un phénomène, c'est-à-dire sans trop de variation aléatoire.

Par définition, l'appréciation de la fiabilité repose sur la répétition de l'opération de mesure et sur la comparaison des résultats obtenus.

En faisant l'hypothèse que l'objet d'observation est très stable, les différentes mesures que l'on peut en faire devraient être similaires d'une observation à l'autre si la mesure est fiable.

Un indicateur est d'autant plus fiable que les erreurs aléatoires et transitoires sont faibles par rapport à la variance des phénomènes mesurés.

Il faut remarquer qu'un indicateur qui est faussé de façon systématique (biaisé) peut quand même être parfaitement fiable (mais manquer de validité). Par contre, la fiabilité est une condition nécessaire (mais non suffisante) de validité. Pour être valide, un instrument doit être fiable.

Il existe trois grandes approches pour évaluer la fiabilité d'un indicateur simple :

- la comparaison des résultats obtenus par l'utilisation d'un même indicateur à différents moments, pour évaluer sa stabilité;
- l'appréciation de l'équivalence des résultats obtenus quand un même phénomène est mesuré par des formes équivalentes de l'instrument;
- l'appréciation de la concordance des résultats obtenus quand un même phénomène est mesuré par plusieurs observateurs à un même moment.

Si l'indicateur est un index composé d'indicateurs multiples, la fiabilité peut aussi être appréciée en mesurant l'homogénéité des composantes.

Le choix des tests statistiques à utiliser pour mesurer la fiabilité d'un indicateur varie selon l'approche et le type de données fournies par l'indicateur (variable continue, variable ordinale ou variable nominale).

Certains auteurs ont proposé des normes d'acceptation des valeurs de fiabilité. Ici, on considère plutôt que l'acceptabilité d'une valeur de fiabilité dépend de ce qu'on veut faire de l'indicateur.

L'absence de fiabilité peut avoir des conséquences très graves pour la validité des conclusions statistiques de l'étude (Contandriopoulos *et al.*, 1990). Et comme le précise l'OMS :

[Traduction] « Un instrument qui ne répond pas à ce critère devrait être exclu. La fiabilité suppose que l'indicateur possède des spécifications explicites et détaillées en ce qui a trait au numérateur et aux dénominateurs, et que les énoncés des exigences touchant la collecte de données soient compréhensibles et que celles-ci puissent être mises en œuvre. La fiabilité est également améliorée lorsque la mesure repose le moins possible sur un jugement subjectif » (2004, *Frequently asked questions*: 8)

5.2.3 La validité des indicateurs

Le développement théorique qui sous-tend le concept de validité n'a pas atteint un degré de cristallisation semblable à celui du concept de fiabilité. La notion de validité demeure plus abstraite que celle de fiabilité et elle dépend en grande partie du contexte d'utilisation de l'indicateur. Elle est aussi dépendante du contexte (social, culturel, linguistique) d'utilisation des indicateurs.

La validité se définit globalement comme la capacité d'un indicateur à mesurer le phénomène étudié, c'est-à-dire l'adéquation qui existe entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer. Cette adéquation ne peut être mesurée directement à l'aide d'une formule mathématique donnant un coefficient unique et général d'appréciation de la validité. Par conséquent, l'évaluation de la validité d'un indicateur est plus complexe que l'évaluation de sa fiabilité.

Il existe cinq types de validité : la validité apparente (*face validity*), la validité de contenu (*content validity*), la validité pratique ou de critère (*criterion validity*), la validité de construit (*construct validity*) et la validité d'attribution causale (*causal validity*).

La validité apparente

L'indicateur semble-t-il mesurer ce qu'il est sensé mesurer ? Le jugement très subjectif, très variable selon celui qui le formule, est néanmoins assez important puisqu'il peut déterminer l'acceptabilité de l'indicateur et donc potentiellement l'usage qui peut en être fait. Si l'indicateur a une faible validité apparente, on risque de se confronter à de fortes résistances à son utilisation. Selon le but poursuivi, cela peut s'avérer fort problématique.

La validité de contenu

[Traduction] « La mesure couvre-t-elle l'ensemble du domaine de performance qu'elle est censée mesurer ou uniquement l'un de ses aspects très particuliers ? » (OMS, 2004, glossaire : 6).

Selon Contandriopoulos *et al.*,

« La validité de contenu consiste à juger dans quelle mesure les éléments sélectionnés pour mesurer un construit théorique représentent bien toutes les facettes importantes du concept à mesurer.

Par exemple, la validité de contenu d'un indicateur de la qualité de vie serait probablement fort contestée si l'indicateur ne touchait pas du tout aux aspects sociaux de la vie. Ce type de validité inclut la validité apparente de l'indicateur, c'est-à-dire la cohérence apparente qui existe entre ce que l'on veut mesurer et l'indicateur que l'on a choisi.

Pour évaluer la validité de contenu de leurs indicateurs, de nombreux chercheurs ont recours à un panel d'experts auxquels ils demandent de se prononcer sur l'adéquation apparente entre l'indicateur proposé et le construit à mesurer. D'autres choisissent de demander à un certain nombre de membres de la population cible de juger de la validité de contenu de l'indicateur. Une recension exhaustive de la littérature peut aussi servir à la validation du contenu » (1990 : 78).

La validité pratique (de critère)

La validité pratique (de critère) peut, selon Contandriopoulos *et al.*, (1990 : 78) se définir en ces termes :

« Ce type de validité renvoie à la capacité de l'indicateur à mesurer quelque chose qui est corrélé avec un critère d'intérêt, souvent un comportement. Lorsque ce critère se situe dans l'avenir, on parle de validité prédictive et lorsqu'il est contemporain, on parle de validité concourante ou concomitante.

Si l'on prend, par exemple, la validité prédictive des tests d'admission à l'université, ceux-ci peuvent être évalués par leur corrélation avec les résultats scolaires au cours de la première année du baccalauréat. Puisque le concept que l'on veut mesurer par les tests d'admission est la capacité à réussir des études universitaires, sa corrélation avec les résultats scolaires constitue un bon test de validité prédictive.

La validité concomitante repose sur la même logique. Il s'agit de mettre en corrélation les résultats obtenus par l'indicateur à tester avec les résultats obtenus par l'utilisation d'un critère contemporain à la mesure. Par exemple, les résultats à un examen clinique sont souvent utilisés pour évaluer la validité de critère d'un questionnaire de dépistage en santé mentale ».

La validité de construit

Alors que la validité pratique met en relation la mesure obtenue par un critère empirique de résultat, la validité de construit porte sur la relation entre les concepts théoriques et leur opérationnalisation. Elle concerne donc la relation épistémique qui devrait exister entre un concept et sa mesure.

[Traduction] « Y a-t-il consensus entre utilisateurs et experts voulant que cette mesure ait un rapport avec la dimension ou la sous-dimension qu'elle est censée évaluer ? » (OMS, 2004, *Frequently asked questions* : 8).

Selon Contandriopoulos *et al.*,

« Il est possible d’apprécier cette validité de plusieurs façons.

Une première forme de validation est la validation nomologique ou la validation théorique. Il s’agit de poser un certain nombre d’hypothèses sur les résultats que l’on devrait observer à l’aide de l’indicateur, dans certaines conditions et pour certaines populations.

Par exemple, un test voulant mesurer la qualité de vie devrait montrer que les personnes en bonne santé jouissent d’une meilleure qualité de vie que les personnes souffrant d’une maladie chronique invalidante. Ou encore un test voulant mesurer la capacité pulmonaire devrait indiquer que la capacité pulmonaire est meilleure chez les non-fumeurs que chez les fumeurs.

En fait, toute hypothèse reposant sur une approche théorique peut être formulée a priori pour tester la validité nomologique d’un indicateur. Ces hypothèses peuvent prendre la forme de différences entre les groupes, de changements dans le temps selon une manipulation provoquée ou de corrélations entre des variables. La confirmation de ces hypothèses ne prouve pas la validité de construit, mais soutient la présomption que l’indicateur mesure bien le construit qu’il est censé mesurer. Cependant, la non-confirmation de l’hypothèse n’invalide pas nécessairement l’indicateur, car une non-confirmation peut aussi signifier l’absence de justesse de la théorie initiale.

Une deuxième forme de validation est la validation de trait. La logique sous-tendant cette validation est intéressante surtout lorsqu’il s’agit de mesurer des construits autour desquels un modèle théorique n’est pas encore très bien développé. Il s’agit alors de corrélérer les résultats obtenus par le test à valider, avec les résultats obtenus par un autre test mesurant sensiblement le même construit. En fait, la corrélation entre les deux indicateurs donne une indication de validité de construit qui est parfaitement symétrique, c’est-à-dire égale pour les deux indicateurs.

Une variante de la validation de trait est la validation multi-trait – multi-méthode. Cette validation repose sur la logique suivante : la corrélation entre la mesure obtenue par l’indicateur à valider et celle obtenue par un indicateur qui mesure le même trait doit être supérieure à celle obtenue avec une mesure provenant d’un indicateur mesurant un autre trait. La conjugaison de la validation de trait et de la validation discriminante résulte en des indications encore plus probantes sur la validité de construit d’un indicateur.

La troisième forme de validation est la validation factorielle. Cette validation repose sur une analyse factorielle des éléments formant l’index à évaluer. Les éléments, qui théoriquement devraient mesurer une même dimension, devraient se regrouper dans un même facteur » (1990 : 80-81).

La validité d'attribution causale

Un dernier aspect très intéressant et incontournable de la validité des indicateurs est la *causal validity*, que l'on pourrait traduire par *validité d'attribution causale*, à savoir le lien de cause à effet qui existe entre des processus (*process*) et les résultats qui en découlent (*outcome*).

Le concept de *causal validity* est expliqué en ces mots par Donabedian :

[Traduction] « Peut-être l'enjeu le plus important à la rubrique de la validité est-il la base servant à affirmer que certains processus entraînent certains résultats, ou que tout résultat donné est la conséquence d'un processus antérieur spécifié.

Ceux qui endossent l'utilisation des résultats pour évaluer la qualité des soins ont fait valoir, à juste titre, que la plupart de ce qui est désormais considéré comme une bonne pratique n'est pas fondé sur des connaissances scientifiques solides. Cela veut dire que le lien de cause à effet entre les processus et les résultats n'a pas été solidement établi. Ils concluent donc que, puisque ce que nous pouvons appeler la *validité causale* des mesures des processus est souvent douteuse, ils n'ont d'autre choix que d'utiliser les résultats pour mesurer la qualité.

Ce dont ils ne se rendent pas compte est que la **validité causale ne réside ni dans le processus ni dans le résultat, mais dans le rapport qui existe entre les deux.**

Dans la mesure où il existe des doutes au sujet du lien de cause à effet entre les éléments donnés d'un processus et les résultats donnés, l'utilisation de ces éléments à titre d'indicateurs de qualité est de valeur douteuse.

Mais, pour les mêmes motifs, la valeur de l'utilisation des résultats comme indicateurs de la qualité est compromise au même degré.

Lorsque la relation de cause à effet est établie entre le processus et le résultat, on peut utiliser l'un ou l'autre pour tirer des conclusions valides au sujet de la qualité. Lorsque la relation de cause à effet n'est pas établie, on ne peut utiliser ni l'un ni l'autre.

La présence d'un lien valide de cause à effet entre les processus spécifiés et les résultats signifie uniquement qu'il est possible d'obtenir certains résultats dans des conditions spécifiques. Cela ne veut pas dire que les résultats observés dans une quelconque situation donnée découlent réellement des processus antérieurs.

Lorsqu'on utilise les résultats pour tirer des conclusions au sujet de la qualité des soins, il est nécessaire d'établir d'abord que l'on peut, dans les faits, attribuer les résultats à ces soins. Nous pouvons parler alors de problème d'*attribution*, dont on pourrait dire de la solution satisfaisante à ce problème qu'elle confirme la *validité*

d'attribution. Il faut noter que ce type de validité dépend de la mise en place préalable d'un lien de cause à effet entre processus et résultat reposant sur des preuves scientifiques.

La validité causale fait référence à la capacité d'obtenir des résultats spécifiés à partir de processus spécifiés, dans des conditions spécifiques.

La validité d'attribution causale fait référence à l'inférence voulant que dans toute situation particulière, cette capacité explique les observations réelles » (1980 : 102-103).

En fait, lorsqu'on évalue la validité d'attribution causale d'un indicateur, il s'agit de vérifier le lien qui existe entre un indicateur donné et, dans le cas présent, la performance du système de services de santé.

Si l'on prend l'exemple de l'indicateur de l'espérance de vie, il s'agirait alors de se poser la question de savoir si une amélioration de l'espérance de vie peut vraiment être attribuée à une meilleure performance du système de services de santé ou non.

Cette démarche est clairement celle qui est prioritaire dans la sélection des indicateurs les plus pertinents pour évaluer la performance. C'est aussi clairement la plus difficile.

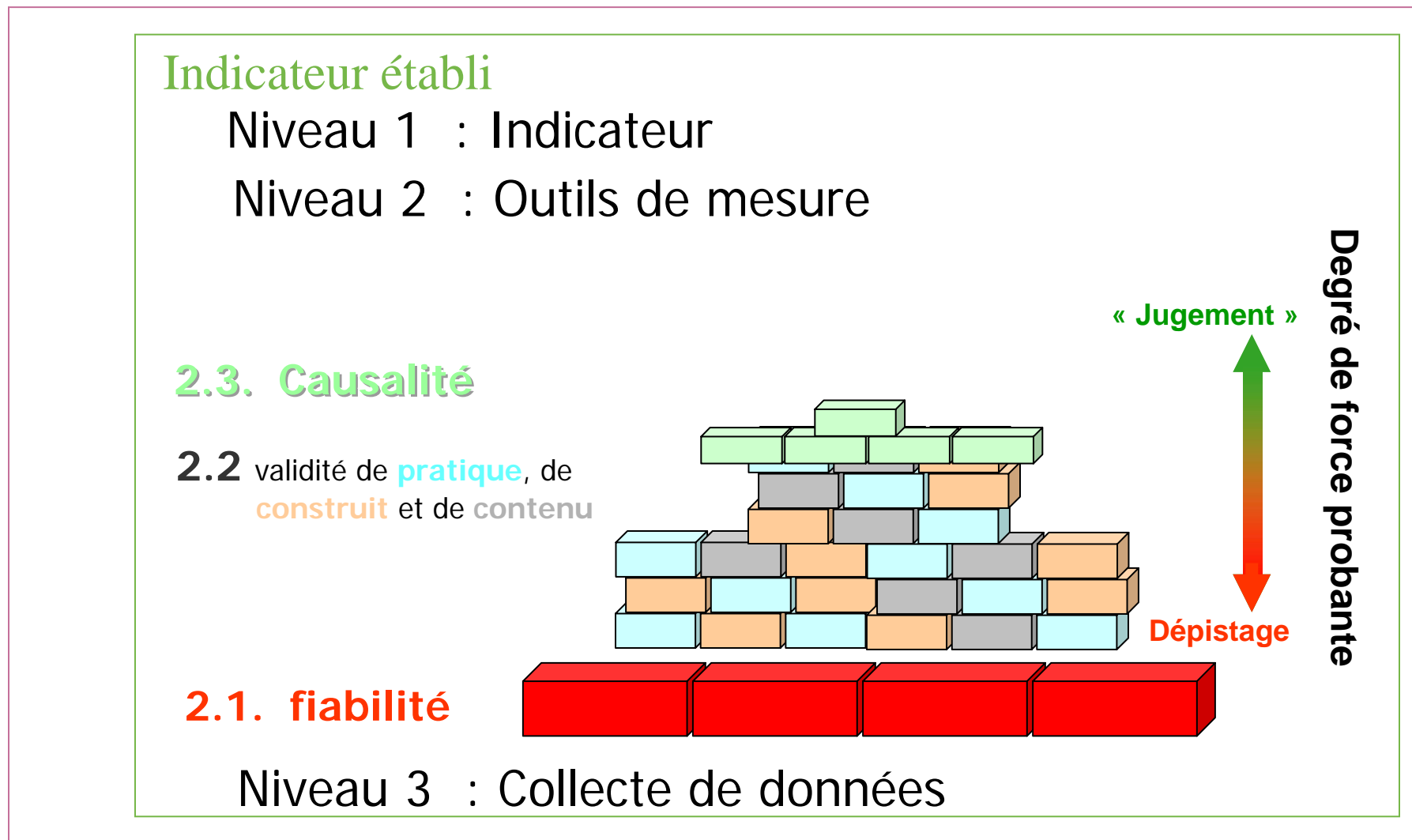
En conclusion, « la validité est une caractéristique très subtile des indicateurs. Les évidences de validité s'accumulent au fil des recherches dans lesquelles on a utilisé le même indicateur et ce n'est qu'au terme d'une longue période que les publications commencent à faire état de cette validité » (Contandriopoulos *et al.*, 1990 : 81).

Et, pour le dire avec les mots de l'OMS :

[Traduction] « l'évaluation de la fiabilité, de la validité et de la causalité est toujours une démarche en constante évolution, jusqu'à une nouvelle évidence sur le sujet. Les critères sont vérifiés à différents niveaux en fonction du poids des preuves. Ces trois attributs sont des pièces d'un ensemble qui s'associent les unes aux autres pour établir un certain niveau de conclusions » (2004, *Frequently asked questions* : 5).

La **figure 9**, présentée à la page suivante, synthétise tout à fait cette démarche.

Figure 9 : Cadre d'évaluation et de sélection des indicateurs



Source : Guisset *et al.*, 2003

En fait, pour résumer, il y a trois aspects à prendre en compte dans la stratégie d'identification des indicateurs (voir figure 10 à la page suivante) :

1. La **disponibilité** et l'**accès aux données**;
2. La **qualité des mesures**;
3. La **qualité de l'inférence**.

La disponibilité et l'accès aux données correspondent au choix qu'il y a à effectuer entre utiliser des données déjà existantes et disponibles ou utiliser des données plus originales et a priori plus intéressantes, mais qui supposent donc de considérer un fardeau de collecte de données.

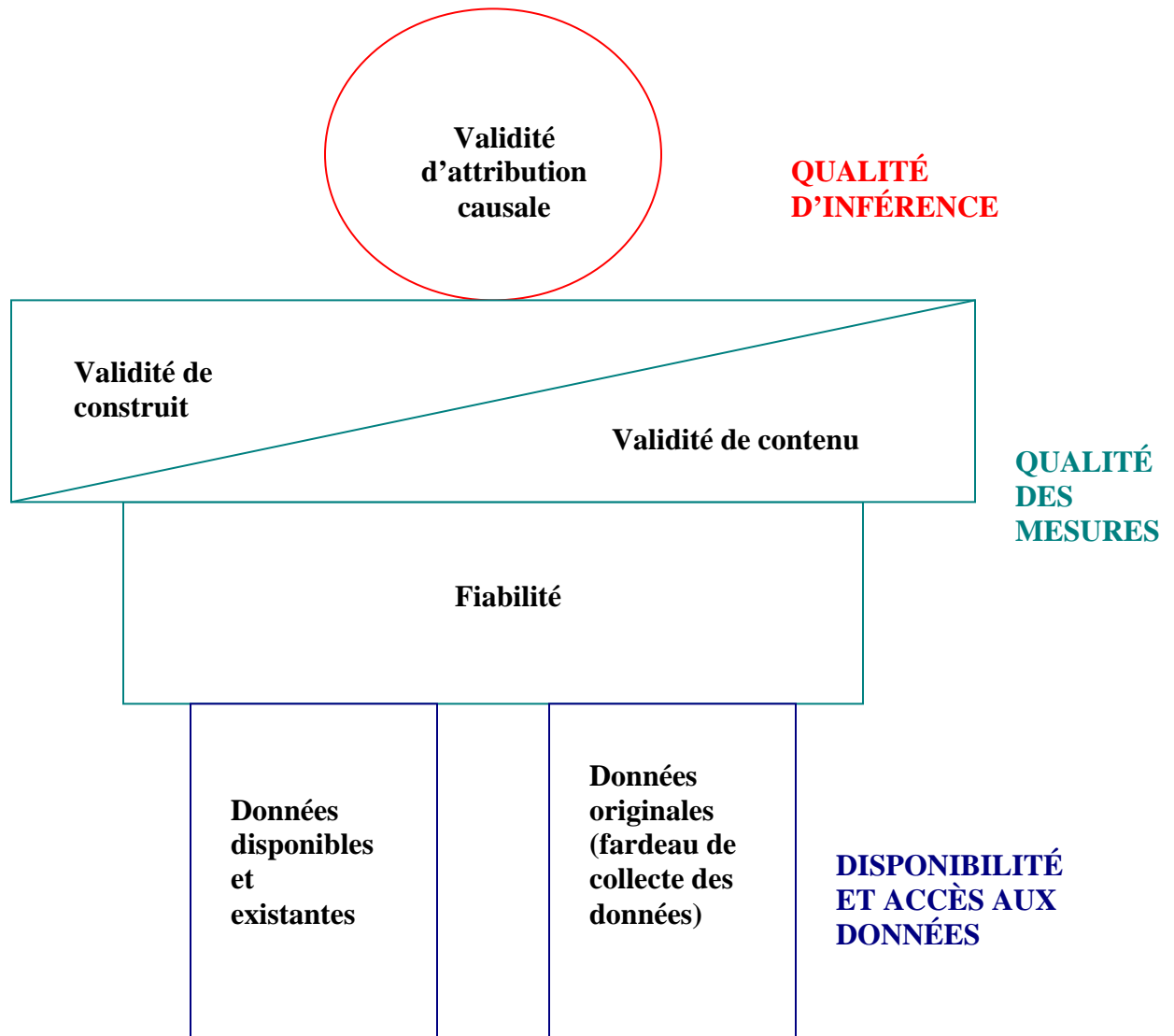
Ce choix est très structurant, du reste dans la mesure où les indicateurs et, à terme, les résultats de performance ne seront pas les mêmes selon qu'on choisit des données existantes ou originales. En fait, il ne s'agit pas de décider d'utiliser uniquement des données secondaires ou uniquement des données originales, mais plutôt d'élaborer un judicieux mélange des deux. Comme indiqué à la **figure 10** (voir page suivante), il s'agit là de deux piliers de tout système de mesure. L'absence d'un de ces piliers risque de rendre le système boiteux.

Ensuite intervient la qualité des mesures, qui correspond à la fiabilité ainsi qu'à la validité de construit et la validité de contenu. Il s'agit là d'un aspect plus technique dans la sélection des indicateurs, mais non moins incontournable, comme présenté un peu plus haut : c'est véritablement le corps de la sélection des indicateurs.

Enfin, la qualité de l'inférence correspond à la validité d'attribution causale qui, comme on l'a vu plus haut est un aspect indispensable dans la sélection des indicateurs. C'est pourquoi celle-ci figure en tête du schéma qui suit.

Il faut remarquer l'interdépendance qui existe entre ces différents critères de sélection des indicateurs. En effet, la qualité de l'inférence dépend de la qualité des mesures, qui elle-même dépend de la qualité des données et des choix effectués.

Figure 10 : Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (EGIPSS) : stratégie de sélection des indicateurs



6. PROPOSITIONS POUR ALLER DE L'AVANT DANS L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SERVICES DE SANTÉ

Après avoir défini les notions de système de services de santé et de performance, après avoir passé en revue les différents cadres d'évaluation existants, après avoir mené une réflexion sur les critères de sélection des indicateurs, il est désormais temps de faire des suggestions afin de pouvoir mettre en place un cadre d'évaluation de la performance et des indicateurs les plus pertinents possibles pour le Québec.

Pour cela, les étapes à suivre dans une telle démarche seront d'abord énumérées, puis le lecteur sera mis en garde des dangers potentiels qui existent et enfin, un programme de travail pour développer concrètement un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé au Québec sera proposé.

6.1 Les étapes à suivre dans la mise en place d'un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé

Il existe cinq étapes incontournables dans l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé :

1. Le choix du modèle de performance;
2. Le choix des indicateurs utilisés;
3. L'opérationnalisation des indicateurs;
4. La présentation des résultats, l'analyse et l'interprétation;
5. La discussion.

Il est important de rappeler qu'un modèle intégrateur a précédemment été favorisé parmi l'ensemble. Ceci étant fait, les points suivants seront donc consacrés à décrire les quatre autres étapes.

6.1.1 Le choix des indicateurs utilisés

Ce choix correspond à celui évoqué plus haut entre utiliser des données disponibles et existantes ou utiliser des données plus originales, ce qui suppose cependant un fardeau de collecte des données.

Ce choix est capital dans la mesure où c'est lui qui structure l'ensemble de l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.

En fait, ce choix est politique puisqu'une question sous-jacente se pose alors relativement à l'allocation des ressources : combien d'argent et d'énergie veut-on investir dans la collecte des données ?

On comprend alors qu'il s'agit d'une décision gouvernementale, et de gestion, qui ne peut pas être prise ici.

Ensuite intervient le choix des indicateurs selon des critères de fiabilité et de validité. Le choix des données aura un impact important sur la stabilité d'évaluation de la performance.

6.1.2 L'opérationnalisation des indicateurs

Après le choix des données utilisées et le choix des indicateurs, l'opérationnalisation apparaît comme un aspect plus technique de l'évaluation de la performance, mais que l'on ne doit pas sous-estimer.

En fait, il faut savoir exactement de quelle façon on peut opérationnaliser chaque indicateur, c'est-à-dire qu'il faut savoir exactement quelles sont les données requises (dénominateur, numérateur, période étudiée, etc.). Il s'agit là de l'élaboration du modèle opérationnel de la performance des systèmes de services de santé.

6.1.3 La présentation des résultats, leur analyse et leur interprétation

Vient ensuite la présentation des résultats, leur analyse et leur interprétation. Il s'agit là d'une phase cruciale puisque c'est à ce moment que sont transmises et diffusées les informations récoltées au sujet de la performance du système de services de santé.

Il importe de souligner trois choses importantes : d'une part, chaque indicateur signifie toujours plusieurs choses et est associé à différentes dimensions de la performance (un indicateur ne peut être parfait !); d'autre part, les indicateurs sont interdépendants; enfin, les indicateurs sont associés à des facteurs contextuels.

Ces trois éléments doivent être pris en compte dans l'analyse et l'interprétation des résultats. En fait, on doit faire ressortir l'interrelation qui existe entre les indicateurs, tant au niveau de la présentation que de l'analyse. Si un indicateur ne doit pas être analysé de façon isolée, il ne doit pas non plus être présenté de façon isolée (la compréhension de l'information dépend de la façon dont elle est diffusée) : les indicateurs doivent avoir un lien entre eux et avec le construit théorique auquel ils sont rattachés.

6.1.4 La discussion

Dans leur article, Sicotte, Champagne, Contandriopoulos *et al.* (1998) soulignent l'importance d'adopter une approche selon différents groupes d'intérêt et groupes d'acteurs (*multiple stakeholder approach*) dans l'évaluation de la performance.

Comme on l'a vu, la théorie de l'action sociale de Parsons permet d'appréhender la performance dans son ensemble, avec toutes les dimensions qui la composent.

Or dans un certain contexte, à un moment donné, différents acteurs vont mettre en avant différentes dimensions.

À partir de là, comment arbitrer entre ces différents groupes d'intérêt et leurs conceptions différentes de la performance ?

En fait, il semble impératif selon Sicotte, Champagne, Contandriopoulos *et al.* (1998) de délibérer, de susciter des discussions, des débats publics sur le sujet dans lesquels chacun évoquerait son point de vue de façon démocratique. Ces débats doivent être transparents et à la portée du public, l'idée étant de minimiser les intérêts particuliers de chacun au profit de l'intérêt collectif.

C'est ici qu'intervient la notion de participation citoyenne dans l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé. C'est ce processus de discussion et de délibération permettant d'arbitrer entre les différents groupes d'intérêt qui donne un sens à l'ensemble de la démarche d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé.

6.2 Mises en garde : les dangers potentiels de l'évaluation de la performance des systèmes de services de santé

Après avoir informé le lecteur sur les différentes étapes à suivre dans une démarche d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé, il faut désormais le mettre en garde sur les dangers potentiels d'une telle démarche.

Il existe deux types de dangers : d'une part, les dangers que l'on pourrait qualifier de techniques; et d'autre part les dangers que l'on pourrait qualifier de politiques.

6.2.1. Les dangers potentiels d'ordre technique

D'un point de vue strictement opérationnel, l'utilisation d'indicateurs et de données de performance engendre des effets pervers, des biais, qu'il est important d'avoir à l'esprit.

Dans son article, Smith (1995) identifie huit types d'effets pervers. Une abondante documentation existe sur le sujet, et la revue exhaustive de cette documentation n'a pas

sa place ici, c'est pourquoi cette partie se limite à énumérer ces effets pervers et à rapidement les définir. Ces huit types d'effets pervers, ce sont :

- *Tunnel vision* (rétrécissement du champ visuel)
- *Suboptimization* (sous-optimisation)
- *Myopia* (myopie)
- *Measure fixation* (déplacement des buts, focalisation sur les mesures)
- *Misrepresentation* (déformation)
- *Misinterpretation* (interprétation erronée, contresens)
- *Gaming* (jeu)
- *Ossification* (paralysie)

D'après Smith, [Traduction] « on peut définir le **rétrécissement du champ visuel** comme l'accent que mettent les gestionnaires du système d'action dont on évalue la performance sur les phénomènes qui sont quantifiés dans le schéma de mesure de la performance, au détriment des aspects non quantifiés de la performance » (1995 : 284).

[Traduction] « la **sous-optimisation** est l'application, par les gestionnaires, d'objectifs locaux étroits, au détriment d'objectifs visant l'ensemble de l'organisation » (Smith, 1995 : 286).

La **myopie** concerne la tendance à mettre l'emphase uniquement sur le court terme, Smith estime que [Traduction] « La myopie est un danger constant avec tous les schémas de mesure de la performance, bien que son importance dépende de la nature du service à l'étude. (...) Toutefois, il faut reconnaître que les schémas de mesure de la performance sont intrinsèquement myopes ». (1995 : 288-289).

[Traduction] « On peut définir la **focalisation sur les mesures** comme l'accent que l'on met sur les mesures de la réussite plutôt que sur les objectifs sous-jacents » (Smith, 1995 : 290).

[Traduction] « La **déformation** est la manipulation délibérée des données afin que les comportements déclarés diffèrent des comportements réels » (Smith, 1995 : 292).

Quant à la **mauvaise interprétation**,

[Traduction] « même lorsque les données disponibles constituent une représentation exacte de la réalité, le problème de l'interprétation des signes émergeant des données est bien souvent extrêmement complexe. En d'autres mots, bien que nous soyons en possession de tous les faits, une certaine rationalité limitée pourrait entraîner l'évaluateur à mal interpréter ces faits et à faire parvenir à l'agent de mauvais signaux en termes de politiques » (Smith, 1995 : 294).

« On peut définir le **jeu** comme la manipulation délibérée du comportement à des fins stratégiques. Ainsi, alors que la déformation mène à des distorsions des comportements déclarés, le jeu est l'équivalent de la manipulation du comportement réel » (Smith, 1995 : 298).

« La **paralysie** consiste en une paralysie organisationnelle qu'entraîne un système d'évaluation de la performance extrêmement rigide » (Smith, 1995 : 299). Cette paralysie résulte entre autres de la crainte du risque et de l'absence d'innovation qui découlent de cette rigidité.

Ces effets pervers sont inhérents à l'utilisation publique (non uniquement à des fins internes d'amélioration) de données et d'indicateurs de performance.

Un autre danger technique potentiel est lié à l'utilisation des **indicateurs composites** (comme le fait par exemple l'OMS). En effet, les indicateurs composites, qui résultent de la fusion de plusieurs indicateurs, sont de plus en plus utilisés et sont appréciés en raison de leur capacité à intégrer de grandes quantités d'information sous une forme aisément compréhensible, ce qui fait d'eux des outils de communication et des instruments d'action précieux.

L'élaboration des indicateurs composites soulève néanmoins de nombreuses difficultés méthodologiques; ils peuvent de ce fait être sources d'erreurs et sont par ailleurs aisément manipulés. Il est donc important de faire une mise en garde en ce qui concerne ce type d'indicateurs et d'appeler à la plus grande vigilance dans leur élaboration et dans leur utilisation.

6.2.2 Les dangers potentiels d'ordre politique

Mettre en place un tel système d'évaluation du système de services de santé, avec tous les choix que cela implique, c'est intervenir dans le système, envoyer des messages forts sur ce que l'on valorise et sur ce que l'on veut valoriser, bref : prendre position. Il faut donc être conscient de toutes les répercussions que les choix effectués par les décideurs dans ce domaine pourront avoir.

Ces mises en gardes étant faites, voici quelques recommandations relatives aux démarches pouvant être entreprises afin d'élaborer un cadre d'évaluation de la performance du système québécois de services de santé.

6.3 Programme de travail pour le développement d'un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé au Québec

On considère que six étapes sont nécessaires dans le développement d'un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé pour le Québec. Le temps

nécessaire est estimé pour la réalisation de chaque étape et l'on pourra retrouver cette estimation sur l'échéancier de la **figure 8** (voir à la fin de la présente section).

1 – Prise de position du Commissaire et recrutement du personnel

- **3 mois**

- Le Commissaire réaffirme sa volonté d'aller de l'avant dans la perspective d'imputabilité en **adoptant le cadre conceptuel du modèle intégrateur et du modèle EGIPSS** développés dans le rapport de recherche.
- Le Commissaire réfléchit à l'envergure du projet et aux moyens à mettre en place : le projet doit avoir son propre personnel et ses propres ressources. Il faut donc **recruter un directeur de projet et deux professionnels ainsi qu'un support technique et administratif, pour une durée totale de 18 mois à temps plein**. Leur fonction sera de suivre l'ensemble du processus tout au long du projet.

2 – Choix des indicateurs

- **3 mois**

- Constitution d'**un groupe de 8 à 10 experts** (scientifiques, santé publique et autres), qui doivent être québécois, canadiens et internationaux pour une meilleure crédibilité, et qui doivent se tenir informés du travail du Commissaire.
- En se basant à la fois sur leur expertise, sur la littérature et l'évidence qui existent sur ce sujet, et sur la liste d'indicateurs dans ce rapport de recherche (tableaux 7 à 10), les experts doivent **choisir des indicateurs de performance en fonction des dimensions du modèle EGIPSS, tout en tenant compte des dangers potentiels** que cela implique (voir sections 5.2). Pour cela, il est souhaitable que le groupe d'experts se réunisse une fois par mois, soit trois rencontres en trois mois.
- De ce travail des experts doit découler une **liste d'indicateurs**. En fait, il pourrait y avoir deux ou trois listes d'indicateurs : une liste essentielle, minimale comprenant les indicateurs les plus basiques et les plus indispensables; une liste intermédiaire, souhaitable; et une liste optimale. Le choix de l'une de ces listes dépendra essentiellement du budget alloué au projet, reflétant ainsi les efforts et les coûts investis dans le projet. La liste d'indicateurs retenue doit être suffisamment souple pour pouvoir s'adapter aux différentes régions afin de refléter les priorités locales, les choix régionaux.

3 – Opérationnalisation

- **6 mois**

- Le directeur de projet doit nommer un **groupe de travail** composé de spécialistes du système d'information du réseau (RAMQ, etc.), qui va travailler en interface avec le groupe d'experts de la phase deux.
- Ce groupe de travail devra **opérationnaliser les indicateurs** choisis par le groupe d'experts de la phase deux, c'est-à-dire transposer concrètement ces indicateurs au contexte québécois.
- Il est recommandé que ce groupe de travail soit divisé en quatre sous-groupes, chacun travaillant sur un type de données spécifique (approche transversale) :
 - § Groupe de travail travaillant sur les données financières;
 - § Groupe de travail travaillant sur les données cliniques;
 - § Groupe de travail travaillant sur les données organisationnelles;
 - § Groupe de travail travaillant sur les données populationnelles, de satisfaction.
- De ce travail doit découler des chiffres, des **résultats sur les indicateurs de performance**.

4 – Développement d'une stratégie d'analyse et d'interprétation

- **6 mois** (peut commencer 2 mois avant la fin de la phase trois)

- Le directeur de projet doit **nommer un petit groupe de consultants**.
- **Phase technique et scientifique** durant laquelle ce groupe de consultants doit se doter d'une **grille d'interprétation** des indicateurs et des résultats de performance afin de les **analyser**. Cela doit refléter la logique de l'argumentation et les interrelations existant entre les différentes dimensions et les différents indicateurs de performance (cf alignements stratégiques, etc.).

5 – Design de la plate-forme de présentation

- **6 mois** (peut commencer 4 mois avant la fin de la phase quatre)

- Le Directeur de projet doit **désigner des spécialistes** en informatique, conception graphique, communication, etc. Ces spécialistes **devront proposer et mettre en place le design de la présentation des résultats de performance et de leur analyse**.
- Il semble important d'employer différents types de supports afin de rendre compte de la complexité du problème, l'idéal étant de proposer différentes plates-formes de présentation, allant du simple rapport en noir et blanc jusqu'au site Internet, en passant par le disque compact. Une fois encore, le choix de l'un de ces supports dépend du budget alloué au projet. Ce travail se fait en parallèle avec celui de la phase 4.

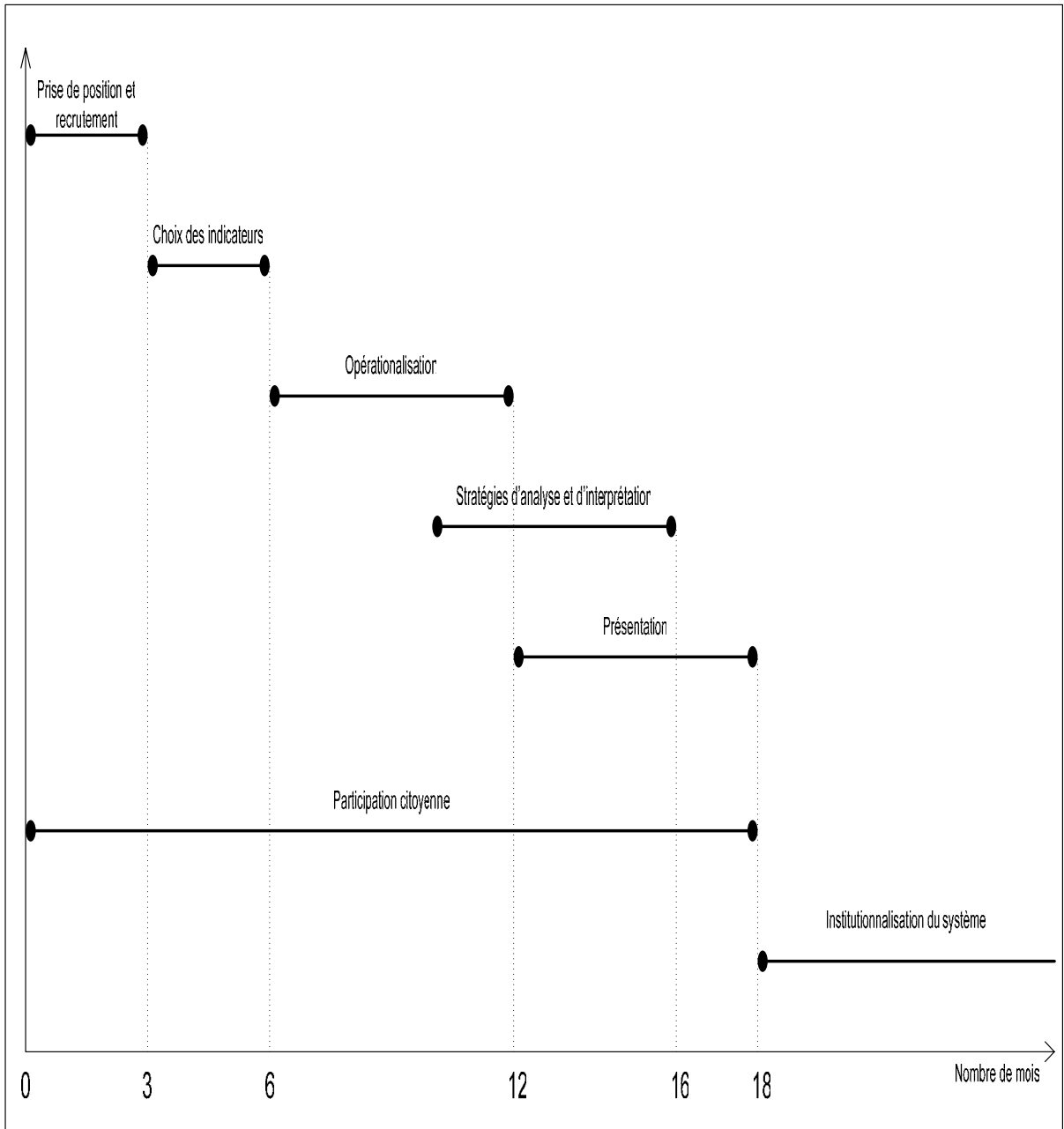
6 – Participation citoyenne

- **18 mois** (commence dès le début du projet)
 - Pour que les indicateurs de performance soit acceptés par le réseau et par la population, et pour qu'ils soient utilisés, il est nécessaire de **mettre en place un processus de consultation de la population, une « table citoyenne »** qui accompagnerait le Commissaire dès le début du projet, et en collaboration avec le directeur du projet.
 - Parallèlement aux questions techniques et scientifiques, le Commissaire doit donc **prendre des décisions concernant les mécanismes de débat.**

7 – Institutionnalisation du système d'évaluation de la performance

- À l'issue de ces six phases de travail s'étalant sur une période de 18 mois, il faut **mettre en place un secrétariat permanent et toutes les ressources requises** pour le fonctionnement du système d'évaluation de la performance.

Figure 11 : Programme de travail et échéancier pour le développement d'un cadre d'évaluation de la performance du système de services de santé au Québec



BIBLIOGRAPHIE

ARAH, O.A., KLAZINGA, N.S., DELNOIJ, D.M.J., TEN ASBROEK, A.H.A., CUSTERS, T. (2003) « Conceptual frameworks for health systems performance : a quest for effectiveness, quality, and improvement », *International journal for quality in health care*, vol.15, n°5, p. 377-398.

BENSON, J.K. (1975) « The interorganizational network as a political economy », *Administrative Science Quarterly*, 20, p. 229-249.

BLUM, H.L., (1981) *Planning for Health, Generics for the Eighties*, Londres, Human sciences press, 462 p.

BOURDIEU, P., WACQUANT, L.J.D. (1992) *Réponses pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil.

BOURDIEU, P. (1994) *Raisons pratiques*, Paris, Éditions de Minuit.

CANGUILHEM, G. (1966) *Le normal et le pathologique*, Paris : Quadrige, PUF.

CHAMPAGNE, F. (2003) *Defining a Model of Hospital Performance Assessment for European Hospitals*, Barcelone, WHO regional office for Europe.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2000) *Les solutions émergentes - Rapport et recommandations (Rapport Clair)*, Québec, La Commission, 454 p.

COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (2002) *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, La Commission, 427 p.

DEVER, CHAMPAGNE, F. (1984) *Epidemiology in Health Services Management*, Germantown, Maryland, Aspen.

DONABEDIAN, A. (1980) *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Michigan, Ann Arbor : Health administration press, 163 p.

EVANS, R.G., BARER, M., MARMOR, T. (1996) pour Herzlich C. (1969) *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. École des Hautes Études en service social. Paris.

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

GLICK, W.H. (1988) « Response : Organizations are not Central Tendencies : Shadowboxing in the Dark, Round 2 », *Academy of management review*, vol. 13, n°1, p. 133-137.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, L.R.Q., C-32.1.1, Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être.

GUISSET, A.L., CHAMPAGNE, F. (2003) *Critical review and pre-selection of performance indicators*, Barcelone, Bureau regional OMS de l'Europe, 189 p.

HURST, J., JEE-HUGHES, M. (2001) « Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems », OECD, *Labour market and social policy*, occasional papers n°47.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2003) *Indicateurs de santé 2003 : définitions, sources des données et raisonnement*, Publication en ligne, 33 p.

LALONDE, M. (1981) *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Gouvernement du Canada, 82 p.

LEVESQUE, J.F., BERGERON, P. (2003) « De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins », *Ruptures*, 9 : 2 , p. 73-89

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002) *Rapport comparatif sur l'état de santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois : Indicateurs et tendances*, Québec, MSSS, 265 p.

MURRAY, C. ET FRENK, J. (2000) « A framework for assessing the performance of health systems », *Bulletin de l'OMS*, vol 78, no 6.

NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH (2003) *Improving Quality (IQ) : A systems approach for the New Zealand Health and Disability Sector*, 44 p.

NHS EXECUTIVE (1999) *The NHS Performance Assessment Framework*, 23 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2002) *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, Paris, OCDE, 395 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000) *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS, 237 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003) *Health system performance assessment : debates, methods and empiricism*, Genève, OMS, 927 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE (2004) *Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH)*, Barcelone, Bureau régional OMS de l'Europe.

PARSONS, T. (1977) *Social systems and the evolution of action theory*. New York, NY : Free Press.

ROCHER, G. (1972) *Talcott Parsons et la sociologie américaine*. P.U.F., Paris.

SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.C., BARNESLEY, J., BÉLAND, F., LEGGAT S.G., DENIS, J.L., BILODEAU, H., LANGLEY, A., BRÉMOND, M., BAKER, G.R. (1998) "A conceptual framework analysis of health care organizations performance", *Health services management research*, n°11.

SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.C. (1999) « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Rupture – Revue transdisciplinaire en santé*, vol.6, n°1, p. 34-46.

SMITH, P. (1995) « On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector », *International journal of public administration*, vol.18, n°2, p. 277-310.

Sites Internet :

- Gouvernement de la Saskatchewan : www.gov.sk.ca
- ICIS : www.icis.ca
- Ministère de la Santé britannique : www.dh.gov.uk
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : www.msss.gouv.qc.ca
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario : www.gov.on.ca/health
- Ministère de la Santé néo-zélandais : www.moh.govt.nz
- Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca

ANNEXE 1 : LES INDICATEURS DE PERFORMANCE DES DIFFÉRENTS CADRES D'ÉVALUATION

Cette annexe a pour but d'énumérer l'ensemble des indicateurs de performance existant dans les différents cadres d'évaluation.

À la différence des tableaux de la section 5, les informations sont ici recensées selon les pays ou organisations internationales.

Cela met en lumière la logique propre à chaque cadre d'évaluation et indique également les indicateurs qui ne rentrent pas dans le cadre du modèle intégrateur.

1. LES INDICATEURS DE L'OMS

(Source : *Rapport de la santé dans le monde 2000*)

1.1 Résultats de santé

- Probabilité de décéder avant 5 ans (mortalité infantile) ou entre 15 et 59 ans (hommes et femmes)
- Espérance de vie à la naissance (hommes et femmes)
- Décès par cause, sexe et strate de mortalité
- Charge de morbidité en AVCI (années de vie corrigées de l'incapacité) par cause, sexe et strate de mortalité
- EVCI (espérance de vie corrigée de l'incapacité) à la naissance et à l'âge de 60 ans : donne le niveau moyen de santé de la population (espérance de vie avec l'équivalent d'une pleine santé)
→ AVCI et EVCI sont des mesures synthétiques de la santé de la population permettant de déterminer la différence entre la santé d'une population et un objectif normatif constitué par une vie en pleine santé
- Distribution de la santé : distribution de l'EVCI entre les individus
- Années de vie en incapacité attendues à la naissance (hommes, femmes)
- Pourcentage de la durée de vie en incapacité (hommes, femmes)
- Indice de l'égalité de survie des enfants

1.2 Réactivité

- Degré de réactivité : mesure basée sur une enquête effectuée auprès d'environ 2 000 informateurs-clés qui ont été priés d'évaluer la performance de leur système de santé par rapport à sept composantes de réactivité :
 - Respect de la dignité
 - Autonomie et confidentialité (respect de la personne)

- Rapidité de la prise en charge
- Qualité de l'environnement
- Accès aux réseaux d'aide sociale pendant les soins
- Choix du prestataire de soins (attention accordée au client)
 - notes allant de 1 à 10 pour chacune des composantes, puis regroupées en une seule note composite de la réactivité
- Distribution de la réactivité : lors de l'enquête, les informateurs doivent désigner des groupes désavantagés sur le plan de la réactivité (souvent minoritaires)
 - mesure de 0 (inégalité absolue) à 1 (égalité complète)

1.3 Équité de la contribution financière

Pour calculer la distribution de la contribution financière des ménages, on utilise des données tirées d'enquêtes auprès de ménages qui comprennent des informations sur le revenu (niveau individuel) et les dépenses des ménages (par types de biens et services, y compris sanitaires) : consultation du fisc, comptes nationaux de la santé, comptabilité nationale et budgets des États.

On part de la notion de contribution d'un ménage au financement des systèmes de santé : rapport des dépenses totales du ménage pour sa santé au montant permanent de son revenu situé au-dessus du minimum de subsistance (dépenses totales de santé, contribution au financement du système de santé telle que l'impôt sur le revenu, la taxe à la valeur ajoutée, impôts indirects, cotisation de sécurité sociale, primes d'assurance privée et paiements directs). Le revenu permanent d'un ménage au-dessus du minimum de subsistance correspond au total des dépenses plus les taxes qui ne figurent pas dans le total des dépenses diminué des dépenses d'alimentation.

Cet indice est conçu pour donner une note élevée aux ménages qui ont consacré à la santé une très grande partie de leur revenu au-dessus du minimum de subsistance. Cet indice reflète donc l'inégalité de la contribution financière des ménages, mais tient particulièrement compte des ménages que d'importantes dépenses de santé exposent à un risque d'appauvrissement : indice de 0 (égalité complète) à 1 (+haut degré d'inégalité).

1.4 Indicateurs de comptes nationaux de la santé

- Dépenses de santé (pourcentage) : total des dépenses de santé en pourcentage du PIB
 - Dépenses publiques en pourcentage du total des dépenses de santé
 - Dépenses privées en pourcentage du total des dépenses de santé
 - Paiements directs en pourcentage du total des dépenses de santé

- Dépenses financées par l'impôt et autres dépenses publiques en pourcentage des dépenses publiques de santé
 - Dépenses de sécurité sociale en pourcentage des dépenses publiques de santé
 - Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses publiques
 - Dépenses de santé par habitant : total des dépenses au taux de change officiel
 - Paiements directs au taux de change officiel
 - Total des dépenses en dollars (\$) internationaux
 - Dépenses publiques en dollars (\$) internationaux
 - Paiements directs en dollars (\$) internationaux
- Pondération de l'ensemble de ces indicateurs qui donne une mesure composite des résultats d'ensemble des systèmes de santé
- + indice de performance en matière de niveau de santé qui indique avec quelle efficacité les systèmes de santé parviennent à convertir leurs dépenses en santé : rapport entre le niveau de santé atteint et celui qui pourrait l'être par le système de santé le plus efficace.

2. LES INDICATEURS DU CANADA (ICIS)

(Source : ICIS, *Indicateurs de santé 2003 : définitions, sources des données et raisonnement*)

2.1 État de santé

- **Bien-être**
 - Autoévaluation de la santé
 - Changements d'une année à l'autre de l'autoévaluation de la santé
 - Estime de soi
- **Problèmes de santé**
 - Indice de masse corporelle (IMC), norme canadienne
 - Indice de masse corporelle (IMC), norme internationale
 - Arthrite, rhumatisme
 - Diabète
 - Asthme
 - Hypertension
 - Douleurs ou malaises qui ont un effet sur les activités
 - Douleurs ou malaises selon l'intensité
 - Risques de dépression
 - Faible poids à la naissance
 - Incidence du cancer, taux normalisés selon l'âge

- 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 (homme)
- Hospitalisation à la suite d'une blessure
- Maladies d'origine alimentaire et hydrique
- Blessures
- **Fonction humaine**
 - 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**
 - Mortalité infantile
 - Mortalité périnatale
 - Années potentielles de vie perdues (APVP), total
 - APVP, tous les types de cancer
 - APVP, toutes les maladies de l'appareil circulatoire
 - APVP, toutes les maladies de l'appareil respiratoire
 - Espérance de vie

Nombres bruts et taux, taux de décès normalisés selon l'âge :

- Toutes les causes de décès
- Décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire
- Décès dus aux cancers (tumeurs malignes)
- Décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire
- Suicide
- Décès dus à des blessures accidentelles
- Décès dus au SIDA
- Années potentielles de vie perdues (APVP) :
- APVP, blessures accidentelles
- APVP, SIDA

2.2 Déterminants non médicaux de la santé

- **Comportements sanitaires**
 - Usage du tabac
 - Début de l'usage du tabac
 - Changements d'une année à l'autre de comportement dans l'usage du tabac
 - Fréquence de consommation d'alcool
 - Activité physique durant les loisirs
 - Allaitement
 - Habitudes alimentaires

- **Conditions de vie et de travail**
 - Obtention d'un diplôme d'études secondaires
 - Obtention d'un diplôme d'études post-secondaires
 - 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 provenant de transferts gouvernementaux
 - Logements occupés par le propriétaire
 - Taux de criminalité (affaires)
 - Taux de criminalité chez les jeunes et les adultes (accusations)

- **Ressources personnelles**
 - Maturité scolaire
 - Soutien social
 - Stress dans la vie quotidienne

- **Facteurs environnementaux**
 - Exposition à la fumée secondaire

2.3 Rendement du système de services de santé

- **Acceptabilité**
- **Accessibilité**
 - 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
- **Caractère approprié**
 - Accouchement vaginal après césarienne
 - Césariennes
- **Compétence**
- **Continuité**
- **Efficacité**
 - Coqueluche
 - Rougeole
 - Tuberculose
 - VIH
 - Chlamydia
 - Hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe
 - Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement, taux normalisés selon l'âge :
 - Infections bactériennes
 - Cancer du col de l'utérus
 - Maladies hypertensives
 - Pneumonie et bronchite non précisée
 - Hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires
 - Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM)
 - Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un accident vasculaire cérébral
 - Taux de réhospitalisation après un IAM
 - Taux de réhospitalisation pour cause d'asthme
 - Taux de réhospitalisation après une prostatectomie
 - Taux de réhospitalisation après une hystérectomie
 - Taux de réadmission après une pneumonie

- **Efficiences**
 - Cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation
 - Durée prévue du séjour par rapport à la durée réelle
- **Sécurité**
 - Hospitalisations liées à une fracture de la hanche

2.4 Caractéristiques de la collectivité et du système de services de santé

- **Collectivité**
 - Population
 - Densité de population
 - Rapport de dépendance
 - Personnes vivant en région urbaine
 - Autochtones
 - Immigrants
 - Mobilité des migrants internes
 - Population dans les zones d'influence des régions métropolitaines (ZIM) forte
 - Familles monoparentales
 - Minorités visibles
 - Grossesse chez l'adolescente
- **Système de services de santé**
 - 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 des spécialistes des soins dentaires
- **Ressources**
 - Dépenses en soins de santé
 - Médecins
 - Infirmiers et infirmières
 - Autres professionnels de la santé

3. LES INDICATEURS DU CANADA (ACCORD DE 2003 DES PREMIERS MINISTRES SUR LE RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ)

3.1 Accès au moment opportun

- **Accès aux fournisseurs et aux services de santé**
 - Pourcentage de la population ayant un médecin de famille
 - Pourcentage de médecins acceptant de nouveaux patients
 - Nombre d'organismes ou d'équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires, par région (rurale ou urbaine)
 - Pourcentage de la population ayant accès 24 heures par jour et 7 jours par semaine à un fournisseur de soins primaires (ex. infirmières praticiennes, médecins), à la télésanté, à de l'information en ligne sur la santé
 - Pourcentage de la population recevant couramment les soins requis par l'entremise d'un organisme ou d'une équipe pluridisciplinaire de soins de santé primaires
 - Pourcentage de la population protégée par une assurance publique pour de services de santé de base à domicile

- **Temps d'attente-volume**
 - Radiothérapie pour le cancer du sein ou de la prostate, pontage cardiaque, remplacement de la hanche ou du genou
 - Aiguillage vers les spécialistes pour le cancer (du poumon, de la prostate, du sein, colorectal) et les maladies du cœur
 - Temps en salle d'urgence, de l'admission jusqu'au congé (corrigé pour les variations saisonnières)
 - Tests de diagnostic (IRM, tomodensitométrie)
 - Temps écoulé entre l'aiguillage et le premier service de soins de santé à domicile
 - Période d'attente avant l'admissibilité à l'assurance publique pour des services de soins à domicile dans une autre province
 - Pourcentage des services et installations reliés à un système centralisé (provincial – régional) de gestion des listes d'attente pour certains types de cancer et de chirurgie, pour l'aiguillage vers les spécialistes, pour l'accès en temps en salle d'urgence et aux tests de diagnostic (tous les indicateurs de temps d'attente susmentionnés)

- **Couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance**

Les indicateurs seront élaborés

3.2 Qualité

- **Sécurité du patient**
 - Erreurs et incidents médicaux déclarés (ex. surveillance des maladies, réactions indésirables aux médicaments) – détermination proposée par l'Institut de la sécurité du patient
- **Satisfaction du patient**
 - Ensemble des services de soins de santé
 - Soins en milieu hospitalier
 - Soins fournis par les médecins
 - Soins communautaires
 - Télésanté-information en ligne
- **Résultats en matière de santé**
 - Réadmission pour certaines conditions
 - Réadmission pour IAM, pneumonie
 - Réadmission pour insuffisance cardiaque globale, hémorragie gastro-intestinale
 - Taux de mortalité pour divers types de cancer
 - Taux de survie pour divers types de cancer

3.3 Viabilité (efficience, efficacité)

- **Ressources humaines en santé**
 - Distribution selon l'âge des fournisseurs qui pratiquent, par spécialité
 - Nombre de fournisseurs qui entrent dans le système et le quittent chaque année, par spécialité
 - Prévision sur 10 ans pour les fournisseurs dont on prévoit l'entrée dans le système (formés au Canada, en provenance d'autres pays)
- **Matériel**
 - Nombre et type de matériel installé
 - Nombre de professionnels spécialisés utilisant de l'équipement de diagnostic
 - Volume – temps d'attente pour l'IRM, la tomodensitométrie
- **Systèmes d'information**
 - Progrès dans la mise en place de systèmes d'information
 - Degré de normalisation de l'information recueillie et communiquée aux fins de décision fondée sur des données probantes
 - Degré d'utilisation de la technologie, fondée sur des données probantes

- **Optimisation de l'investissement**

- Communication par chaque gouvernement de ses plans et priorités dans des rapports annuels sur la santé
- Dépenses liées aux domaines de réforme (liens entre intrants et extrants)
- Partage des leçons tirées et des pratiques exemplaires dans les provinces et territoires et entre eux
- Comparaison des mesures de productivité

3.4 États de santé et résultats en matière de santé

- Pourcentage des Canadiens et Canadiennes physiquement actifs
- Pourcentage des Canadiens et Canadiennes satisfaisant à l'IMC recommandé
- Années potentielles de vie perdue
- Espérance de vie sans incapacité
- Coût de la maladie

4. LES INDICATEURS DU QUÉBEC

(Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux)

4.1 Espérance de vie

- Espérance de vie à la naissance et à 65 ans
- Espérance de vie sans incapacité à la naissance et à 65 ans

4.2 Mortalité infantile

- Taux de mortalité infantile

4.3 Faible poids à la naissance

- Taux d'insuffisance de poids à la naissance
- Taux de mortalité

4.4 La perception du niveau de santé

- Proportion de la population déclarant posséder une excellente ou une très bonne santé

4.5 Les changements affectant l'espérance de vie

- Taux ajusté de mortalité selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, IAM, AVC
- Probabilité de survie relative après 5 ans pour les cas de cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum

4.6 L'amélioration de la qualité de vie

- Taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche ou du genou

4.7 Réduction du fardeau des maladies, des affections et des blessures

- Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum
- Années potentielles de vie perdues selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, IAM, AVC, traumatismes
- Taux d'incidence de certaines maladies évitables par vaccination
- Infections « invasives » à méningocoque, rougeole et infections « invasives » à Haemophilus influenzae de type B (HIB) pour les enfants âgés de moins de cinq ans
- Taux ajusté de prévalence du diabète

4.8 Les délais d'attente pour accéder aux services médicaux et hospitaliers

- Délais d'attentes pour les personnes ayant utilisé les services médicaux et hospitaliers

4.9 La satisfaction des patients

- Taux de satisfaction des patients

4.10 L'accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour et 7 jours par semaine

- Proportion de la population ayant accès aux services de santé de première ligne au moment voulu

4.11 Les services à domicile et les soins ambulatoires

- Pourcentage estimé de la population recevant des services à domicile
- Taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires

4.12 La surveillance et la protection de la santé publique

- Taux d'incidence de la tuberculose
- Taux d'incidence des infections à E. coli producteurs de vérotoxines
- Taux d'incidence de l'infection génitale à Chlamydia trachomatis
- Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement chez les non-fumeurs

4.13 La promotion de la santé et la prévention des maladies

- Taux de tabagisme chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans
- Proportion de personnes pratiquant une activité physique de loisirs

- Niveau de l'indice de masse corporelle (IMC)
- Taux de vaccination contre l'influenza chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

5. LES INDICATEURS DE L'ONTARIO

[Traduction]

5.1 Services communautaires pour préserver et protéger la santé des citoyens

- Taux de mortalité infantile
- Espérance de vie à la naissance
- Années potentielles de vie perdues causées par le cancer et les maladies cardiaques
- Taux d'insuffisance de poids à la naissance
- Nombre de familles à risque élevé recevant des services de visites à domicile ou mises en lien avec d'autres services appropriés
- Nombre de logements avec services de soutien mis à la disposition des utilisateurs de résidences d'urgence
- Pourcentage des Ontariens de plus de 75 ans vivant dans la collectivité

5.2 Services professionnels procurant un accès aux soins primaires et aux soins spécialisés

- Nombre de médecins, spécialistes compris, par habitant
- Nombre de sites de soins primaires où la réforme est mise en oeuvre
- Pourcentage du taux d'inscription des patients ciblés atteints
- Nombre de médecins de soins primaires ayant joint la réforme des soins primaires
- Disponibilité des omnipraticiens et des spécialistes
- Nombre de recommandations du Nursing Task Force mises en oeuvre

5.3 Services institutionnels fournissant des soins actifs de longue durée en établissement

- Pourcentage de journées passées par les patients dans un hôpital de soins de courte durée alors qu'un autre type d'établissement aurait été plus approprié
- Nombre de lits disponibles dans les établissements de soins de longue durée

5.4 Direction du développement, de planification et des politiques pour la planification des soins de santé et contrôle de la qualité et de la performance

- Taux de qualité et d'accès aux services de santé d'après une enquête portant sur la satisfaction envers l'hôpital

- Pourcentages de clients acheminés pour investigation et vers des comités d'examen
- Nombre d'enquêtes entreprises pour fraude

6. LES INDICATEURS DE L'AUSTRALIE

[Traduction]

6.1 État de santé et résultats

- **État de santé**

Les indicateurs possibles pour cette dimension peuvent inclure la prévalence, l'incidence ou le fardeau de la maladie tels que :

- Tendances de la prévalence et de l'incidence des états de santé dans le cadre des National Health Priority Areas (zones de priorité en matière de santé nationale) comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer, la santé mentale, y compris la dépression, les blessures et l'asthme.
- Morbidité attribuable aux médicaments et aux drogues illicites

- **Fonction humaine**

- Années vécues en invalidité (*years lived with disability* - YLD)
- Taux d'invalidité et niveaux d'indépendance ou de dépendance

- **Espérance de vie et bien-être**

- Espérance de vie pondérée par l'invalidité
- Longévité pondérée par l'invalidité
- Autoévaluation de la santé

- **Décès**

- Mortalité périnatale et infantile
- Années de vie perdues pour certains états de santé
- Principales causes de décès

6.2 Déterminants de la santé

- **Facteurs environnementaux**

- Qualité de l'air : niveau de pollution, densité pollinique et de poussières
- Niveaux d'ozone stratosphérique
- Environnements sans fumée (domicile et lieu de travail)
- Pollution de l'eau, relevés de bactéries, algues bleues
- Qualité de la nourriture – présence de *Salmonella*, etc.

- **Facteurs socioéconomiques**
 - Niveau de scolarité (primaire, secondaire, tertiaire)
 - Emploi
 - Revenu
- **Capacité de la collectivité**
 - Services de santé dans la localité
 - Confiance dans les professionnels de la santé
 - Éducation en matière de santé
 - Services communautaires de soutien
- **Comportements en matière de santé**
 - Usage du tabac
 - Consommation excessive de boissons alcoolisées
 - Consommation de drogues illicites
 - Niveau d'activités physiques
 - Nutrition
- **Facteurs liés à l'individu**
 - Taux de maladies spécifiques à composantes génétiques, par exemple le syndrome de Down, la dystrophie musculaire, la fibrose kystique et l'hémophilie
 - Taux d'anomalies congénitales spécifiques, par exemple des anomalies cardiaques congénitales

6.3 Performance du système de services de santé

- **Efficacité**
 - Taux d'immunisation et prévalence de la maladie
 - Prévention en matière de VIH et de pratiques sexuelles sans risque
 - Prévention en matière de MSN (mort subite du nourrisson) et prévalence de mort subite chez les nourrissons
 - Dépistage du cancer du sein et détection de petits cancers
- **Caractère approprié**
 - Proportion des hôpitaux et des lits disponibles qui ont reçu l'accréditation du Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)

- **Efficiences**
 - Coût par séparation ajustée des groupes clients (*casemix*) dans les hôpitaux publics
 - Coût moyen par diagnostic repère pour la gestion (DRG - Diagnostic Related Group), avantages moyens par DRG
 - Coût par visite d'un omnipraticien
 - Coût par femme du dépistage du cancer du sein

- **Réactivité**
 - Niveau de transmission de rapports aux clients
 - Traitement des plaintes des clients
 - Participation des clients aux prises de décision et aux consultations

- **Accessibilité**
 - Temps d'attente au service de l'urgence avant la prestation de services
 - Temps d'attente pour une chirurgie électorive
 - Séparations par 1 000 habitants du groupe cible
 - Services d'un omnipraticien par millier d'habitants vivant dans les régions rurales, éloignées et métropolitaines

- **Sécurité**
 - Nombre de produits approuvés retirés du marché ou devant être modifiés pour rencontrer les conditions d'approbation pour des motifs liés à la sécurité

- **Continuité**
 - Recours à l'article 720 du Medicare Benefits Schedule pour la planification des soins

- **Capacité**
 - Proportion des pratiques ou installations accréditées dans les domaines de la médecine générale, de la physiothérapie et dans les hôpitaux

- **Viabilité**
 - Pourcentage des dépenses (privées – publiques) de recherche portant sur la santé, comparaisons internationales
 - Pourcentage des dépenses d'enseignement par comparaison à la prestation de services
 - Mesures financières (par exemple le ratio de l'actif)

7. LES INDICATEURS DE L'OCDE

[Traduction]

7.1 Indicateurs des résultats en matière de santé

- Mortalité évitable en fonction de certaines conditions
- Mortalité infantile
- Mortalité périnatale
- Insuffisance de poids à la naissance
- Incidence des maladies infectieuses
- Hospitalisations évitables en fonction de certaines conditions
- Taux de survie au cancer
- Mortalité à l'hôpital attribuable à un infarctus aigu du myocarde
- Taux de vaccination
- Dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus

7.2 Réactivité

- Variations du temps d'attente pour une chirurgie non urgente

7.3 Indicateurs d'équité

- L'OCDE commence à collecter certaines données concernant l'équité

7.4 Indicateurs d'efficience

L'OCDE n'a pas de proposition pour produire un indicateur composite de haut niveau concernant l'efficience

8. LES INDICATEURS DU NHS

(Source : *Performance data* sur le site du Ministère)

[Traduction]

8.1 Amélioration de la santé

- Espérance de vie (hommes)
- Espérance de vie (femmes)
- Décès dus au cancer
- Décès dus aux maladies du système circulatoire
- Taux de suicide
- Décès dus à un accident

- Conception avant l'âge de 18 ans
- Dents cariées, perdues ou plombées chez les enfants de cinq ans
- Taux de mortalité infantile

8.2 Accès équitable

- Dépistage du cancer du sein
- Dépistage du cancer du col de l'utérus
- Taux de chirurgie pour une maladie coronarienne
- Taux de chirurgie pour le remplacement d'une articulation
- Taux de chirurgie pour une extraction de cataracte
- Nombre d'omnipraticiens
- Augmentation des toxicomanes ayant accès à des traitements pour toxicomanie

8.3 Prestation efficace des soins appropriés

- Vaccination des enfants
- Vaccination contre la grippe
- Retour à la maison après un traitement pour une fracture de la hanche
- Gestion des soins primaires – états aigus
- Gestion des soins primaires – états chroniques
- Santé mentale en soins primaires
- Prescription de médicaments antibactériens
- Prescription de médicaments contre les ulcères
- Donneurs d'organe

8.4 Efficience

- Taux de soins de jour
- Séjour
- Prescription de produits génériques
- Rendez-vous manqués à la clinique externe
- Qualité des données

8.5 Expérience patient- «prodigueur» de soins (NHS Healthcare)

- Nombre de mois d'attente pour une hospitalisation
- Attentes de 13 semaines pour une consultation externe
- Nombre de semaines d'attente dans les cas de cancer
- Nombre de congés retardés
- Accès à un omnipraticien

8.6 Résultats pour la santé

- Admissions en urgence
- Admissions en urgence à l'hôpital d'enfants ayant une infection des voies respiratoires inférieures
- Réhospitalisation en psychiatrie
- Réadmission en urgence à l'hôpital à la suite du congé
- Réadmission en urgence à l'hôpital à la suite de traitement pour une fracture de la hanche
- Réadmission en urgence à l'hôpital à la suite de traitement pour un AVC
- Taux de survie après un cancer du sein
- Taux de survie après un cancer du poumon
- Taux de survie après un cancer du côlon
- Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie (admissions non-programmées)
- Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie cardio-vasculaire
- Décès dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour un AVC
- Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie (admissions programmées)
- Personnes ayant cessé de fumer depuis 4 semaines

9. LES INDICATEURS DES ÉTATS-UNIS

[Traduction]

DONNÉES DU HEDIS (HEALTH PLAN EMPLOYER DATA AND INFORMATION SET) DU NATIONAL COMMITTEE OF QUALITY ASSURANCE

9.1 Efficacité des soins

- Conseiller aux fumeurs d'arrêter de fumer
- Traitement aux bêtabloquants après une crise cardiaque
- La santé des aînés
- Examen des yeux pour les personnes souffrant de diabète
- Vaccins contre la grippe pour les adultes plus âgés
- Dépistage du cancer du col de l'utérus
- Dépistage du cancer du sein
- Condition de la vaccination infantile
- Condition de la vaccination des adolescents
- Traitement des infections de l'oreille chez les enfants
- Soins prénataux au cours du premier trimestre

- Bébé ayant un poids insuffisant à la naissance
- Examen de santé après l'accouchement
- Suivi après une hospitalisation en santé mentale

9.2 Accès et disponibilité des soins

- Disponibilité des prestataires de soins primaires
- Accès aux prestataires de soins primaires pour les enfants
- Disponibilité des prestataires de soins en santé mentale et en matière de dépendance aux substances chimiques
- Examen dentaire annuel
- Disponibilité des dentistes
- Accès des adultes à des services de santé ambulatoires ou préventifs
- Initiation aux soins prénataux
- Disponibilité des prestataires de soins prénataux ou obstétricaux
- Accouchement de nouveau-nés de faible poids dans des installations pour accouchements et nouveau-nés à risque élevé
- Disponibilité des services d'interprétation linguistique

9.3 Satisfaction à l'égard des soins

- L'enquête sur la satisfaction Member Satisfaction Survey (diverses mesures)
- Information descriptive sur l'enquête

9.4 Stabilité du régime des soins médicaux

- Fin de l'adhésion
- Rotation des prestataires
- Renseignements descriptifs sur les tendances des taux, la stabilité financière et la protection sur l'insolvabilité
- Indicateurs de stabilité financière
- Nombre d'années en affaires – nombre total d'adhérents

9.5 Utilisation des services

- Visites de consultation pédiatrique au cours des quinze premiers mois de vie
- Visites de consultation pédiatrique au cours de la troisième, quatrième, cinquième et sixième année de vie
- Visites de consultation à l'adolescence
- Fréquence de procédures choisies
- Utilisation de l'hospitalisation – soins non impératifs
- Utilisation de l'hospitalisation – hôpital général – soins de courte durée

- Soins ambulatoires
- Césarienne et taux d'accouchement vaginal après césarienne
- Congé et durée moyenne du séjour pour les femmes à la maternité
- Naissances et durée moyenne du séjour des nouveau-nés
- Fréquence des soins prénataux continus
- Utilisation des services en santé mentale – pourcentage des membres recevant des services d'hospitalisation, des services jour et nuit ou des services ambulatoires
- Réhospitalisation pour des troubles mentaux spécifiés
- Chimiodépendance – congé des patients hospitalisés et durée moyenne du séjour
- Chimiodépendance – pourcentage des membres recevant des services d'hospitalisation, des services jour et nuit ou des services ambulatoires
- Santé mentale – congé des patients hospitalisés et durée moyenne du séjour
- Réhospitalisation pour chimiodépendance
- Toxicomanes en consultation externe

9.6 Coût des soins

- Groupes de diagnostic repère pour la gestion (DRG) à fréquence et coûts élevés
- Tendance des taux

9.7 Choix informés en matière de soins de santé

- Services de traduction linguistique
- Orientation et formation des nouveaux membres

9.8 Renseignements descriptifs sur le plan de santé

- Certification reconnue – achèvement de la résidence
- Rémunération des prestataires
- Médecins payés en vertu d'un système de capitation
- Renouvellement de titres et certificats
- Réseau de la santé mentale pédiatrique
- Services à la chimiodépendance
- Ententes avec les organismes de santé publique, d'éducation et de services sociaux
- Nombre de semaines de grossesse au moment de l'inscription
- Services de planification familiale
- Soins préventifs et promotion de la santé

- Évaluation et amélioration de la qualité
- Gestion de cas
- Gestion de l'utilisation
- Gestion des risques
- Diversité de l'adhésion à Medicaid
- Dénombrement sans double compte des adhérents à Medicaid
- Inscription par souscripteur (nombre d'années ou de mois d'adhésion)
- Inscriptions totales

RAPPORT SUR LA QUALITÉ DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ (NATIONAL HEALTH CARE)

9.9 Efficacité des soins

- **Cancer**

- Dépistage du cancer du sein :
Processus : Pourcentage des femmes (40 ans et plus) qui déclarent avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années
Résultat : Taux de cancers du sein diagnostiqués à un stade avancé
- Dépistage du cancer du col de l'utérus :
Processus : Pourcentage des femmes (18 ans et plus) qui déclarent avoir subi un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années
Résultat : Taux de diagnostics de cancers du col de l'utérus considérés comme étant invasifs (comprend le stade local, intermédiaire et avancé mais non la maladie in situ)
- Dépistage du cancer colorectal :
Processus : Pourcentage des hommes et des femmes (50 ans et plus) qui déclarent avoir déjà subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie à sonde souple
Pourcentage des hommes et des femmes (50 ans et plus) qui déclarent avoir subi un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux dernières années
Résultat : Taux de cancers colorectaux diagnostiqués à un stade intermédiaire ou avancé
- Traitement du cancer :
Résultat : Décès dus au cancer par 100 000 individus par année pour tous les types de cancer
Décès dus au cancer par 100 000 individus par année pour le cancer le plus courant, le cancer de la prostate

Décès dus au cancer par 100 000 individus par année pour le cancer le plus courant, cancer du sein

Décès dus au cancer par 100 000 individus par année pour le cancer le plus courant, cancer du poumon

Décès dus au cancer par 100 000 individus par année pour le cancer le plus courant, cancer colorectal

- Soins palliatifs :

Processus : Nombre de décès en hospice sur 100 décès dus au cancer

Durée de séjour moyenne pour les patients souffrant de cancer ayant reçu des soins en hospice

• **Néphropathie en phase terminale**

- Gestion de la néphropathie en phase terminale :

Processus : Pourcentage des patients sous dialyse sur une liste d'attente pour transplantation

Pourcentage des patients traités pour insuffisance rénale chronique qui reçoivent une greffe de rein dans les trois années suivant leur inscription sur une liste d'attente

Résultat : Pourcentage des patients sous hémodialyse ayant un ratio de réduction d'urée (URR) de 65 ou plus

Pourcentage des patients ayant un ratio d'hématocrite de 33 ou plus

Taux de survie des patients

• **Diabète**

- Contrôle du diabète :

Processus : Pourcentage des adultes souffrant de diabète ayant subi un test de dosage de la concentration d'hémoglobine A1c au moins une fois au cours de la dernière année

Pourcentage des adultes souffrant de diabète ayant eu un profil lipidique au cours des deux dernières années

Pourcentage des adultes souffrant de diabète ayant subi un examen de la rétine au cours de la dernière année

Pourcentage des adultes souffrant de diabète ayant subi un examen des pieds au cours de la dernière année

Pourcentage des adultes souffrant de diabète ayant reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année

Résultat : Pourcentage des adultes souffrant de diabète ayant une concentration de HbA1c >9,5 % (mal équilibré); < 9,0 % (minimalement acceptable); < 7,0 % (optimal)

Pourcentage des adultes souffrant de diabète diagnostiqué ayant un taux de cholestérol LDL-C < 130 mg/dL (minimalement acceptable); < 100 mg/dL (optimal)

Pourcentage des adultes souffrant de diabète diagnostiqué dont la pression artérielle la plus récente est < 140/90 mm/Hg

Admissions à l'hôpital pour diabète non contrôlé par 100 000 habitants

Admissions à l'hôpital pour complications à court terme du diabète par 100 000 habitants

Admissions à l'hôpital pour complications à long terme du diabète par 100 000 habitants

Admissions à l'hôpital pour amputation des membres inférieurs chez les patients souffrant de diabète par 1 000 habitants

- **Cardiopathie**

- Dépistage de l'hypertension artérielle :

Processus : Pourcentage des individus de plus de 18 ans ayant fait mesurer leur pression artérielle au cours des deux dernières années et pouvant déclarer si leur pression artérielle est normale ou élevée

- Dépistage du taux de cholestérol élevé :

Processus : Pourcentage des adultes de plus de 18 ans ayant fait mesurer leur cholestérol au cours des cinq dernières années

- Consultation sur les facteurs de risque :

Processus : Pourcentage des fumeurs ayant été avisés d'arrêter de fumer

- Traitement de l'infarctus aigu du myocarde :

Processus : Pourcentage des patients ayant fait un IAM à qui l'on a administré de l'aspirine dans les 24 heures suivant leur admission

Pourcentage des patients ayant fait un IAM à qui l'on a prescrit de l'aspirine au moment du congé

Pourcentage des patients ayant fait un IAM à qui l'on a administré un médicament bêtabloquant dans les 24 heures suivant leur admission

Pourcentage des patients ayant fait un IAM à qui l'on a prescrit un médicament bêtabloquant au moment du congé

Pourcentage des patients ayant fait un IAM avec dysfonction systolique ventriculaire gauche à qui l'on a prescrit un inhibiteur de l'ECA (enzyme convertissant l'angiotensine) au moment du congé

Pourcentage des patients ayant fait un IAM à qui l'on a conseillé, lors de leur hospitalisation, de cesser de fumer

Temps moyen écoulé jusqu'à la thrombolyse. Temps écoulé entre l'arrivée et le début de l'administration d'un agent thrombolytique chez les patients dont le dernier électrocardiogramme effectué avant l'arrivée à l'hôpital présente une élévation du segment ST ou un bloc de branche gauche (BBG)

Temps moyen écoulé jusqu'à l'ACTP (angioplastie coronarienne transluminale percutanée). Temps écoulé entre l'arrivée et le moment où l'on effectue une angioplastie coronarienne transluminale percutanée chez les patients dont le dernier électrocardiogramme effectué avant l'arrivée à l'hôpital présente une élévation du segment ST ou un bloc de branche gauche (BBG)

- Traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë :

Processus : Pourcentage des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ayant eu une évaluation de la fraction d'éjection du ventricule gauche

Pourcentage des patients souffrant d'insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique ventriculaire gauche à qui l'on a prescrit un inhibiteur de l'ECA au moment du congé

- Contrôle de l'hypertension :

Résultat : Pourcentage des individus souffrant d'hypertension dont la pression artérielle est maîtrisée

- Contrôle de l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) :

Résultat : Admissions à l'hôpital pour ICC par 1 000 habitants

- **VII – SIDA**

- Prévention du SIDA

Résultat : Nouveaux cas de SIDA par 100 000 habitants (13 ans et plus)

- Contrôle du VIH – SIDA :
Résultat : VIH – décès dus à l'infection par 100 000 habitants
- **Santé maternelle et infantile**
 - Soins de maternité :
Processus : Pourcentage des femmes enceintes recevant des soins prénataux au cours du premier trimestre
Résultat : Pourcentage des nouveau-nés vivants ayant un faible poids ou un très faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes, ou moins de 1 500 grammes)
Mortalité infantile par 1 000 naissances vivantes
Mortalité maternelle par 100 000 naissances vivantes
 - Vaccination des enfants :
Processus : Pourcentage des enfants de 19 à 35 mois ayant reçu tous les vaccins recommandés
Pourcentage des enfants de 19 à 35 mois ayant reçu quatre doses du vaccin DTCa
Pourcentage des enfants de 19 à 35 mois ayant reçu trois doses du vaccin contre la polio
Pourcentage des enfants de 19 à 35 mois ayant reçu une dose du vaccin ROR
Pourcentage des enfants de 19 à 35 mois ayant reçu trois doses du vaccin contre le HIB
Pourcentage des enfants de 19 à 35 mois ayant reçu trois doses du vaccin contre l'hépatite B
Pourcentage des enfants de 19 à 35 mois ayant reçu une dose du vaccin contre la varicelle
 - Vaccination des adolescents :
Processus : Pourcentage des adolescents (de 13 à 15 ans) ayant reçu trois doses ou plus du vaccin contre l'hépatite B
Pourcentage des adolescents (de 13 à 15 ans) ayant reçu deux doses ou plus du vaccin ROR
Pourcentage des adolescents (de 13 à 15 ans) ayant reçu au moins une dose de rappel contre le tétanos et la diphtérie
Pourcentage des adolescents (de 13 à 15 ans) ayant reçu trois doses ou plus du vaccin contre la varicelle

- Soins dentaires des enfants :

Processus : Pourcentage des enfants de 2 à 7 ans ayant déclaré avoir fait une visite dentaire au cours de la dernière année

- Traitement de la gastro-entérite pédiatrique :

Résultat : Admissions à l'hôpital pour gastro-entérite pédiatrique par 100 000 habitants âgés de 18 ans ou moins

- **Santé mentale**

- Traitement de la dépression :

Processus : Pourcentage des adultes diagnostiqués pour un nouvel épisode de dépression ayant eu un accès optimal à un médecin pour la gestion de la médication pendant le traitement en phase aiguë

Pourcentage des adultes diagnostiqués pour un nouvel épisode de dépression à qui l'on a commencé à prescrire un antidépresseur, ayant fait des essais de médicaments pendant le traitement en phase aiguë

Pourcentage des adultes diagnostiqués pour un nouvel épisode de dépression à qui l'on a commencé à prescrire un antidépresseur qui ont continué à prendre des antidépresseurs pendant la suite du traitement

Résultat : Décès dus au suicide par 100 000 habitants

- **Maladies respiratoires**

- Vaccination contre la grippe :

Processus : Pourcentage des personnes à risque élevé (par exemple une maladie obstructive respiratoire – MOR) âgées de 18 à 64 ans ayant reçu le vaccin contre la grippe au cours des douze derniers mois

Pourcentage des personnes de plus de 65 ans ayant reçu le vaccin contre la grippe au cours des douze derniers mois

Pourcentage des personnes adultes institutionnalisées (soins de longue durée ou foyer de soins) ayant reçu une vaccination antigrippale au cours des douze derniers mois

Résultat : Admissions à l'hôpital pour grippe évitable par la vaccination par 100 000 habitants

- Vaccination contre la pneumonie :

Processus : Pourcentage des personnes à risque élevé (par exemple une maladie obstructive respiratoire – MOR) âgées de 18 à 64 ans, ayant reçu une vaccination antipneumococcique

Pourcentage des personnes de plus de 65 ans ayant déjà reçu une vaccination antipneumococcique

Pourcentage des personnes adultes institutionnalisées (soins de longue durée ou centre d'hébergement) ayant déjà reçu une vaccination antipneumococcique

- Traitement de la pneumonie :

Processus : Pourcentage des patients souffrant de pneumonie à qui l'on a fait une hémoculture avant l'administration d'antibiotiques

Pourcentage des patients souffrant de pneumonie à qui l'on a administré une dose de départ d'antibiotiques dans les huit heures suivant leur arrivée à l'hôpital

Pourcentage des patients souffrant de pneumonie à qui l'on a administré une dose de départ d'antibiotiques correspondant aux recommandations actuelles

Pourcentage des patients souffrant de pneumonie à qui l'on a fait passer un test de dépistage de la grippe ou administré un vaccin antigrippal

Pourcentage des patients souffrant de pneumonie à qui l'on a fait passer un test de dépistage de la pneumonie ou administré un vaccin antipneumococcique

- Traitement des infections des voies respiratoires supérieures :

Processus : Pourcentage des visites (enfants et adultes) lors desquelles un antibiotique a été prescrit pour un simple rhume

- Contrôle de l'asthme :

Processus : Pourcentage des individus souffrant d'asthme persistant à qui l'on a prescrit des médicaments acceptables à titre de thérapie primaire pour le contrôle à long terme de l'asthme (corticostéroïdes inhalés)

Résultat : Admissions à l'hôpital pour asthme pédiatrique par 10 000 habitants âgés de moins de 18 ans

Admissions à l'hôpital pour asthme par 10 000 habitants

Admissions à l'hôpital pour asthme par 100 000 habitants âgés de plus de 65 ans

- Traitement de la tuberculose :

Processus : Pourcentage de patients souffrant de tuberculose qui complètent une série de traitement curatif de la tuberculose au cours des 12 mois suivant le début du traitement

- **Foyers de soins et soins à domicile**

- Soins en établissement de soins infirmiers
- Soins aux malades chroniques : pourcentage des résidants souffrant de douleur
- Soins aux malades chroniques : aggravation de la perte d'AVQ (activités de vie quotidienne) au moment de la vieillesse
- Soins aux malades chroniques : prévalence des infections
- Soins aux malades chroniques : prévalence d'ulcération trophique aux stades 1 à 4
- Soins aux malades chroniques : prévalence de l'utilisation de contention
- Soins post-actifs : non amélioration – contrôle des symptômes de délire
- Soins post-actifs : pourcentage des résidants souffrant de douleur
- Soins post-actifs : amélioration de l'ambulation
- Soins à domicile

Résultat : Amélioration de la capacité à se vêtir le haut du corps
Amélioration de la gestion de la médication orale
Amélioration de la capacité à prendre un bain
Stabilisation de la capacité à prendre un bain
Amélioration de la capacité de transfert
Amélioration de la marche ou de la locomotion
Amélioration de l'élimination et propreté
Diminution des douleurs nuisant aux activités
Diminution de la dyspnée
Diminution de l'incontinence urinaire
Diminution de la fréquence des épisodes de confusion
Hospitalisation pour soins de courte durée

9.10 Sécurité

- **Complication des soins**

- Traumatisme à la naissance
- Décès dans les groupes de diagnostic repère pour la gestion (DRG) présentant un faible taux de mortalité

- « Non-sauvetage »
 - Réaction transfusionnelle et réaction transfusionnelle (par secteur)
 - Corps étranger laissé dans l'organisme pendant une intervention et corps étranger laissé dans l'organisme pendant une intervention (par secteur)
 - Infection des voies sanguines liée à un tube de transfusion chez les patients de l'unité de soins intensifs
 - Infection des voies sanguines liée à un tube de transfusion chez les nourrissons pesant moins de 1 000 grammes à la naissance, à l'unité de soins intensifs
 - Complications à la suite d'une anesthésie
 - Ulcère de décubitus (plaie de lit)
 - Pneumothorax iatrogène et pneumothorax iatrogène (par secteur)
 - Infections causées par des tubes intraveineux ou des cathéters et infections causées par des tubes intraveineux ou des cathéters (par secteur)
 - Fracture postopératoire de la hanche
 - Hémorragie postopératoire
 - Troubles métaboliques ou psychologiques postopératoires
 - Insuffisance respiratoire postopératoire
 - Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde postopératoire
 - Septicémie postopératoire
 - Difficulté technique au cours d'une intervention et difficulté technique au cours d'une intervention (par secteur)
 - Déhiscence d'une plaie postopératoire et déhiscence d'une plaie postopératoire (par secteur)
 - Traumatisme obstétrical - vaginal avec instrument
 - Traumatisme obstétrical - vaginal sans instrument
 - Traumatisme obstétrical - accouchement par césarienne
- **Prescription de médicaments**
 - Pourcentage de personnes âgées résidant dans la communauté ayant eu au moins une prescription (à partir d'une liste de 11 médicaments et d'une liste de 33 médicaments) susceptible d'être contre-indiquée pour les personnes âgées
 - Pourcentage des adultes déclarant que le prestataire de soins habituel leur demande si des médicaments ou des traitements ont été prescrits par d'autres prestataires de soins

9.11 Au moment opportun

- **Accès de base**
 - Pourcentage des personnes qui déclarent avoir une source habituelle de soins, par lieu de soins
 - Pourcentage des familles qui ont eu des difficultés à obtenir des soins, par motif
 - Pourcentage des personnes qui déclarent obtenir un rendez-vous pour des soins courants dès qu'elles le désirent (toujours, habituellement, parfois – jamais)
 - Pourcentage des personnes qui déclarent obtenir des soins pour une maladie ou une blessure dès qu'elles le désirent (toujours, habituellement, parfois – jamais)
- **Temps d'attente**
 - Visites aux services des urgences : pourcentage des patients ayant attendu de voir le médecin pendant une heure ou plus (présenté séparément des visites de première urgence, urgentes, semi-urgentes et non-urgentes du NAMCS)
 - Visites aux services des urgences : pourcentage des patients ayant quitté le NAMCS sans avoir été vus

9.12 Système axé sur les patients

- **Expérience du patient en ce qui a trait aux soins**
 - Pourcentage des patients qui déclarent que le médecin écoute attentivement (toujours, habituellement, parfois – jamais), adultes et parents
 - Pourcentage des patients qui déclarent que le médecin explique les choses clairement (toujours, habituellement, parfois – jamais), adultes et parents
 - Pourcentage des patients qui déclarent que le médecin a fait preuve de respect envers ce qu'ils avaient à dire (toujours, habituellement, parfois – jamais), adultes et parents
 - Pourcentage des patients qui déclarent que le médecin a passé suffisamment de temps avec eux (toujours, habituellement, parfois – jamais), adultes et parents

9.13 Consommation des ressources

- Dépenses nationales en matière de santé par source de financement : certaines années choisies

- Dépenses de santé totales par habitant en dollars : certains pays et certaines années
- Soins de santé personnels totaux exprimés en pourcentage du Gross State Product (produit brut de l'État) par État

9.14 Mesures d'ensemble

- Appréciation globale des soins de santé reçus
- Espérance de vie (à la naissance, à l'âge de 65 ans)
- Nombre de jours de limitation d'activité pour des raisons de santé

10. LES INDICATEURS DU PATH

(Source : Guisset et Champagne, 2003)

[Traduction]

10.1 Efficacité clinique

- **Mortalité**

- Séjour
- Retour à l'unité de soins intensifs
- Complications : infections nosocomiales

- **Réhospitalisation**

- Durée du séjour
- Satisfaction des patients – expérience de l'éducation – information
- Vérification de la préparation au congé
- Continuité perçue dans l'enquête auprès des patients
- Lettres envoyées à l'omnipraticien dans les deux semaines

- **Retour à l'unité de soins intensifs**

- Durée du séjour à l'unité de soins intensifs
- Taux de mortalité à l'unité de soins intensifs – soins intermédiaires – unité d'hospitalisation
- Complications : infections nosocomiales

- **Césarienne**

- Mortalité maternelle et infantile
- Pertinence de l'antibioprophylaxie à la suite d'une césarienne
- Durée du séjour suite à l'accouchement

- **Admission après une chirurgie d'un jour**
 - Taux de chirurgie d'un jour
 - Taux d'annulation de chirurgie d'un jour
 - Satisfaction et expérience des patients ambulatoires
- **Antibioprophylaxie**
 - Infections nosocomiales par type
 - Durée moyenne du séjour (pourcentage au-dessus du seuil extrême)

10.2 Efficience

- **Durée du séjour**
 - Réhospitalisation pour les mêmes traceurs
 - Retour à l'unité de soins intensifs
 - Résultats de la vérification de la préparation au congé
 - Satisfaction des patients – expérience de la préparation au congé
 - Taux de chirurgie d'un jour
 - Pour la durée du séjour à la suite d'un accouchement : allaitement maternel au congé
- **Chirurgie d'un jour**
 - Durée du séjour pour les mêmes traceurs
 - Admission après une chirurgie d'un jour
- **Stocks**
 - Procédures annulées par l'hôpital les jours de chirurgie
- **Séances de vidéo-chirurgie inutilisées**
 - Annulations des procédures par l'hôpital le jour de la chirurgie
 - Taux de chirurgie d'un jour

10.3 Souci du personnel et sécurité du personnel

- **Formation (nombre d'heures et budget alloué)**
 - Ratio de roulement
- **Activités de promotion de la santé pour le personnel (budget alloué)**
 - Absentéisme à long terme et à court terme
 - Blessures liées au travail, par type

- **Absentéisme**
 - Blessures liées au travail, par type
 - Travail temporaire ou travail d'agence
 - Temps supplémentaire ou nombre excessif d'heures
 - Augmentation – diminution de la durée du séjour
 - Satisfaction – expérience du patient
 - Budget pour activités de promotion de la santé
- **Nombre excessif d'heures travaillées par le personnel**
 - Absentéisme à long terme et à court terme
 - Ratio de postes à pourvoir
 - Ratio de roulement
 - Résultats de l'enquête auprès du personnel sur le climat organisationnel et le contenu du travail
 - Travail temporaire ou travail d'agence

10.4 Système axé sur le patient

- **Annulations des procédures chirurgicales le jour de la chirurgie**
 - Séances de vidéo-chirurgie inutilisées
 - Taux d'utilisation du matériel de vidéo-chirurgie
 - Nombre de jours de stocks de produits sanguins
- **Résultats de l'enquête auprès des patients sur l'ensemble du séjour – aspects interpersonnels et information et prise en charge de soi**
 - Absentéisme
 - Ratio de roulement et ratio de postes à pourvoir
 - Résultats de l'enquête auprès du personnel sur le climat organisationnel
 - Réhospitalisation
 - Procédure annulée par le patient le jour de la chirurgie

10.5 Gouvernance réactive et sécurité environnementale

- **Allaitement au moment du congé**
 - Durée du séjour après l'accouchement

- Résultats de l'enquête auprès des patients, limités aux patientes de la maternité
- **Continuité perçue dans l'enquête auprès des patients**
 - Vérification de la préparation au congé
 - Durée du séjour
 - Résultats du protocole d'évaluation du caractère approprié
 - Résultats de la vérification de la préparation au congé
 - Intégralité perçue des soins dans l'enquête auprès des patients
 - Taux de réhospitalisation
- **Lettres envoyées à l'omnipraticien dans les deux semaines**
 - Intégralité perçue des soins dans l'enquête auprès des patients
 - Taux de réhospitalisation
- **Temps d'attente (variance)**
 - Annulations des procédures le jour de la chirurgie
 - Taux d'utilisation du matériel de vidéo-chirurgie

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE DES INDICATEURS

Dans ce glossaire, les indicateurs mesurant la performance sont classés tout d'abord selon leur fonction dans le modèle intégrateur, puis par ordre alphabétique, tout en précisant à quel cadre d'évaluation ils appartiennent.

Tous les indicateurs énumérés en annexe 1 ne sont pas définis ici, seuls ceux dont l'information était disponible le sont.

En ce qui concerne les indicateurs du PATH, le lecteur pourra se référer à la publication de Guisset et Champagne (2003) qui est entièrement consacrée à ce sujet.

1 – ATTEINTE DES BUTS

1.A. Efficacité

1.A.1 – Résultats de santé

- **Admissions en urgence** : nombre d'admissions générales et admissions aux soins de courte durée non programmées sur demande du Health Authority (autorité sanitaire) par 1 000 habitants (NHS) [Traduction]
- **Admissions en urgence à l'hôpital d'enfants ayant une infection des voies respiratoires inférieures** : nombre d'admissions en urgence d'enfants de moins de 16 ans présentant une infection des voies respiratoires inférieures, par 100 000 enfants résidants (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Années potentielles de vie perdues (APVP)** : les années potentielles de vie perdues, tous décès confondus, correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » de n'importe quelle cause avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie. Pour calculer les années potentielles de vie perdues, pour chaque groupe d'âge, on prend l'âge médian, on soustrait cet âge de 75, puis on multiplie le résultat par le nombre de décès survenus au sein de ce groupe d'âge selon le sexe et la cause de décès. Ces données sont présentées sous forme de nombre (APVP) et de taux pour 100 000 habitants (ICIS)
- **APVP dues aux blessures accidentelles** : années potentielles de vie perdues à cause de blessures accidentelles (codes E800 à E829 de la CIM-9, sauf les codes E870 à E879) (ICIS)
- **APVP dues aux cancers** : années potentielles de vie perdues à cause de toutes tumeurs malignes confondues (codes 140 à 208 de la CIM-9), du cancer colorectal (codes 153-154 de la CIM-9), du cancer du poumon (code 162 de la

CIM-9), du cancer du sein (code 174 de la CIM-9), du cancer de la prostate (code 185 de la CIM-9) (ICIS)

- **APVP dues aux maladies circulatoires** : années potentielles de vie perdues à cause de toutes les maladies circulatoires confondues (codes 390 à 459 de la CIM-9) et de causes spécifiques comme les cardiopathies ischémiques (codes 410-414 de la CIM-9), les accidents cérébro-vasculaires (codes 430-438 de la CIM-9) et toutes les autres maladies circulatoires (codes 390-409, 415-429 et 439-459 de la CIM-9) (ICIS)
- **APVP dues aux maladies respiratoires** : années potentielles de vie perdues à cause de toutes les maladies respiratoires confondues (codes 460-519 de la CIM-9) et de causes spécifiques comme la pneumonie et la grippe (codes 480-487 de la CIM-9), les bronchites, l'emphysème et l'asthme (codes 490-493 de la CIM-9) et toutes les maladies respiratoires (codes 460-479, 488-489, 494-519 de la CIM-9) (ICIS)
- **APVP dues au SIDA** : années potentielles de vie perdues à cause du SIDA et de l'infection par le VIH (codes 042-044 de la CIM-9) (ICIS)
- **APVP dues aux suicides** : années potentielles de vie perdues pour cause de suicide (codes E950 à E959 de la CIM-9) (ICIS)
- **Arthrite, rhumatisme** : personnes de 12 ans ou plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'arthrite ou de rhumatisme d'un professionnel de la santé. L'arthrite ou le rhumatisme comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, mais non la fibromyalgie (ICIS)
- **Asthme** : personnes de 4 ans et plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé (ICIS)
- **Autoévaluation de la santé** : personnes de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme étant excellent, très bon, bon, passable ou mauvais (ICIS)
- **Blessures** : personnes de 12 ans et plus qui ont subi des blessures au cours des 12 derniers mois. Comprend toutes les blessures suffisamment graves pour limiter les activités normales, mais n'inclut pas les traumatismes dus à des mouvements répétitifs
- **Changement d'une année à l'autre de l'autoévaluation de la santé** : changement dans le temps de l'autoévaluation de leur état de santé (excellent, très bon, bon, passable ou mauvais) chez la population à domicile de 12 ans et plus et aux deux ans, à chaque cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ICIS)
- **Conceptions avant l'âge de 18 ans** : nombre de conceptions parmi les jeunes filles âgées de moins de 18 ans résidant dans un secteur donné par 1 000 jeunes filles âgées de 15 à 17 ans résidant dans ce secteur (NHS) [Traduction]

- **Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie (admissions non-programmées) :** décès dans les 30 jours suivant une chirurgie pour les admissions à l'hôpital non programmées, par 100 000 patients (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie (admissions programmées) :** décès dans les 30 jours suivant une chirurgie pour les admissions à l'hôpital programmées, par 100 000 patients (âge et sexe normalisés; comprend les décès à l'hôpital et les décès après le congé) (NHS) [Traduction]
- **Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie cardio-vasculaire :** décès dans les 30 jours suivant une intervention de pontage aortocoronarien par greffe, par 100 000 patients (âge et sexe normalisés; comprend les décès à l'hôpital et les décès après le congé) (NHS) [Traduction]
- **Décès dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour un AVC :** décès dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital en urgence à la suite d'un AVC, par 100 000 patients (âge et sexe normalisés; comprend les décès à l'hôpital et les décès après le congé) (NHS) [Traduction]
- **Dents cariées, perdues ou plombées chez les enfants de cinq ans :** nombre moyen de dents chez les enfants de cinq ans qui sont cariées, perdues ou plombées (NHS) [Traduction]
- **Diabète :** personnes de 12 ans ou plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé (ICIS)
- **Douleurs ou malaises qui ont un effet sur les activités :** personnes de 4 ans et plus qui déclarent avoir des douleurs ou malaises qui les empêchent régulièrement de réaliser certaines activités (ICIS)
- **Douleurs ou malaises selon l'intensité :** personnes de 4 ans ou plus qui ont répondu « oui » ou « non » à la question vérifiant si elles n'éprouvaient habituellement pas de douleurs ou malaises. L'intensité de la douleur est mesurée comme sévère, modérée ou légère (ICIS)
- **Espérance de vie :** nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) et ainsi de suite pour les autres groupes d'âge, selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue. Cet indicateur de santé d'une population est d'usage très répandu. L'espérance de vie est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie (ICIS, NHS)
- **Espérance de vie sans incapacité :** l'espérance de vie est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou à 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans), selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue. L'espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS) est un indicateur plus complet que

l'espérance de vie, parce qu'il introduit le concept de qualité de vie. L'EVAS intègre des données sur la mortalité, sur le placement dans un établissement de santé à long terme et sur les limitations des activités au sein de la population et représente un indice global de l'état de santé. Donc, l'accent est mis non pas uniquement sur la durée de la vie, mais aussi sur la qualité de vie. Pour calculer l'EVAS, des poids (valeurs relatives) sont attribués à quatre états de santé. Ces états de santé sont, par ordre décroissant de poids : aucune limitation des activités; limitation des activités dans les loisirs ou les transports; limitation des activités au travail, à la maison ou à l'école; et placement dans un établissement de soins de santé. Ces unités sont additionnées pour produire une forme d'espérance de vie « ajustée pour la qualité » (ICIS)

- **Estime de soi** : autoévaluation de la valeur personnelle chez les personnes de 12 ans et plus, d'après leurs réponses à six questions dérivées de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1969) qui a été décomposée en une dimension par Pearlin et Shooler (1978). Dans cette publication, une note de 0 à 17 correspond à une mauvaise estime de soi, une note de 18 à 19 correspond à une estime de soi moyenne, et une note de 20 à 24 correspond à une estime de soi élevée (ICIS)
- **Faible poids à la naissance** : naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né est inférieur à 2 500 grammes, exprimées en pourcentage du total des naissances vivantes (poids à la naissance connu) (ICIS)
- **Hospitalisation à la suite d'une blessure** : taux d'hospitalisation en établissement de soins de courte durée à la suite d'une blessure résultant du transfert d'énergie, normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants (ICIS)
- **Hypertension** : personnes de 12 ans ou plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé (ICIS)
- **Incidence du cancer** : taux des nouveaux sièges primaires de cancer (tumeurs malignes), normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants, tous les types et sièges de cancer confondus (codes 140 à 208 de la CIM-9), et pour certains sièges : côlon et rectum (codes 153 et 154 de la CIM-9), sein-femme (code 174 de la CIM-9) et prostate (code 185 de la CIM-9) (ICIS)
- **Incidence du cancer du sein** : pourcentage des femmes (40 ans et plus) qui déclarent avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années. Taux de diagnostic de cancer du sein à un stade avancé (É.-U.) [traduction]
- **Incidence du cancer de col de l'utérus** : pourcentage des femmes (18 ans et plus) qui déclarent avoir subi un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années. Taux de diagnostics de cancers du col de l'utérus considérés comme étant invasifs (comprend le stade local, intermédiaire et avancé mais non la maladie in situ) (É.-U.) [traduction]

- **Incidence du cancer colorectal** : pourcentage des hommes et des femmes (50 ans et plus) qui déclarent avoir déjà subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie à sonde souple

Pourcentage des hommes et des femmes (50 ans et plus) qui déclarent avoir subi un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux dernières années

Taux de cancers colorectaux diagnostiqués à un stade intermédiaire ou avancé [traduction]
- **Indice de masse corporelle (IMC), norme canadienne** : l'IMC (norme canadienne qui établit le rapport entre le poids et la taille) est une méthode utilisée couramment pour déterminer si le poids d'une personne se situe dans une fourchette saine compte tenu de sa taille. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kg par le carré de la taille exprimé en mètres. Indice inférieur à 20 : poids insuffisant; de 20 à 24,9 : poids acceptable; de 25 à 27 : poids un peu excédentaire; et plus de 27 : embonpoint. L'indice s'applique aux personnes de 20 à 64 ans, sauf les femmes enceintes et les personnes mesurant moins de trois pieds (0,914 mètre) ou de plus de 6 pieds et 11 pouces (2,108 mètres) (ICIS)
- **Indice de masse corporelle (IMC), norme internationale** : l'IMC (norme internationale qui établit le rapport entre le poids et la taille) est une méthode utilisée couramment pour déterminer si le poids d'une personne se situe dans une fourchette saine compte tenu de sa taille. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kg par le carré de la taille exprimée en mètres. Indice inférieur à 18,5 : poids insuffisant; de 18,5 à 24,9 : poids acceptable; de 25 à 29,9 : embonpoint; et de 30 ou plus : obésité. L'indice s'applique aux personnes de 20 à 64 ans, sauf les femmes enceintes et les personnes mesurant moins de trois pieds (0,914 mètre) ou de plus de 6 pieds et 11 pouces (2,108 mètres) (ICIS)
- **Jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines** : personnes de 12 ans et plus qui sont restées alitées ou qui ont réduit leurs activités normales à cause d'une maladie ou d'un accident pendant une journée ou plus au cours des deux semaines précédentes
- **Limitation des activités** : personnes de quatre ans et plus limitées dans certaines activités à cause d'un état physique, d'un état mental ou d'un problème de santé (ICIS)
- **Maladies d'origine alimentaire et hydrique** : la qualité des données, les définitions et la disponibilité des données sont pour l'instant encore incertaines (ICIS)
- **Mortalité infantile** : nombre et taux de décès chez les enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. Mesure, établie de longue date, non seulement de la santé infantile, mais aussi du bien-être d'une société. Reflète le niveau de mortalité, d'état de santé et de prestation de soins de santé d'une population, ainsi

que l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant (ICIS, NHS)

- **Mortalité périnatale** : nombre et taux de mortinaissances et de décès néonataux précoces (décès d'enfants de moins d'une semaine) pour 1 000 naissances totales (y compris les mortinaissances). Une mortinaissance s'entend ici comme tout décès d'un fœtus après 28 semaines de gestation ou plus. Les mortinaissances pour lesquelles on ne connaît pas l'âge gestationnel sont exclues. Probabilité qu'un fœtus jugé viable soit mort-né ou meure avant la fin de la première semaine de sa vie. Représente les normes de soins obstétricaux et pédiatriques, ainsi que l'efficacité des initiatives de santé publique (ICIS)
- **Mortalité liée à toutes les causes de décès** : nombre brut, taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès, toutes causes confondues (codes 001 à 799 et E800 à E999 de la CIM-9) pour 100 000 habitants. Indicateur de la santé globale de la population qui constitue une mesure comparable à l'espérance de vie (ICIS)
- **Mortalité due aux cancers** : nombre brut, taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus au cancer pour 100 000 habitants, tous types et sièges de cancer confondus (codes 140 à 208 de la CIM-9), et pour certains sièges : côlon et rectum (codes 153 et 154 de la CIM-9), poumon (code 162 de la CIM-9), sein-femme (code 174 de la CIM-9) et prostate (code 185 de la CIM-9). Mesure le succès à long terme des efforts déployés en vue de réduire la mortalité par cancer, comparativement à d'autres régions, provinces ou pays. La diminution du taux de mortalité témoigne du succès des mesures de prévention, de dépistage et de traitement du cancer (ICIS)

Taux de mortalité due à toutes les tumeurs malignes chez les personnes de moins de 75 ans, par 100 000 habitants (âge normalisé) (NHS) [traduction]

Décès dus au cancer par 100 000 habitants par année pour tous types de cancer confondus et pour les cancers les plus courants : colorectal, de la prostate, du sein et du poumon (É.-U.) [traduction]

- **Mortalité due aux maladies circulatoires** : nombre brut, taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants : toutes maladies de l'appareil circulatoire confondues (codes 390 à 459 de la CIM-9), cardiopathies ischémiques (codes 410 à 414 de la CIM-9), maladies vasculaires cérébrales (codes 430 à 438 de la CIM-9) et toutes les autres maladies de l'appareil circulatoire (codes 390 à 409, 415 à 429 et 439 à 459 de la CIM-9). Mesure le succès à long terme des efforts déployés en vue de réduire la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, comparativement à d'autres régions, provinces ou pays. La diminution du taux de mortalité témoigne du succès des mesures de prévention, de dépistage et de traitement des maladies de l'appareil circulatoire (ICIS)

Taux de mortalité due à toutes les maladies circulatoires chez les personnes de moins de 75 ans, par 100 000 habitants (âge normalisé) (NHS) [traduction]

- **Mortalité due aux maladies respiratoires** : nombre brut, taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire pour 100 000 habitants : toutes les maladies de l'appareil respiratoire confondues (codes 460 à 519 de la CIM-9), pneumonie et grippe (codes 480 à 487 de la CIM-9), bronchite, emphysème et asthme (codes 490 à 493 de la CIM-9) et toutes les autres maladies de l'appareil respiratoire (codes 460 à 479, 488 à 489 et 494 à 519 de la CIM-9). Mesure le succès à long terme des efforts déployés en vue de réduire la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, comparativement à d'autres régions, provinces ou pays. La diminution du taux de mortalité témoigne du succès des mesures de prévention, de dépistage et de traitement des maladies de l'appareil respiratoire (ICIS)
- **Mortalité due aux suicides** : nombre brut, taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès par suicide (codes E950 à E959 de la CIM-9) pour 100 000 habitants. Mesure le succès à long terme des efforts en vue de prévenir le suicide, qui représente aussi bien un problème social qu'un problème de santé publique important (ICIS)

Taux de mortalité due au suicide et aux blessures dont on ne peut déterminer si elles sont accidentelles ou infligées volontairement, par 100 000 habitants (âge normalisé) (NHS) [traduction]

- **Mortalité due aux blessures accidentelles** : nombre brut, taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus à des blessures accidentelles pour 100 000 habitants. Les blessures accidentelles « non institutionnelles » comprennent les blessures causées par des collisions entre véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, mais non celles causées par des accidents et complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux (codes E800 à E929, sauf les codes E870 à E879 de la CIM-9). Mesure le succès à long terme des efforts en vue de réduire la mortalité par blessures accidentelles, comparativement à d'autres régions, provinces ou pays. Donne une idée de la pertinence et de l'efficacité des efforts de prévention des blessures, y compris les campagnes d'éducation du public, les études de conception des collectivités et des voies de circulation, la prévention, les soins d'urgence et les ressources de traitement (ICIS)

Taux de mortalité due à des blessures accidentelles, par 100 000 habitants (âge normalisé) (NHS) [traduction]

- **Mortalité due au SIDA** : nombre brut, taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès du au SIDA et à l'infection par le VIH (codes 042 à 044 de la CIM-9) pour 100 000 habitants. Mesure le succès de la prévention et du traitement du SIDA et de l'infection par le VIH (ICIS)
- **Personnes ayant cessé de fumer depuis quatre semaines** : nombre de personnes qui avaient cessé de fumer à la visite de suivi de quatre semaines des services

d'abandon du tabac du NHS, par 100 000 habitants âgés de 16 ans et plus (NHS) [Traduction]

- **Réadmission en urgence à l'hôpital à la suite de traitement pour un AVC :** réadmissions en urgence à l'hôpital dans les 28 jours suivant le congé à la suite d'un AVC, en terme de pourcentage des congés après AVC (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Réadmission en urgence à l'hôpital à la suite de traitement pour une fracture de la hanche :** réadmissions en urgence à l'hôpital dans les 28 jours suivant le congé à la suite d'un traitement pour une fracture de la hanche, en terme de pourcentage des congés après une fracture de la hanche (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Réadmission en urgence à l'hôpital à la suite du congé :** réadmissions en urgence à l'hôpital dans les 28 jours suivant le congé (tous âges confondus), en terme de pourcentage des congés (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Réhospitalisations en psychiatrie :** nombre de réadmissions en urgence à l'hôpital des patients âgés de 16 à 64 ans, dans les 90 jours suivant le congé à la suite de soins par un psychiatre, en terme de pourcentage de tels congés (NHS) [Traduction]
- **Risque de dépression :** personnes de 12 ans et plus présentant des symptômes de dépression d'après leurs réponses à une série de questions visant à établir la possibilité d'un « trouble dépressif majeur » (ICIS)
- **Santé fonctionnelle :** personnes de 4 ans et plus qui déclarent des mesures donnant une idée de la santé fonctionnelle globale fondée sur huit attributs fonctionnels (vue, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, sentiments, cognition et douleur). Un résultat variant entre 0,8 et 1,0 est associé à une très bonne santé ou à une santé parfaite; les résultats inférieurs à 0,8 témoignent de problèmes de santé fonctionnelle modérés ou graves. Aussi appelé Indice de l'état de santé (IES), cet indice, créé par le Center for Health Economics and Policy Analysis de l'Université de McMaster, est fondé sur le Comprehensive Health Status Measurement System (CHSMS) (ICIS)
- **Taux de survie après un cancer du côlon :** taux de survie relatif après cinq ans des personnes âgées de 15 à 99 ans pour lesquelles un diagnostic de cancer du côlon a été établi au cours des périodes données (NHS) [Traduction]
- **Taux de survie après un cancer du poumon :** taux relatifs de survie après cinq ans des personnes âgées de 15 à 99 ans pour lesquelles un diagnostic de cancer du poumon a été établi au cours des périodes données (NHS) [Traduction]
- **Taux de survie après un cancer du sein :** taux de survie relatif à cinq ans pour les femmes âgées de 15 à 99 ans avec un diagnostic de cancer du sein au cours des périodes données (NHS) [Traduction]

1.A.2 – Efficacité

- **Chlamydia** : nombre de nouveaux cas de chlamydia déclarés dans une année donnée (ICIS)
- **Coqueluche** : nombre de cas de coqueluche déclarés dans une année donnée (ICIS)
- **Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement** (ICIS)
 - Infections bactériennes : taux normalisés selon l'âge de décès du aux infections bactériennes (codes 001 à 005, 020 à 041, 320, 382, 383, 390 à 392, 680 à 686, 711 et 730 de la CIM-9) chez les personnes de 5 à 64 ans. Parmi les groupes d'âge précisés, la majorité des personnes atteintes de ce genre d'infection devraient répondre adéquatement au traitement par antibiotiques, si celui-ci est administré rapidement et correctement
 - Cancer du col de l'utérus : taux normalisé selon l'âge de décès du au cancer du col de l'utérus (code 180 de la CIM-9) chez les femmes de 15 à 54 ans. Le dépistage et le traitement précoces du cancer du col de l'utérus semblent réduire la mortalité due à cette maladie
 - Maladies hypertensives : taux normalisés selon l'âge de décès dus aux maladies hypertensives (codes 401 à 405 de la CIM-9) chez les personnes de 35 à 64 ans. On a montré que l'intervention médicale chez les personnes atteintes d'une maladie hypertensive diminue la morbidité et la mortalité
 - Pneumonie et bronchite non précisée : taux normalisé selon l'âge de décès dus à la pneumonie ou à la bronchite non précisée (codes 481 à 486 et 490 de la CIM-9) chez les personnes de 5 à 49 ans. En principe, la réponse au traitement par antibiotiques est bonne pour la plupart des formes de pneumonie. Si les soins appropriés sont prodigués, le taux de survie devrait être élevé pour le groupe d'âge précisé
- **Hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires** : taux d'hospitalisation ajusté en fonction de l'âge en soins de courte durée pour des conditions où des soins ambulatoires appropriés peuvent éviter ou réduire la nécessité d'une hospitalisation, par 100 000 personnes (d'après une liste établie par Alberta Health, diagnostic principal : codes de diagnostic 250, 291, 292, 300, 303 à 305, 311, 401 à 405 ou 493 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC). Bien que les admissions pour des conditions propices aux soins ambulatoires ne soient pas toutes évitables, on suppose que des soins ambulatoires adéquats dispensés avant pourraient prévenir l'apparition de ce type de maladies ou de conditions, contrôler un épisode aigu, ou gérer une maladie ou une condition chronique. On ne connaît pas le « bon » niveau d'utilisation, quoiqu'un niveau disproportionnellement élevé pourrait être le signe de problèmes dans l'accès aux soins primaires (ICIS)
- **Hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe** : taux d'hospitalisation en soins de courte durée pour une pneumonie ou une grippe, ajusté en fonction de

l'âge, par 100 000 personnes de 65 ans ou plus (diagnostic principal : codes de diagnostic 480 à 487 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC). Cet indicateur illustre le fardeau de la maladie associé à la pneumonie et à la grippe, qui peut être en partie évité grâce à des programmes de vaccination antipneumococcique et antigrippale. Des taux élevés de pneumonie et de gripes évitables peuvent être le signe de problèmes dans l'accès à la vaccination (ICIS)

- **Rougeole** : nombre de cas de rougeole déclarés dans une année donnée (ICIS)
- **Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM)** : taux de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues), ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'IAM (code de diagnostic 410 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC). Afin de faciliter les comparaisons entre les régions, on a recours à un modèle statistique pour tenir compte des différences dans l'âge, le sexe, et les conditions comorbides. Les variations interrégionales dans les taux peuvent être causées par des différences entre les secteurs de compétence et les établissements dans les normes relatives aux soins, et par d'autres facteurs qui n'ont pas été inclus dans les ajustements. On doit interpréter les taux avec prudence en raison des différences possibles dans le codage des conditions comorbides entre les provinces et les territoires (ICIS)
- **Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un accident vasculaire cérébral** : taux de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues), ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (code de diagnostic 430 à 432, 434, 436 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC). Afin de faciliter les comparaisons entre les régions, on a recours à un modèle statistique pour tenir compte des différences dans l'âge, le sexe, et les conditions comorbides. Par exemple, le taux corrigé de mortalité à la suite d'un accident vasculaire cérébral pourrait refléter l'efficacité sous-jacente du traitement et de la qualité des soins. Les variations interrégionales dans les taux peuvent être causées par des différences entre les secteurs de compétence et les établissements dans les normes relatives aux soins, et par d'autres facteurs qui n'ont pas été inclus dans les ajustements. On doit interpréter les taux avec prudence en raison des différences possibles dans le codage des conditions comorbides entre les provinces et les territoires (ICIS)
- **Taux de réadmission après une pneumonie** : taux, corrigé pour le risque, de réhospitalisation non prévue après un congé de l'hôpital à la suite d'une pneumonie. Un cas est considéré comme une réhospitalisation si celle-ci est motivée par un diagnostic pertinent et qu'elle a lieu dans les 28 jours après l'épisode de soins de référence. Par épisode de soins, on entend l'ensemble d'hospitalisations et de visites pour chirurgie d'un jour successives (codes de diagnostic principaux 481, 482, 485 ou 486 de la CIM-9 ou de la CIM-9-CM). Afin de permettre les comparaisons entre régions, on utilise un modèle statistique

pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Bien que la réhospitalisation à cause d'un état pathologique puisse dépendre de facteurs sur lesquels l'hôpital n'exerce aucun contrôle direct, un taux élevé de réhospitalisation signale aux hôpitaux concernés qu'ils doivent examiner de plus près leurs pratiques, y compris le risque de renvoyer trop tôt les patients chez eux et leurs liens avec les médecins communautaires et le système de soins communautaires. On doit interpréter ces taux avec prudence, en raison des différences possibles dans les façons de coder les conditions de comorbidité entre les provinces et les territoires (ICIS)

- **Taux de réhospitalisation après un IAM** : taux corrigé pour le risque, de réhospitalisation non prévue après un congé à l'hôpital à la suite d'un IAM. Un cas est considéré comme une réhospitalisation si celle-ci est motivée par un diagnostic pertinent et qu'elle a lieu dans les 28 jours après l'épisode de soins pour un IAM de référence. Par épisode de soins, on entend l'ensemble d'hospitalisations et de visites pour chirurgie d'un jour successives (code de diagnostic principal 410 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MD). Afin de permettre les comparaisons entre régions, on utilise un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Le risque de réhospitalisation après un IAM pourrait dépendre du genre de médicaments prescrits au moment du congé de l'hôpital, de la façon dont le patient observe le traitement recommandé après la sortie de l'hôpital, de la qualité des soins communautaires de suivi ou de l'accès aux technologies diagnostiques ou thérapeutiques appropriées durant l'hospitalisation initiale. Bien que la réhospitalisation à cause d'un état pathologique puisse dépendre de facteurs sur lesquels l'hôpital n'exerce aucun contrôle direct, un taux élevé de réhospitalisation signale aux hôpitaux concernés qu'ils doivent examiner de plus près leurs pratiques, y compris le risque de renvoyer trop tôt les patients chez eux et leurs liens avec les médecins communautaires et le système de soins communautaires. On doit interpréter ces taux avec prudence, en raison des différences possibles dans les façons de coder les conditions de comorbidité entre les provinces et les territoires (ICIS)
- **Taux de réhospitalisation après une hystérectomie** : taux, corrigé pour le risque, de réhospitalisation non prévue après un congé de l'hôpital à la suite d'une hystérectomie. Un cas est considéré comme une réhospitalisation si celle-ci est motivée par un diagnostic pertinent et qu'elle a lieu dans les 7 à 28 jours après l'épisode de soins de référence. Par épisode de soins, on entend l'ensemble d'hospitalisations et de visites pour chirurgie d'un jour successives (codes 80.2 à 80.6 de la CCA ou codes 68.3 à 68.7 et 68.9 de la CIM-9-MC). Afin de permettre les comparaisons entre régions, on utilise un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Bien que la réhospitalisation à cause d'un état pathologique puisse dépendre de facteurs sur lesquels l'hôpital n'exerce aucun contrôle direct, un taux élevé de réhospitalisation signale aux hôpitaux concernés qu'ils doivent examiner de plus près leurs pratiques, y compris le risque de renvoyer trop tôt les patients chez eux et leurs liens avec les

médecins communautaires et le système de soins communautaires. On doit interpréter ces taux avec prudence, en raison des différences possibles dans les façons de coder les conditions de comorbidité entre les provinces et les territoires (ICIS)

- **Taux de réhospitalisation après une prostatectomie** : taux, corrigé pour le risque, de réhospitalisation non prévue après un congé de l'hôpital à la suite d'une prostatectomie. Un cas est considéré comme une réhospitalisation si celle-ci est motivée par un diagnostic pertinent et qu'elle a lieu dans les 28 jours après l'épisode de soins de référence. Par épisode de soins, on entend l'ensemble d'hospitalisations et de visites pour chirurgie d'un jour successives (codes 72.1 à 72.3 et 72.5 de la CCA ou codes 60.2 à 60.4 et 60.6 de la CIM-9-MC). Afin de permettre les comparaisons entre régions, on utilise un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Bien que la réhospitalisation à cause d'un état pathologique puisse dépendre de facteurs sur lesquels l'hôpital n'exerce aucun contrôle direct, un taux élevé de réhospitalisation signale aux hôpitaux concernés qu'ils doivent examiner de plus près leurs pratiques, y compris le risque de renvoyer trop tôt les patients chez eux et leurs liens avec les médecins communautaires et le système de soins communautaires. On doit interpréter ces taux avec prudence, en raison des différences possibles dans les façons de coder les conditions de comorbidité entre les provinces et les territoires (ICIS)
- **Taux de réhospitalisation pour cause d'asthme** : taux, corrigé pour le risque, de réhospitalisation non prévue après un congé de l'hôpital à la suite d'une crise d'asthme. Un cas est considéré comme une réhospitalisation si celle-ci est motivée par un diagnostic pertinent et qu'elle a lieu dans les 28 jours après l'épisode de soins de référence. Par épisode de soins, on entend l'ensemble d'hospitalisations et de visites pour chirurgie d'un jour successives (code de diagnostic principal 493 de la CIM-9 ou de la CIM-9-CM). Afin de permettre les comparaisons entre régions, on utilise un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Bien que la réhospitalisation à cause d'un état pathologique puisse dépendre de facteurs sur lesquels l'hôpital n'exerce aucun contrôle direct, un taux élevé de réhospitalisation signale aux hôpitaux concernés qu'ils doivent examiner de plus près leurs pratiques, y compris le risque de renvoyer trop tôt les patients chez eux et leurs liens avec les médecins communautaires et le système de soins communautaires. On doit interpréter ces taux avec prudence, en raison des différences possibles dans les façons de coder les conditions de comorbidité entre les provinces et les territoires (ICIS)
- **Tuberculose** : nombre de nouveaux cas de tuberculose signalés durant une année donnée (ICIS)

- **VIH** : nombre de nouveaux cas de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans une année donnée. L'information est en fonction de ceux qui ont été testés pour le VIH (ICIS)

Nouveaux cas de SIDA par 100 000 habitants (13 ans et plus) (É.-U.) [traduction]

VIH – décès dus à l'infection par 100 000 habitants (É.-U.) [traduction]

1.B. Efficience

- **Cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation** : pourcentage de patients hospitalisés dans les hôpitaux de soins de courte durée pour des conditions qui n'exigeraient pas nécessairement d'hospitalisation selon les spécialistes. Ces conditions sont classées « cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation » selon la méthodologie CMG : insertion du cristallin (055), autres interventions ophtalmiques (057), autres diagnostics ophtalmiques (063), ethmoïdectomie (088), extraction – restauration dentaire (089), interventions à l'oreille externe ou moyenne (090), interventions nasales (091), tympanectomie (092), amygdalectomie et adénoïdectomie (093), sinusite (113), mal de gorge (114), diagnostics ORL divers (115), croup (116), athérosclérose (229), affections valvulaires acquises (232), hypertension (233), affections cardiaques congénitales (234), interventions à l'anus ou à l'estomac (266), opérations d'hernie unilatérale (271), interventions sur les tissus mous (378), autres interventions sur l'appareil musculosquelettique (379), autres interventions au membre inférieur (380), interventions à la main et au poignet (381), arthroscopie (382), dorsalgie (409), symptômes et déformations articulaires (411), déséquilibre articulaire (413), entorses, foulures et blessures mineures (414), autres interventions transurétrales ou biopsies (512), interventions urologiques diverses (514), diagnostics urologiques divers (534), hématurie (535), obstruction urinaire (536), hospitalisation pour dialyse (538), interventions diverses sur l'appareil reproducteur masculin (554), circoncision (555), diagnostics divers concernant l'appareil reproducteur masculin (563), laparoscopie gynécologique (585), occlusion des trompes (586), interventions gynécologiques diverses (587), diagnostics gynécologiques divers (596), hospitalisation de moins de trois jours pour faux travail (619), anxiété (791), troubles de l'adaptation (792), troubles de la personnalité avec diagnostic d'axe III (793), troubles de la personnalité sans diagnostic d'axe III (794), dysfonction sexuelle et troubles de la sexualité (795), troubles spécifiques du développement (796), diagnostics psychiatriques divers (797), annulation d'intervention (852), ligature des veines et éveinage (893), intervention non connexe en salle d'opération (906), diagnostic psychiatrique dépassé (909). L'analyse des cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation peut donner lieu à une révision des cas hospitalisés pour identifier les possibilités de dispenser les soins en milieu ambulatoire. Les groupes de maladies analogues associés aux cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation n'indiquent pas que les patients doivent être soignés en milieu ambulatoire, car leur hospitalisation peut être justifiée (ICIS)

- **Durée prévue du séjour par rapport à la durée réelle** : le nombre moyen de jours réels par rapport à la durée prévue du séjour dans des hôpitaux de soins de courte durée. La durée prévue du séjour (DPDS) est dérivée de la méthodologie des groupes de maladies analogues (CMG) au moyen d'une calibration pour une année donnée. La DPDS est calculée pour les cas types et tient compte des raisons entourant les hospitalisations des patients, de leur âge, de la comorbidité et des complications. Les cas types ne comprennent pas les décès, les transferts, les sorties volontaires et les cas où la durée du séjour réelle est supérieure à la « limite » établie par l'Institut canadien d'information sur la santé. Une valeur positive indique que le nombre de jours réels du séjour est supérieur à ce qui est prévu. Une valeur négative indique que le nombre moyen de jours réels est inférieur à ce qui est prévu (ICIS)

1.C. Équité

1.C.1. Équité financière

- **Distribution de la contribution financière** (définition de l'OMS): Pour calculer la distribution de la contribution financière des ménages, on utilise des données tirées d'enquêtes réalisées auprès de ménages, enquêtes qui comprennent des informations sur le revenu (niveau individuel) et les dépenses des ménages (par types de biens et services, y compris sanitaires) : consultation du fisc, comptes nationaux de la santé, comptabilité nationale et budgets des États membres

On part de la notion de contribution d'un ménage au financement des systèmes de santé : rapport des dépenses totales du ménage pour sa santé au montant permanent de son revenu situé au-dessus du minimum de subsistance (dépenses totales de santé, contribution au financement du système de santé telle que l'impôt sur le revenu, la taxe à la valeur ajoutée, les impôts indirects, la cotisation de sécurité sociale, les primes d'assurance privée et paiements directs). Le revenu permanent d'un ménage se situant au-dessus du minimum de subsistance correspond au total des dépenses plus les taxes qui ne figurent pas dans le total des dépenses diminué des dépenses d'alimentation

Cet indice est conçu pour donner une note élevée aux ménages qui ont consacré à la santé une très grande partie de leur revenu au-dessus du minimum de subsistance. Cet indice reflète donc l'inégalité de la contribution financière des ménages, mais tient particulièrement compte des ménages que d'importantes dépenses de santé exposent à un risque d'appauvrissement : indice de 0 (égalité complète) à 1 (+haut degré d'inégalité)

1.C.2. Équité d'accès

- **Augmentation des toxicomanes ayant accès à des traitements pour toxicomanie** : pourcentage de l'augmentation du nombre de toxicomanes ayant accès à des traitements pour toxicomanie (ne comprend pas les clients acheminés)

par le système de justice pénale) par 1 000 habitants résidants (de 15 à 44 ans), entre 1999-2000 et 2000-2001 (NHS) [Traduction]

- **Dépistage du cancer du sein** : pourcentage des femmes de 50 à 64 ans ayant subi un test de dépistage du cancer du sein [Traduction]
- **Dépistage du cancer du col de l'utérus** : pourcentage des femmes de 25 à 64 ans ayant subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus (NHS) [Traduction]
- **Nombre d'omnipraticiens** : nombre d'omnipraticiens équivalents temps plein par 100 000 habitants (NHS) [Traduction]
- **Taux de chirurgie pour le remplacement d'une articulation** : taux de chirurgie élective pour le remplacement de la hanche ou du genou par 100 000 habitants (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Taux de chirurgie pour une extraction de cataracte** : taux de chirurgie élective pour les cataractes par 100 000 habitants (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Taux de chirurgie pour une maladie coronarienne** : taux de chirurgie pour pontage aortocoronarien par greffe et angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) par 1 000 000 habitants (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]

2 – PRODUCTION

2.A. Productivité

- **Durée du séjour** : ratio des taux observés et des taux escomptés de durée du séjour, ajusté en fonction des différences entre les groupes clients (*casemix*) (NHS) [Traduction]
- **Prescription de produits génériques** : nombre de prescriptions de produits génériques en terme de pourcentage de prescription de tous les produits (NHS) [Traduction]
- **Qualité des données** : mesure sommaire de la qualité des données du Hospital Episode Statistics (HES) pour les établissements du NHS avec malades hospitalisés (NHS) [Traduction]
- **Rendez-vous manqués à la clinique externe** : pourcentage des premiers rendez-vous en clinique externe auxquels les patients ne se sont pas présentés (NHS) [Traduction]
- **Taux de soins de jour** : ratio des taux observés et des taux escomptés de soins de jour pour un ensemble de 25 procédures, ajusté en fonction des différences entre les groupes clients (*casemix*) (NHS) [Traduction]

2.B. Qualité

2.B.1 Caractère approprié

- **Accouchement vaginal après césarienne** : proportion de femmes qui ont précédemment eu une césarienne et qui donnent naissance par accouchement vaginal dans un hôpital de soins de courte durée (code 654.2 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOCG) a publié des lignes directrices et des recommandations visant à encourager l'accouchement vaginal après une césarienne quand cela est approprié (ICIS)
- **Césariennes** : proportion de femmes « accouchant » par césarienne dans un hôpital de soins de courte durée. En raison des caractéristiques de la base de données, les mort-nés sont exclus du dénominateur (codes d'intervention 86.0 à 86.2, 86.8 ou 86.9 de la CCA; codes d'intervention 74.0 à 74.2, 74.4 ou 74.99 de la CIM-9-MC) (ICIS)

2.B.2. Prestation efficace des soins appropriés

- **Donneurs d'organe** : nombre de donneurs décédés à cœur battant d'organes pleins, par 1 000 000 d'habitants (*number of cadaveric heart beating solid organ donors per million population*) (NHS) [Traduction]
- **Gestion des soins primaires – états aigus** : taux d'admission en urgence pour des soins de courte durée, infection du nez et de la gorge, infection urinaire ou rénale et insuffisance cardiaque, par 100 000 habitants (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Gestion des soins primaires – états chroniques** : taux d'admission en urgence pour l'asthme et le diabète par 100 000 habitants (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Prescription de médicaments antibactériens** : taux de prescription de médicaments antibactériens (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Prescription de médicaments contre les ulcères** : taux de prescription de médicaments contre les ulcères (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Retour à la maison après un traitement pour une fracture de la hanche** : pourcentage des patients âgés de 65 ans et plus retournant à leur lieu habituel de résidence après leur congé de l'hôpital dans les 28 jours suivant leur admission en urgence pour une fracture de la hanche (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Santé mentale en soins primaires** : taux de prescription des benzodiazépines (âge et sexe normalisés) (NHS) [Traduction]
- **Vaccination des enfants** : pourcentage des enfants vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (vaccin ROR) et la diphtérie dès l'âge de deux ans (NHS) [Traduction]

- **Vaccination antigrippale** : nombre de personnes ayant été vaccinées contre la grippe en terme de pourcentage du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus (NHS) [Traduction]

2.B.3 – Expérience patient-« prodigueur » de soins

- **Accès à un omnipraticien** : pourcentage des types de pratiques dont le système de rendez-vous permet d'offrir au patient un rendez-vous avec un omnipraticien au cours des deux jours ouvrables suivants (NHS) [Traduction]
- **Attentes de 13 semaines pour une consultation externe** : pourcentage des patients qui obtiennent un premier rendez-vous en consultation externe dans les 13 semaines suivant une demande d'acheminement écrite par un omnipraticien (NHS) [Traduction]
- **Congés retardés** : nombre de patients dont le congé de l'hôpital a été retardé, en terme de pourcentage de tous les patients hospitalisés (NHS) [Traduction]
- **Mois d'attente pour une hospitalisation** : pourcentage des patients qui attendent moins de six mois pour une hospitalisation (NHS) [Traduction]
- **Semaines d'attente dans les cas de cancer** : pourcentage des patients qui obtiennent un rendez-vous en consultation externe avec un spécialiste dans les deux semaines suivant une demande urgente d'acheminement écrite par un omnipraticien (NHS) [Traduction]

2.B.4 – Accessibilité

- **Mammographie de dépistage, femmes de 50 à 69 ans** : femmes de 50 à 69 ans déclarant quand elles ont passé leur dernière mammographie pour un dépistage de routine ou pour d'autres raisons (ICIS)
- **Test de Papanicolaou, femmes de 18 à 69 ans** : femmes de 18 à 69 ans déclarant quand elles ont eu leur dernier test de Papanicolaou (ICIS)
- **Vaccination contre la grippe, 65 ans et plus** : personnes de 65 ans et plus qui ont indiqué quand elles avaient reçu leur dernier vaccin contre la grippe (ICIS)
- **Vaccination des enfants** : la qualité des données, les définitions et la disponibilité des données sont pour l'instant encore incertaines (ICIS)

3 – CONSENSUS SUR LES VALEURS DU SYSTÈME

3.1 – Sécurité

- **Hospitalisations liées à une fracture de la hanche** : taux d'hospitalisation en soins de courte durée pour une fracture de la hanche, ajusté en fonction de l'âge, par 100 000 personnes de 65 ans ou plus (diagnostic principal : codes de diagnostic 820.0 à 820.3, 820.8, 820.9 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC). Les fractures de hanche se produisent pour diverses raisons, dont les dangers

environnementaux, la prescription possiblement inappropriée de médicaments psychotropes aux personnes âgées (en soins) ambulatoires, et des questions relatives à la sécurité dans les établissements de soins de longue durée. En plus d'entraîner l'invalidité ou la mort, les fractures de la hanche peuvent avoir des conséquences importantes sur l'autonomie et la qualité de vie. Cette mesure s'appuie sur le nombre de cas admis à l'hôpital. Certains cas peuvent être des admissions subséquentes pour d'autres traitements ou des transferts en provenance d'un autre établissement. Par conséquent, le taux d'hospitalisation peut surestimer l'incidence des fractures de la hanche (ICIS)

4 – ADAPTATION

4.A. Adaptation aux besoins de la population

4.A.1 – Réactivité

- **Distribution de la réactivité** : lors de l'enquête, les informateurs doivent désigner des groupes désavantagés sur le plan de la réactivité (il s'agit souvent de minorités)
 - mesure de 0 (inégalité absolue) à 1 (égalité complète)
- **Indice composite de réactivité : Degré de réactivité** : mesure basée sur une enquête effectuée auprès d'environ 2 000 informateurs-clés qui ont été priés d'évaluer la performance de leur système de santé par rapport à sept composantes de réactivité :
 - Respect de la dignité
 - Autonomie et confidentialité (respect de la personne)
 - Rapidité de la prise en charge
 - Qualité de l'environnement
 - Accès aux réseaux d'aide sociale pendant les soins
 - Choix du prestataire de soins (attention accordée au client)
 - notes allant de 1 à 10 pour chacune des composantes, puis regroupées en une seule note composite de la réactivité

ANNEXE 3 : LE CHOIX DES INDICATEURS DANS LES PRINCIPAUX CADRES D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE

Dans cette annexe figurent les arguments donnés par les pays ou autres organisations internationales afin de justifier leur sélection d'indicateurs de performance.

Lors de la cueillette de données pour le présent rapport, les informations étaient disponibles uniquement pour l'OMS, l'OCDE, l'Angleterre et le Canada. En ce qui concerne le PATH, tout comme pour les définitions des indicateurs, il est possible de consulter le document de Guisset et Champagne (2003) qui est entièrement consacré à cette question.

Les références bibliographiques précisées ici sont celles qui sont données par les pays ou les organisations internationales dans leur argumentaire, et sont données ici à titre indicatif.

1. LA FONCTION DE L'ATTEINTE DES BUTS DANS LE MODÈLE INTÉGRATEUR

L'EFFICACITÉ > RÉSULTATS DE SANTÉ

Les arguments de l'OMS :

(Source : Annexe statistique du *Rapport sur la santé dans le monde 2000*)

Pour évaluer la performance des systèmes de santé en termes de réalisations sanitaires, il est essentiel selon l'OMS de mettre au point la meilleure évaluation de la table de mortalité de chaque pays. L'élaboration de nouvelles tables de mortalité pour les 191 pays membres a commencé par un examen systématique de toutes les données disponibles provenant d'enquêtes, de recensements, de systèmes d'enregistrement des échantillons, de laboratoires démographiques et d'enregistrements démographiques sur les niveaux et les tendances de la mortalité infantile et de la mortalité des adultes.

Pour faciliter l'analyse démographique et les analyses des causes de décès et de la charge de morbidité, l'OMS a réparti les 191 États Membres en cinq strates de mortalité sur la base du niveau de la mortalité des enfants et des adultes de sexe masculin. La matrice définie par les six régions de l'OMS et les cinq strates de mortalité a permis d'obtenir 14 sous-régions.

En raison de l'hétérogénéité croissante des schémas de la mortalité chez l'adulte et l'enfant, l'OMS a mis au point pour chacune des 14 sous-régions un système de tables de mortalité utilisant un modèle logistique à deux paramètres¹¹.

L'indication d'intervalles d'incertitude est une innovation majeure de l'OMS. L'analyse de l'incertitude a été facilitée par l'élaboration de nouvelles méthodes et de nouveaux logiciels¹².

L'OMS a estimé les causes de décès pour les 14 sous-régions du monde en se basant sur les données tirées de registres nationaux d'état civil. En outre, pour mieux estimer les causes des schémas de la mortalité, l'OMS s'est servie d'informations provenant de systèmes d'enregistrement d'échantillons, de laboratoires démographiques et d'analyses épidémiologiques portant sur des affections particulières.

L'OMS a soigneusement analysé les données sur les causes de décès pour tenir compte des lacunes des registres d'état civil dans les pays et de différences probables des causes du schéma de la mortalité auxquelles on pouvait s'attendre dans les sous-populations, souvent pauvres, qui font l'objet de ces lacunes.

Pour cette analyse, l'OMS a mis au point des techniques basées sur l'étude de la charge globale de morbidité qu'elle a affinées en s'appuyant sur une base de données beaucoup plus étendue et des techniques de modélisation plus fiables¹³.

L'OMS donne des estimations de la charge de morbidité en utilisant les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) pour mesurer les différences sanitaires dans le monde. Les AVCI ainsi que l'espérance de vie corrigée de l'incapacité sont des mesures synthétiques de la santé de la population. Les AVCI permettent de déterminer la différence entre la santé d'une population et un objectif normatif constitué par une vie en pleine santé¹⁴.

-
11. Voir à cet effet : MURRAY, C.J.L., LOPEZ, A.D., AHMAD, O., SALOMON, J. (2000) *WHO system of model life tables*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°8 et LOPEZ, A.D., SALOMON, J., AHMAD, O., MURRAY, C.J.L. (2000) *Life tables for 191 countries : data, methods and results*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°9.
 12. Voir à cet effet : SALOMON, J., MURRAY, C.J.L. (2000) *Methods for life expectancy and disability-adjusted life expectancy uncertainty analysis*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°10.
 13. Voir à cet effet : MURRAY, C.J.L., LOPEZ, A.D. (1996) *The global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, OMS et Banque mondiale, Global Burden of Disease and Injury Series, vol.1 et SALOMON, J., MURRAY, C.J.L. (2000) *Compositional models for mortality by age, sex and cause*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°11.
 14. Voir à cet effet : MURRAY, C.J.L., SALOMON, J., MATHERS. C. (2000) *A critical review of summary measures of population health*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°2 et MURRAY, C.J.L., LOPEZ, A.D. (2000) Progress and directions in refining the global burden of disease approach : response to Williams, *Health Economics*, n°9, p. 69-82.

Concernant les résultats sanitaires en termes de niveau moyen de santé de la population et de distribution de la santé, deux mesures sont enregistrées pour la première fois par l'OMS au niveau des pays : l'espérance de vie corrigée de l'incapacité et l'indice d'égalité de la survie des enfants.

Les résultats en terme de niveau de santé moyen de la population sont représentés par l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI). L'EVCI peut se définir simplement comme l'espérance de vie avec l'équivalent d'une pleine santé. En tant que mesure synthétique de la charge de morbidité pour l'ensemble des causes pour une population, l'EVCI possède deux avantages sur les autres mesures de ce type. Premièrement, il est relativement facile d'expliquer la notion de durée de vie sans incapacité à une audience non technique. Deuxièmement, on calcule commodément l'EVCI au moyen de la méthode de Sullivan basée sur des données par âge concernant la prévalence des issues non fatales.

Les estimations nationales de l'EVCI sont basées sur les tables de mortalité de chaque Etat Membre, sur des enquêtes relatives à des échantillons représentatifs de population et visant à évaluer les incapacités physiques et cognitives ainsi que l'état général de santé, et sur des informations détaillées concernant l'épidémiologie des principales affections invalidantes dans chaque pays¹⁵.

La mesure des résultats en terme de distribution de la santé est basée sur le cadre OMS de mesure des inégalités de santé. L'OMS propose de mesurer la distribution de la santé en utilisant la distribution de l'EVCI entre les individus¹⁶.

Toutefois, l'analyse de la distribution de l'EVCI dans chaque pays n'est pas encore achevée. Dans le *Rapport sur la santé dans le monde* (2000), l'analyse des résultats en terme de distribution de la santé donne l'indice de l'égalité de la survie des enfants. Celui-ci est basé sur la distribution de la survie des enfants entre pays et s'appuie sur les nombreuses données largement disponibles concernant des histoires complètes à partir de la naissance qui se trouvent dans les enquêtes démographiques et sanitaires et dans les données de registres d'état civil portant sur la mortalité des enfants dans des zones restreintes.

L'OMS a mis au point des méthodes statistiques basées sur l'estimation de la probabilité maximum de la distribution bêta-binomiale pour établir une distinction entre les variations d'une mère à l'autre du nombre d'enfants décédés qui sont dues au hasard et

15. Voir à cet effet : MATHERS, C., SADANA, R., SALOMON, J., MURRAY, C.J.L., LOPEZ, A.D. (2000) *Estimates of DALE for 191 countries : methods and results*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°16.

16. Voir à cet effet : LOPEZ, A.D., MURRAY, C.J.L., FERGUSON, B., TAMASKOVIC, L. (2000) *Life expectancy for small areas in selected countries*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°17.

celles qui découlent de différences des risques initiaux de décès¹⁷. Cette méthode statistique a été appliquée aux données d'enquêtes démographiques et sanitaires et à des données portant sur des zones restreintes dans plus de 60 pays pour estimer la distribution effective du risque de décès des enfants¹⁸.

Pour calculer l'indice d'égalité de survie des enfants, l'OMS a transformé les distributions de la mortalité des enfants en distribution de la durée de survie attendue des enfants de moins de cinq ans. Les distributions de la durée de survie qui en résultent ont été résumées dans un indice composite. La forme particulière de cette mesure synthétique de l'inégalité a été choisie sur la base d'une enquête effectuée auprès de plus d'un millier de personnes pour déterminer leurs préférences en matière de mesure des inégalités de santé¹⁹.

Pour les pays où aucune enquête démographique et sanitaire n'a été faite et où l'on ne dispose pas de données portant sur des zones restreintes, on a estimé l'indice de distribution de la santé en terme de survie des enfants à l'aide de techniques indirectes et d'informations relatives à d'importantes co-variables de l'inégalité de santé telles que la pauvreté, le degré d'instruction et la mortalité des enfants.

Les arguments de l'OCDE :

(Source : Hurst et Jee-Hughes, 2001)

[Traduction] « La longue quête de mesures fiables et non ambiguës des résultats pour la santé au niveau de la population, réalisée au moyen de statistiques de routine, se révèle difficile. Par résultats pour la santé, on entend “ les changements de l'état de santé entraînés par des soins de santé ou des activités du système de santé ”. Cela est attribuable au fait que, dans des conditions ordinaires de prestation de soins de santé, il est difficile d'isoler l'incidence des soins de santé de l'incidence des autres déterminants de l'état de santé. Par conséquent, la plupart des indicateurs de résultats pour la santé, voire tous les indicateurs, sont en fait des indicateurs approximatifs des résultats.

Ces indicateurs approximatifs sont soit des mesures de l'état de santé, où il y a des motifs de supposer que la mortalité ou la morbidité devrait faire l'objet de soins médicaux appropriés et en temps opportun; ou des mesures des processus de soins, qui mesurent l'utilisation que l'on croit correspondre grandement à de bons résultats.

17. Voir à cet effet : GAKIDOU, E.E., KING, G. (2000) *Using an extended beta-binomial model to estimate the distribution of child mortality risk*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°18.

18. Voir à cet effet : GAKIDOU, E.E., MURRAY, C.J.L. (2000) *Estimates of the distribution of child survival in 191 countries*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°19.

19. Voir à cet effet : GAKIDOU, E.E., FRENK, J., MURRAY, C.J.L. (2000) *Measuring preferences on health system performance assessment*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°20.

Mortalité évitable en fonction de certaines conditions, mortalité infantile, mortalité périnatale, faible poids à la naissance, incidence des maladies infectieuses et hospitalisations évitables en fonction des conditions choisies sont toutes des mesures de mortalité, de morbidité ou d'hospitalisation évitables. L'utilisation de mortalité et de morbidité "évitable" nécessite d'émettre des hypothèses au sujet du lien de causalité, souvent fondées sur des éléments probants provenant de la documentation de nature médicale.²⁰

Toutefois, il existe des éléments probants qui doivent nous forcer à nous demander dans quelle mesure ces indicateurs de mortalité et de morbidité évitables reflètent l'incidence de services de santé eux-mêmes, par opposition aux autres facteurs ayant un effet sur la santé. Les recherches antérieures aux niveaux national et international n'ont permis de ne faire que peu de liens significatifs entre la mortalité évitable et les variables des soins de santé comme les dépenses et l'accès.²¹

Par contre on peut retrouver dans la documentation des liens plus importants entre la mortalité infantile et les dépenses de santé et le nombre de médecins par habitant.²²

Le faible poids à la naissance est également utilisé fréquemment comme indicateur de la performance dans les pays. Pourtant, les éléments probants liant le faible poids à la naissance à la qualité des soins prénataux de routine est controversé, et de nombreux autres facteurs peuvent brouiller cette association.²³

Des études semblables ont été menées pour évaluer la validité des indicateurs de *morbidity évitable*. Dans l'une de ces études, les auteurs analysent l'utilisation des taux d'admission pour trois conditions : l'asthme, le diabète et l'épilepsie, comme un indicateur de la qualité des soins.²⁴

20. Voir à cet effet : CHARLTON, J.R. et al. (1983) *Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales*, Lancet, 1 : 691-696 et RUSTEIN, D. et al. (1976) *Measuring the quality of Medical care*, New England Journal of Medicine, 294 : 582-588.

21. Voir aussi à cet effet: POIKOLAINEN, K., ESKOLA, J. (1988) « Health services resources and their relation to mortality from causes amenable to health care interventions : a cross-national study », International journal of epidemiology, vol. 17, n°1, p. 86-89 et MACKENBACK, J.P. (1991) « Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community », Health policy, vol. 19, p. 245-255.

22. Voir aussi à cet effet : ELOLA, J. et al. (1995) « Health indicators and the organisation of health care system in Western Europe », American journal of public health, vol. 1985, n°10, p. 1397-1405 et GRUBAUGH et al. (1994) « Comparing the performance of health care systems », Southern economic journal, vol. 60, n°4, p. 1030-1042.

23. Voir aussi à cet effet: EPSTEIN, A. (1995) « Performance reports on quality – prototypes, problems and prospects », The New England Journal of Medicine, vol. 333, n°1, p. 57-61 et EDDY, D.M. (1998) « Performance measurement : problems and solutions », Health affairs, vol. 17, n°7, p. 7-25.

24. Voir aussi à cet effet: GIUFFRIDA, A. et al. (1999) « Measuring quality of care with routine data : avoiding confusion between performance indicators and health outcomes », BMJ, vol.319, p. 94-98.

Nous avons choisi ces conditions parce que nous les considérons comme celles pour lesquelles des soins primaires efficaces et en temps opportun pourraient réduire le risque d'admission à l'hôpital en prévenant l'apparition de la maladie, en contrôlant un épisode aigu ou en exerçant un meilleur contrôle à long terme. Nous avons découvert dans cette étude que des facteurs indépendants du système de soins de santé, plus particulièrement des caractéristiques de population, ont une incidence importante sur les admissions. En se fondant sur ces résultats, la validité de ces indicateurs en tant que mesure des résultats pour la santé se révèle incertaine.

Dans le cas des *taux de vaccination* et de *dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus*, nous utilisons les mesures des processus de soins comme témoins des résultats. Ces mesures reflètent l'utilisation que l'on croit correspondre grandement à de bons résultats. Il y a eu des discussions au sujet de la mesure dans laquelle les mesures de processus peuvent être utilisées comme mesures valides des résultats.²⁵ »

(Hurst et Jee-Hughes, 2001 : 12)

Les arguments du NHS :

(Source : site du ministère de la Santé britannique, *Performance data*, notes techniques)

Le NHS argumente le choix de ses indicateurs en les passant en revue un à un.

[Traduction]

- Espérance de vie (hommes et femmes) : « Cet indicateur présente l'espérance de vie moyenne à la naissance, en années, pour les hommes et les femmes. L'indicateur soutient les objectifs du National Health Inequalities Target de réduire l'écart de l'espérance de vie entre les secteurs ayant le niveau d'espérance de vie à la naissance le moins élevé et l'ensemble de la population. »
- Décès dus au cancer : « Le cancer est l'une des causes les plus courantes de décès dans ce pays et est responsable d'un décès sur quatre. On peut faire beaucoup pour réduire le taux de mortalité due aux cancers. L'indicateur soutient les efforts visant à réduire d'environ un cinquième le taux de mortalité due au cancer chez les personnes de moins de 75 ans d'ici 2010. »
- Décès dus aux maladies du système circulatoire : « Les maladies circulatoires sont l'une des causes principales de décès précoce, comptant pour un tiers de tous les décès chez les hommes de moins de 65 ans et pour un quart de tous les décès chez les femmes de moins de 65 ans. On peut souvent prévenir les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux. L'objectif est de réduire d'au moins deux cinquièmes le taux de mortalité due aux coronopathies, aux accidents vasculaires cérébraux et aux maladies connexes chez les personnes de moins de 75 ans d'ici 2010. »

25. Voir aussi à cet effet: MEYER, J. et al. (1998) « Theory and reality of value-based purchasing : lessons from the pioneers », Agency for health care quality and research, publication n°98-0004.

- Taux de suicide : « Cet indicateur fait état de l'objectif de réduire le taux de suicide d'au moins un cinquième d'ici 2010. »
- Décès dus à un accident : « On peut attribuer 10 000 décès annuellement dans toute l'Angleterre aux accidents. L'objectif est de réduire le taux de mortalité due aux accidents d'au moins un cinquième d'ici 2010 »
- Conception avant l'âge de 18 ans : « En Angleterre, le taux de natalité chez les adolescentes est le plus élevé de l'Europe occidentale. Le Teenage Pregnancy Strategy vise à réduire ce taux par le biais d'un vaste programme d'activités coordonnées qui comprend une meilleure éducation en matière de santé et de sexualité et des services de consultation et de contraception améliorés. »
- Dents cariées, perdues ou plombées chez les enfants de cinq ans : « La carie dentaire est une maladie courante chez les enfants, qui touche tant les dents temporaires (dents de lait) que les dents permanentes. Le NHS peut réduire le niveau de carie dentaire par la promotion d'une bonne hygiène buccale et en encourageant la réduction de la quantité et de la fréquence d'ingestion d'aliments contenant du sucre. »
- Taux de mortalité infantile : « Accès à une gamme complète de services avant et après la naissance qui aideront à réduire le taux de mortalité infantile. De plus, des services destinés à améliorer la santé générale, l'éducation et la nutrition et à réduire la prévalence des facteurs de risques, comme le tabagisme ou l'ingestion de boissons alcoolisées pendant la grossesse sont de première importance. L'indicateur appuie les objectifs du National Health Inequalities Target de réduire l'écart du taux de mortalité infantile entre les enfants dont le père provient d'un groupe social de travailleurs manuels et ceux de l'ensemble de la population. »
- Admissions en urgence : « Cet indicateur mesure à quel point le système de soins de santé et de services sociaux soutient les patients dans la collectivité. Il a été modifié pour inclure tous les patients, alors que dans les publications précédentes, l'indicateur ne comprenait que les patients de plus de 75 ans. »
- Admission en urgence à l'hôpital d'enfants ayant une infection des voies respiratoires inférieures : « Les infections respiratoires constituent l'un des motifs les plus courants d'admission à l'hôpital pendant l'enfance, et plus particulièrement chez les nourrissons. Entre un et trois pour cent de tous les bébés sont admis à l'hôpital pour une bronchiolite et environ 2,5 pour cent de toutes les admissions chez les enfants sont attribuables à la pneumonie. Les taux d'admission en urgence chez les enfants, particulièrement chez ceux de moins de cinq ans, pour une infection des voies respiratoires inférieures, bronchiolite, bronchopneumonie et pneumonie, reflètent une variété d'influences. Les taux varient dans le pays mais sont plus élevés dans les secteurs défavorisés du point de vue socioéconomique. Ils varient également d'une autorité sanitaire à une autre, même lorsque l'on tient compte de la privation sociale, et reflètent alors probablement la variation de l'accès aux services de santé et de l'attente envers

ces services, de même que la pratique clinique. Il existe des liens entre l'allaitement maternel et les mesures de prévention visant la réduction de l'exposition à la fumée de cigarette qui réduisent l'incidence et la gravité des infections. La plupart des cas de morbidité infantile et une proportion importante des cas de mortalité infantile résultent de ces infections des voies respiratoires inférieures. Ainsi, le choix de cet indicateur clinique permettra de surveiller les tendances vers l'amélioration, qui devraient découler d'une variété d'interventions en matière de politiques courantes liées à la promotion de la santé, aux soins de santé et au soutien aux parents. »

- Réhospitalisations en psychiatrie : « Cet indicateur se rapporte à la norme du Mental Health National Service Framework pour assurer que chaque personne souffrant de maladie mentale grave reçoive la gamme de services en santé mentale dont elle a besoin. »
- Réadmission en urgence à l'hôpital à la suite du congé : « Les analyses précédentes démontrent qu'environ cinq pour cent des patients ayant reçu leur congé d'un hôpital du NHS sont admis de nouveau en urgence dans les 28 jours suivant leur congé. Il existe une grande variation entre les taux de telles admissions des populations "semblables". Les réhospitalisations en urgence sont peu susceptibles de faire partie du traitement originalement prévu et certaines pourraient être évitées. Le NHS pourrait prévenir les réadmissions potentiellement évitables en étudiant les chiffres comparatifs et en tirant des leçons des Health Authorities (autorités sanitaires) et des hôpitaux dont les taux de réadmission sont peu élevés. »
- Taux de survie après un cancer du sein : « Le taux de survie à la suite d'un cancer est une mesure opérationnelle importante du succès des services de traitement du cancer. Le principe de l'équité d'accès aux normes élevées du NHS en matière de traitement du cancer a été explicitement soutenu : "Tous les patients devraient avoir accès à des soins de grande qualité et uniformes, dans la collectivité ou à l'hôpital, peu importe où ils vivent afin d'assurer le meilleur taux de guérison et la meilleure qualité de vie possible." À partir d'avril 1999, les patientes que l'on soupçonne d'être atteintes d'un cancer du sein "pourront voir un spécialiste dans les deux semaines après que leur omnipraticien ait établi qu'elles devraient être vues d'urgence et qu'il ait demandé un rendez-vous". Des engagements semblables ont été pris envers d'autres formes de cancer depuis avril 2000. L'on s'attend à ce que cette politique entraîne un diagnostic plus précoce pour tous les patients et un accès au traitement plus équitable. Les taux de survie à la suite d'un cancer sont des mesures de résultats qui peuvent faire partie de la base de référence pour surveiller les incidences à venir de ces politiques. L'on s'attend que les différences géographiques des taux de survie au cancer s'amenuisent au fil du temps si les politiques sont menées à bien. »

-

Taux de survie après un cancer du poumon : « Le taux de survie à la suite d'un cancer est une mesure opérationnelle importante du succès des services de traitement du cancer. Le principe de l'équité d'accès aux normes élevées du NHS en matière de traitement du cancer a été explicitement soutenu : "Tous les patients devraient avoir accès à des soins de grande qualité et uniformes, dans la collectivité ou à l'hôpital, peu importe où ils vivent afin d'assurer le meilleur taux de guérison et la meilleure qualité de vie possibles." À partir d'avril 1999, les patientes que l'on soupçonne d'être atteintes d'un cancer du sein "pourront voir un spécialiste dans les deux semaines après que leur omnipraticien ait établi qu'elles devraient être vues d'urgence et qu'il ait demandé un rendez-vous." Des engagements semblables ont été pris envers d'autres formes de cancer depuis avril 2000. L'on s'attend à ce que cette politique entraîne un diagnostic plus précoce pour tous les patients et un accès au traitement plus équitable. Les taux de survie à la suite d'un cancer sont des mesures de résultats qui peuvent faire partie de la base de référence pour surveiller les incidences à venir de ces politiques. L'on s'attend que les différences géographiques des taux de survie au cancer s'amenuisent au fil du temps si les politiques sont menées à bien. »

- Taux de survie après un cancer du côlon : « Le taux de survie à la suite d'un cancer est une mesure opérationnelle importante du succès des services de traitement du cancer. Le principe de l'équité d'accès aux normes élevées du NHS en matière de traitement du cancer a été explicitement soutenu : "Tous les patients devraient avoir accès à des soins de grande qualité et uniformes, dans la collectivité ou à l'hôpital, peu importe où ils vivent, afin d'assurer le meilleur taux de guérison et la meilleure qualité de vie possible." À partir d'avril 1999, les patientes que l'on soupçonne d'être atteintes d'un cancer du sein "pourront voir un spécialiste dans les deux semaines après que leur omnipraticien ait établi qu'elles devraient être vues d'urgence et qu'il ait demandé un rendez-vous." Des engagements semblables ont été pris envers d'autres formes de cancer depuis avril 2000. L'on s'attend à ce que cette politique entraîne un diagnostic plus précoce pour tous les patients et un accès au traitement plus équitable. Les taux de survie à la suite d'un cancer sont des mesures de résultats qui peuvent faire partie de la base de référence pour surveiller les incidences à venir de ces politiques. L'on s'attend que les différences géographiques des taux de survie au cancer s'amenuisent au fil du temps si les politiques sont menées à bien. »
- Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie (admissions non-programmées) : « Les enquêtes nationales confidentielles sur les décès après une chirurgie (NCEPOD) ont démontré de manière constante au cours de nombreuses années que certains décès sont liés à des lacunes dans les soins de santé. Le NHS pourrait prévenir de tels décès potentiellement évitables en étudiant les chiffres comparatifs et en tirant des leçons des Health Authorities (autorités sanitaires) et des hôpitaux dont les taux de décès sont peu élevés. »

- Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie cardio-vasculaire : « Les enquêtes nationales confidentielles sur les décès après une chirurgie (NCEPOD) ont démontré de manière constante au cours de nombreuses années que certains décès sont liés à des lacunes dans les soins de santé. Le NHS pourrait prévenir de tels décès potentiellement évitables en étudiant les chiffres comparatifs et en tirant des leçons des Health Authorities (autorités sanitaires) et des hôpitaux dont les taux de décès sont peu élevés. »
- Décès dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour un AVC : « Certaines personnes ayant fait un AVC décèdent avant d'être admises à l'hôpital. Il existe des variations des taux de décès à l'hôpital parmi les personnes qui survivent suffisamment longtemps pour être admises. Certains de ces décès pourraient être évitables avec des délais d'intervention ambulancière plus courts et des traitements précoces efficaces. Le NHS pourrait prévenir certains de ces décès en étudiant les chiffres comparatifs et en tirant des leçons des enquêtes de suivi. Ces indicateurs sont recommandés par un groupe de travail sur les indicateurs de résultats pour les AVC, mis sur pied pour conseiller le Department of Health sur de nouveaux indicateurs. »
- Décès dans les 30 jours suivant une chirurgie (admissions programmées) : « Les enquêtes nationales confidentielles sur les décès après une chirurgie (NCEPOD) ont démontré de manière constante au cours de nombreuses années que certains décès sont liés à des lacunes dans les soins de santé. Le NHS pourrait prévenir de tels décès potentiellement évitables en étudiant les chiffres comparatifs et en tirant des leçons des enquêtes confidentielles et de l'expérience des Health Authorities (autorités sanitaires) et des hôpitaux dont les taux de décès sont peu élevés. »
- Personnes ayant cessé de fumer depuis quatre semaines : « Le tabagisme est la cause la plus importante de maladie et de décès prématurés évitables au Royaume-Uni. Les probabilités de contracter une maladie grave ou fatale sont grandement réduites chez les fumeurs qui cessent de fumer. »

Les arguments de L'ICIS (Canada) :

(Source : *Indicateurs de santé 2003 : définitions, sources des données et raisonnement*)

Tout comme le NHS, l'ICIS justifie le choix de ses indicateurs en les énumérant, mais tous les indicateurs ne sont pas argumentés.

- Hospitalisations à la suite d'une blessure : « Cet indicateur donne une idée de la pertinence et de l'efficacité des efforts de prévention des blessures, y compris les campagnes d'éducation du public, le développement et l'utilisation des produits, les études de conception des collectivités et des voies de circulation, et les ressources de prévention et de traitement. » (ICIS, 2003 : 1)
-

Hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe : « cet indicateur illustre le fardeau de la maladie associé à la pneumonie et à la grippe, qui peuvent être en partie évitables grâce à des programmes de vaccination antipneumococcique et antigrippale. Des taux élevés de pneumonies et de gripes évitables peuvent être le signe de problèmes dans l'accès à la vaccination. »²⁶ (ICIS, 2003 : 5)

- Conditions propices aux soins ambulatoires : « Mesure de l'accès aux soins médicaux appropriés. Bien que les hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires ne soient pas toutes évitables, on suppose que des soins ambulatoires adéquats dispensés avant pourraient prévenir l'apparition de ce type de maladies ou de conditions, contrôler un épisode aigu, ou gérer une maladie ou une condition chronique. Un niveau disproportionnellement élevé pourrait être le signe de problèmes dans l'accès aux soins primaires. »²⁷ (ICIS, 2003 : 7)
- Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) : « Un taux plus bas de mortalité rajusté selon les risques suivant un IAM peut être lié à la qualité des soins ou à d'autres facteurs. On a démontré que le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une hospitalisation est lié en très grande partie au total des mortalités (décès dans et à l'extérieur de l'hôpital) suivant un IAM. La variation interrégionale dans les taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission peut être attribuée aux différences juridictionnelles et institutionnelles dans les normes de soins, ainsi qu'à d'autres facteurs qui n'ont pas été inclus dans l'ajustement. »²⁸ (ICIS, 2003 : 9)
- Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un accident vasculaire cérébral : « Les AVC sont une cause importante des décès et de l'invalidité à long terme. Les taux de mortalité rajustés suivant un AVC peuvent refléter, entre autres, l'efficacité initiale du traitement et la qualité des soins. Les variations interrégionales dans les taux de mortalité par AVC peuvent être attribuées aux différences juridictionnelles et institutionnelles dans les normes de soins, ainsi

26. Voir aussi à cet effet : COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (1998), *Guide canadien d'immunisation*, Ottawa : Santé Canada, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, cat. H49-8/1998 E.

27. Voir aussi à cet effet: ALBERTA HEALTH (1998) *Health authority business plan and annual report requirements, 1999-2000 to 2001-2002*, Edmonton : Alberta health, ANDERSON, G.M. (1996) *Common conditions considered sensitive to ambulatory care* in WILLIAMS, J.I., ANDERSON, G.M., BLACKSTEIN-HIRSCH, P., Fooks, C., NAYLOR, C.D. (eds) *Patterns of health care in Ontario*, Ottawa : Association médicale canadienne, p. 104-110, BILLINGS, J., ANDERSON, G.M., NEWMAN, L.S. (1996) « Recent findings on preventable hospitalizations », *Health affairs* 15 (3) : 239-249 et BILLINGS, J., ZEITAL, L., LUKOMNIK, J., CAREY, T.S., BLANK, A.E., NEWMAN, L. (1993) « Impact of socio-economic status on hospital use in New York City », *Health Affairs*, p. 162-173.

28. Voir aussi à cet effet: HOSMER, D.W., LEMESHOW, S. (1995) « Confidence interval estimates of an index of quality performance based on logistic regression models », *Statistics in Medicine*, 14 :2161-2172 et TU, J.V. et al. (1999) *Acute myocardial infarction outcomes in Ontario* in NAYLOR, C.D., SLAUGHTER, P.M. (eds) *Cardiovascular health and services in Ontario : an ICES atlas*, Toronto : Institut de recherche en services de santé, p. 84-100.

qu'à d'autres facteurs qui ne sont pas inclus dans le rajustement. »²⁹ (ICIS, 2003 : 11)

- Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) : « Les taux de réadmission fournissent une mesure de la qualité des soins. Le risque de réadmission suivant un IAM peut être lié aux types de médicaments prescrits à la sortie de l'hôpital, à l'observation par le patient de la thérapie suivant son congé, à la qualité des soins de suivi dans la collectivité ou à la disponibilité des technologies diagnostiques ou thérapeutiques appropriées durant le séjour initial à l'hôpital. Bien qu'une réadmission pour des états pathologiques puisse inclure des facteurs qui sont au-delà du contrôle direct de l'hôpital, les taux élevés agissent en tant que signal aux hôpitaux pour qu'ils réévaluent leurs pratiques, incluant le risque d'un congé précoce des patients et la relation avec les médecins de ville et les services communautaires. »³⁰ (ICIS, 2003 : 13)
- Taux de réadmission pour cause d'asthme : « Les taux de réadmission fournissent une mesure de la qualité des soins. Bien qu'une réadmission pour des états pathologiques puissent inclure des facteurs qui sont au-delà du contrôle direct de l'hôpital, les taux élevés de réadmission agissent en tant que signal aux hôpitaux pour qu'ils réévaluent leurs pratiques, incluant le risque d'un congé précoce des patients et la relation avec les médecins de ville et les services communautaires. » (ICIS, 2003 : 15)
- Taux de réadmission à la suite d'une prostatectomie : « les taux de réadmission fournissent une mesure de la qualité des soins. Bien qu'une réadmission à la suite d'une chirurgie puisse inclure des facteurs qui sont au-delà du contrôle direct de l'hôpital, les taux élevés de réadmission agissent en tant que signal aux hôpitaux pour qu'ils réévaluent leurs pratiques, incluant le risque d'un congé précoce des patients et la relation avec les médecins de ville et les services communautaires. »³¹ (ICIS, 2003 : 19)

-
29. Voir aussi à cet effet : HOSMER, D.W., LEMESHOW, S. (1995) « Confidence interval estimates of an index of quality performance based on logistic regression models », *Statistics in Medicine*, 14 :2161-2172, MAYO, N.E., GOLDBERG, M.S., LEVY, A.R., DANYS, I., KORNER-BITENSKY, N. (1991) « Changing rates of stroke in the province of Quebec, Canada : 1981-1988 », *Stroke*, 22 : 590-595, MAYO, N.E., NEVILLE, D., KIRKLAND, S., OSTBYE, T., MUSTARD, C.A., REEDER, B. et al. (1996) « Hospitalization and case-fatality rates for stroke in Canada from 1982 through 1991 : the Canadian collaborative study group of stroke hospitalizations », *Stroke*, 27 : 1215-20 et WEIR, N., DENNIS, M.S. (2001) « Toward a national system for monitoring the quality of hospital-based stroke services », *Stroke*, 32 : 1415-21.
30. Voir aussi à cet effet: BROWN, A.D., ANDERSON, G.M. (1999) *Methods for measuring clinical utilization and outcomes* in BAKER, G.R., ANDERSON, G.M., BROWN, A.L. (eds) *The hospital report '99*, Health care performance measurement group, University of Toronto, Toronto et HOSMER, D.W., LEMESHOW, S. (1995) « Confidence interval estimates of an index of quality performance based on logistic regression models », *Statistics in Medicine*, 14 :2161-2172.
31. Voir aussi à cet effet : LU-YAO, G.L., ALBERTSEN, P., WARREN, J., YAO, S.L. (1999) « Effect of age and surgical approach on complications and short term mortality after radical prostatectomy – a population based study », *Urology*, 54(2) : 301-307.

- Taux de réadmission à la suite d'une hystérectomie : « Les taux de réadmission fournissent une mesure de la qualité des soins. Bien qu'une réadmission à la suite d'une chirurgie puisse inclure des facteurs qui sont au-delà du contrôle direct de l'hôpital, les taux élevés de réadmission agissent en tant que signal aux hôpitaux pour qu'ils réévaluent leurs pratiques, incluant le risque d'un congé précoce des patients et la relation avec les médecins de ville et les services communautaires. »³² (ICIS, 2003 : 17)
- Taux de réadmission à la suite d'une pneumonie : « Les taux de réadmission fournissent une mesure de la qualité des soins. Bien qu'une réadmission pour des états pathologiques puisse inclure des facteurs qui sont au-delà du contrôle direct de l'hôpital, les taux élevés de réadmission agissent en tant que signal aux hôpitaux pour qu'ils réévaluent leurs pratiques, incluant le risque d'un congé précoce des patients et la relation avec les médecins de ville et les services communautaires. » (ICIS, 2003 : 21)

L'ÉQUITÉ

Les arguments de l'OMS :

(Source : Annexe statistique du *Rapport sur la santé dans le monde 2000*)

L'OMS a mis au point un indice destiné à mesurer à la fois l'équité de la contribution financière et la protection contre le risque financier.³³

Pour mesurer les résultats en terme d'équité de la contribution financière, on part de la notion de contribution d'un ménage au financement des systèmes de santé définie comme le rapport des dépenses totales du ménage pour sa santé au montant permanent de son revenu situé au-dessus du minimum de subsistance. Le total des dépenses de santé du ménage comprend ses contributions au financement du système de santé telles que l'impôt sur le revenu, la taxe à la valeur ajoutée, les impôts indirects, les cotisations de sécurité sociale, les primes d'assurance volontaire et les paiements directs. On estime que le revenu permanent d'un ménage au-dessus du minimum de subsistance correspond au total des dépenses, plus les taxes qui ne figurent pas dans le total des dépenses, diminué des dépenses d'alimentation.

Pour calculer la distribution de la contribution financière des ménages, on utilise des données tirées d'enquêtes auprès de ménages qui comprennent des informations sur le

32. Voir aussi à cet effet : BENBASSAT, J., TARAGIN, M. (2000) « Hospital readmissions as a measure of quality health care, advantages and limitations », *Arch Intern*, 160 : 1047-1081 et MAKINEN, J., JOHANSSON, J., TOMES, C., HEINONEN, P.K., LAATIKAINEN, T., KAULO, M., HEIKKINEN, A.M., SJOÛBERG, J. (2001) « Morbidity of 10, 110 hysterectomies by type of approach », *Human reproduction*, 16 (7) : 1473-1478.

33. Voir à cet effet : MURRAY, C.J.L., KNAUL, F., MUSGROVE, P., XU, K., KAWABATA, K. (2000) *Defining and measuring fairness of financial contribution*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°24.

revenu (niveau individuel) et les dépenses des ménages (par type de biens et de services, y compris sanitaires). En outre, ces calculs obligent à consulter les documents du fisc, les comptes nationaux de la santé, la comptabilité nationale et les budgets des États. Une telle analyse approfondie a été effectuée pour certains pays sur lesquels on disposait de ces informations.³⁴

Pour les autres, l'OMS a estimé la distribution de la contribution au financement de la santé par des méthodes indirectes et à l'aide d'informations sur d'importantes co-variables.³⁵

Pour permettre de comparer l'équité de la contribution financière, l'OMS a résumé la distribution de la contribution financière des ménages au financement de la santé au moyen d'un indice conçu pour donner une note élevée aux ménages qui ont consacré à la santé une très grande partie de leur revenu au-dessus du minimum de subsistance. Cet indice reflète donc l'inégalité de la contribution financière des ménages, mais tient particulièrement compte des ménages que d'importantes dépenses de santé exposent à un risque d'appauvrissement.

Les arguments de l'OCDE :

(Source : Hurst et Jee-Hughes, 2001)

[Traduction]

« La mise sur pied d'un jeu complet d'indicateurs de l'équité pour un système de santé est très exigeante en termes de données. De plus, il y a de nombreux groupes de population parmi lesquels les disparités peuvent être mesurées, notamment : âge, sexe, groupe ethnique, revenu et lieu géographique. En outre, il est souvent nécessaire d'avoir accès à de multiples jeux de données.

L'OCDE commence à collecter certaines données sur l'équité de l'état de santé pour certains pays membres dans le cadre de son travail sur l'acquisition d'information provenant des enquêtes par entrevue sur la santé. Il existe un certain travail au niveau international sur l'équité du financement des soins de santé. Toutefois, il semble y avoir relativement peu de travail existant ou prévu sur l'équité d'accès aux services de santé. » (Hurst et Jee-Hughes, 2001 : 14-15).

34. Voir à cet effet : XU, K., LYDON, P., ORTIZ de ITURBIDE, J., MUSGROVE, P., KNAUL, F., KAWABATA, K., FLOREZ, C.E., JOHN, J., WIBULPOLPRASSERT, S., WATERS, H., TANSEL, A. (2000) *Analysis of the fairness of financial contribution in 21 countries*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°25.

35. Voir à cet effet : XU, K., MURRAY, C.J.L., LYDON, P., ORTIZ de ITURBIDE, J. (2000) *Estimates of the fairness of financial contribution for 191 countries*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°26.

Les arguments du NHS :

(Source : site du ministère de la Santé britannique, *Performance data*, notes techniques)

[Traduction]

- Dépistage du cancer du sein : « Le dépistage au moyen de la mammographie parmi les femmes âgées de 50 à 65 ans pourrait réduire le nombre de décès dus au cancer du sein. »
- Dépistage du cancer du col de l'utérus : « Le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus fait subir des tests de dépistage à près de 4 000 000 de femmes chaque année en Angleterre; on estime que ce programme permet de prévenir jusqu'à 3 900 cas de cancer du col de l'utérus chaque année. »
- Taux de chirurgie pour une maladie coronarienne : « Cet indicateur mesure les taux de traitement des maladies coronariennes. Des taux divergents peuvent supposer des accès variables à ces chirurgies dans différentes parties du pays et reflètent donc des besoins non comblés. »
- Taux de chirurgie pour le remplacement d'une articulation : « Les taux de remplacement de la hanche ou du genou, inclus à titre de mesure de l'accès équitable aux services chez les personnes âgées. »
- Taux de chirurgie pour une extraction de cataracte : « À titre de mesure de l'accès équitable aux services chez les personnes âgées. »
- Nombre d'omnipraticiens : « Le nombre d'omnipraticiens est une mesure de l'accès relatif aux omnipraticiens partout dans le pays. Bien que cet indicateur ne mesure pas la qualité des soins, il révèle les endroits où l'accès présente un problème. »
- Augmentation des toxicomanes ayant accès à des traitements pour toxicomanie : « Cet indicateur montre à quel point les initiatives mises en place pour augmenter le nombre de toxicomanes ayant accès à un traitement ont un impact. »

2. LA FONCTION DE LA PRODUCTION DANS LE MODÈLE INTÉGRATEUR

LA PRODUCTIVITÉ

Les arguments du NHS

(Source : site du ministère de la Santé britannique, *Performance data*, notes techniques)

[Traduction]

- Taux de soins de jour : « Cet indicateur présente le pourcentage des patients hospitalisés traités comme des cas de soins de jour. Il s'agit d'un indicateur de l'efficacité de l'utilisation des ressources. L'ajustement des groupes clients (*casemix*) tient compte de la variation que l'on peut attribuer aux différences entre

les patients traités, par exemple des différences au niveau du diagnostic et au niveau de l'âge du patient. »

- Durée du séjour : « Garder les gens à l'hôpital plus longtemps que nécessaire peut être un indicateur de piètre performance. L'ajustement des groupes clients (*casemix*) tient compte de la variation que l'on peut attribuer aux différences entre les patients traités par exemple le diagnostic et l'âge du patient. »
- Prescription de produits génériques : « Les produits génériques sont généralement meilleur marché que les produits originaux. Augmenter le niveau de prescription de produits génériques a été un objectif à long terme du Department of Health. »
- Rendez-vous manqués à la clinique externe : « Les rendez-vous manqués coûtent cher au NHS et indiquent que les patients ne profitent pas des soins. Les taux de rendez-vous manqués varient grandement et il y a évidence que l'on pourrait en réduire le nombre de manière significative en revoyant les procédures de prise de rendez-vous et autres procédures du point de vue des patients. Alors que le nombre de rendez-vous manqués a augmenté de 40 000, le nombre total de personnes se présentant à leur rendez-vous a augmenté de 400 000, ce qui représente une diminution du taux. »
- Qualité des données : « Cet indicateur procure une mesure de la qualité et de la fiabilité des données qui sous-tendent un grand nombre des indicateurs de performance et qui sert d'approximation pour évaluer la qualité générale des données de chaque organisme. »

LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Les arguments du NHS :

(Source : site du ministère de la Santé britannique, *Performance data*, notes techniques)

[Traduction]

Prestation efficace des soins appropriés

- Vaccination des enfants : « Lorsqu'ils atteignent l'âge de deux ans, les enfants devraient avoir été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, la méningite de type C et l'*Haemophilus influenzae* de type B (HIB). La couverture de ces deux vaccins est représentative de tous les autres. »
- Vaccination antigrippale : « Cet indicateur agit à titre de mesure de prestation efficace de soins de santé pour maintenir la santé de la population âgée. »
- Retour à la maison après un traitement pour une fracture de la hanche : « En l'absence de données de routine sur les niveaux de fonctionnement et de bien-être des patients, un retour au lieu habituel de résidence à la suite d'un AVC peut servir d'approximation de résultats positifs en matière de réhabilitation. La

catégorie de l'hébergement codée en fonction du HES (Hospital Episode Statistics) est utilisée comme approximation du lieu de résidence. Bien que la proportion des personnes qui retournent dans la catégorie d'hébergement d'avant l'AVC dépend en partie de la disponibilité de soutien à la maison et de la qualité des services communautaires, un changement de catégorie d'hébergement peut supposer un changement important de la capacité fonctionnelle et de l'état de santé. Il existe des variations entre les populations "semblables" dans la proportion des personnes qui retournent à leur lieu habituel de résidence. Le NHS pourrait arriver à éviter des séjours prolongés inutiles à l'hôpital en tirant des leçons à partir de l'expérience des autres et en mettant les responsables des services sociaux au courant de ce problème. »

- Gestion des soins primaires – états aigus : « Cet indicateur reflète le niveau d'hospitalisations potentiellement évitables en oto-rhino-laryngologie, pour infection urinaire ou rénale, et pour insuffisance cardiaque. Ces conditions sont représentatives de l'ensemble de la gestion des soins de courte durée. »
- Gestion des soins primaires – états chroniques : « Cet indicateur reflète le niveau d'hospitalisations potentiellement évitables pour asthme et diabète, qui devraient, dans la plupart des cas, être pris en charge aux soins primaires. Ces conditions sont représentatives de l'ensemble de la gestion des soins de longue durée. »
- Santé mentale en soins primaires : « Cet indicateur reflète le niveau de prescription des benzodiazépines en soins primaires. Il se rapporte à la norme du Mental Health National Service Framework pour assurer de meilleurs soins primaires en santé mentale. »
- Prescription de médicaments antibactériens : « Le contrôle de la résistance aux médicaments antimicrobiens a été reconnu par le gouvernement comme étant une priorité. Il s'agit d'un indicateur de bonne pratique. »
- Prescription de médicaments contre les ulcères : « Cet indicateur donne un aperçu de la performance à mettre en œuvre les diverses méthodes économiques de prescription pour les patients souffrant de maladies du tube digestif supérieur liées à l'acidité. »
- Donneurs d'organe : « Une augmentation du don d'organe permettra à plus de patients de profiter d'une transplantation qui pourrait leur sauver la vie. Les taux croissants de transplantation du rein réduiront la nécessité de compter sur les programmes de dialyse rénale. Cet indicateur mesure le nombre de donneurs d'organes. »

Expérience patient-prodigueur de soins

- Mois d'attente pour une hospitalisation : « Les temps d'attente servent de mesure d'approximation de l'expérience du patient : plus le temps d'attente est long, moins bonne est l'expérience. De plus, certaines interventions sont plus efficaces lorsqu'elles sont effectuées dès que possible, et un temps d'attente plus court peut se traduire en meilleurs résultats pour la santé. »
- Attentes de 13 semaines pour une consultation externe : « Les temps d'attente servent de mesure d'approximation de l'expérience du patient : plus le temps d'attente est long, moins bonne est l'expérience. De plus, certaines interventions sont plus efficaces lorsqu'elles sont effectuées dès que possible, et un temps d'attente plus court peut se traduire en meilleurs résultats pour la santé. »
- Semaines d'attente dans les cas de cancer : « Dans son livre blanc, le New NHS, mentionne que : "Tous les patients que l'on soupçonne d'être atteints d'un cancer pourront voir un spécialiste dans les deux semaines après que leur omnipraticien ait établi qu'ils devraient être vus d'urgence et qu'il ait demandé un rendez-vous"; à partir d'avril 1990 pour les cancers du sein et de l'an 2000 pour tous les autres types de cancers. »
- Congés retardés : « Cet indicateur mesure l'incidence des services de soins communautaires à favoriser un congé de l'hôpital dans des délais raisonnables. Cet indicateur a maintenant été modifié pour inclure tous les patients. L'indicateur précédent ne comprenait que les patients de plus de 75 ans. »
- Accès à un omnipraticien : « D'ici 2004, tous les cabinets d'omnipraticiens seront tenus de garantir que les patients pourront voir un professionnel des soins primaires dans les 24 heures et un omnipraticien dans les 48 heures. »

RÉACTIVITÉ

Les arguments de l'OMS

(Source : Annexe statistique du *Rapport sur la santé dans le monde 2000*)

La mesure des résultats concernant le degré de réactivité est basée sur une enquête effectuée dans certains pays auprès d'environ 2 000 informateurs-clés.³⁶

Ces informateurs-clés ont été priés d'évaluer la performance de leur système de santé à l'égard de sept composantes de la réactivité : respect de la dignité, autonomie et confidentialité (réunis dans l'expression respect de la personne), rapidité de la prise en charge, qualité de l'environnement, accès aux réseaux d'aide sociale pendant les soins et choix du prestataire de soins (réunis dans l'expression attention accordée au client). Une

36. Voir à cet effet : DE SILVA, A., VALENTINE, N. (2000) *Measuring responsiveness : results of a key informants survey in 35 countries*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°21.

note allant de 0 à 10 a été donnée à chacune de ces composantes. Ces notes ont été regroupées en une note composite de la réactivité qui tient compte des résultats de l'enquête sur les préférences en matière d'évaluation de la performance des systèmes de santé. Pour les autres pays, on a estimé les résultats au niveau de la réactivité en utilisant des techniques indirectes et des informations sur d'importantes co-variables de la réactivité.³⁷

Pour améliorer la mesure de la réactivité, l'OMS s'emploie activement à élaborer et éprouver sur le terrain des instruments de mesure de la réactivité auprès des ménages. Cette stratégie basée sur des enquêtes auprès des ménages sera complétée par des enquêtes sur les établissements permettant d'observer directement certaines composantes de la réactivité.³⁸

La mesure des résultats en terme de distribution de la réactivité repose sur une méthode très simple. L'OMS a demandé aux personnes interrogées lors de l'enquête auprès d'informateurs-clés de désigner les groupes désavantagés sur le plan de la réactivité et a utilisé le nombre de fois où un groupe particulier a été désigné comme étant désavantagé pour calculer une note de l'intensité de l'association avec les informateurs-clés. Pour le calcul de la note globale, l'OMS a tenu compte du fait que certains individus appartiennent à plusieurs groupes désavantagés. Pour d'autres pays, l'OMS a estimé les résultats en terme de distribution de la réactivité au moyen de techniques indirectes et d'informations portant sur d'importantes covariables de la distribution de la réactivité, y compris le dénuement absolu et l'accès aux soins de santé.

Les arguments de l'OCDE :

(Source : Hurst et Jee-Hughes, 2001)

[Traduction] « Les concepts de réactivité des systèmes de santé aux clients varient largement, englobant les notions de satisfaction du patient, d'acceptabilité du patient et d'expérience du patient. La différence principale survient entre satisfaction et acceptabilité d'une part, et expérience d'autre part. Les premières dépendent des attentes. La dernière tente de décrire des caractéristiques objectives de la prestation des services de santé, comme par exemple, dans quelle mesure les patients ont eu (dans les faits) le choix en ce qui a trait au traitement. Un sondage récent du Commonwealth Fund Survey sur le mécontentement du public envers les soins de santé dans cinq pays met en évidence la différence entre les deux notions.³⁹

37. Voir à cet effet : VALENTINE, N., DE SILVA, A., MURRAY, C.J.L. (2000) *Estimates of responsiveness level and distribution for 191 countries : methods and results*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°22.

38. Voir à cet effet : DARBY, C., VALENTINE, N., MURRAY, C.J.L. (2000) *WHO strategy on measuring responsiveness*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°23.

39. Voir aussi à cet effet: DONELAN, K., BLENDON, R.J., SCHOEN, C., DAVIS, K., BINNS, K. (1999) « The cost of health system change : public discontent in five nations », *Health affairs*, vol. 10, n°29.

L'OCDE prévoit réaliser un projet sur les motifs justifiant les variations des temps d'attente pour la chirurgie non urgente parmi les pays membres choisis. Ceci pourrait produire suffisamment d'éléments probants sur de tels temps d'attente pour permettre l'ajout d'un tableau au document Eco-Santé OCDE. » (Hurst et Jee-Hughes, 2001 : 13)

3. LA FONCTION DE L'ADAPTATION DANS LE MODÈLE INTÉGRATEUR

LA RÉACTIVITÉ

Se reporter aux arguments à la section 6.2.2.

4. LA FONCTION DE MAINTIEN DES VALEURS DANS LE MODÈLE INTÉGRATEUR

CONSENSUS SUR LES VALEURS DU SYSTÈME - SÉCURITÉ

Les arguments de l'ICIS

(Source : Indicateurs de santé 2003 : définitions, sources des données et raisonnement)

- Hospitalisations liées à une fracture de la hanche : « les fractures de la hanche se produisent pour diverses raisons, dont les dangers environnementaux, la prescription possiblement inappropriée de médicaments psychotropes aux personnes âgées ambulatoires, et des questions relatives à la sécurité dans les établissements de soins de longue durée. En plus d'entraîner l'invalidité ou la mort, les fractures de la hanche peuvent avoir des conséquences importantes sur l'autonomie et la qualité de vie. » (ICIS, 2003 : 23)⁴⁰

5. AUTRES DONNÉES (OMS)

(Source : Annexe statistique du *Rapport sur la santé dans le monde 2000*)

Les « comptes nationaux de la santé » sont conçus comme un instrument basé sur la politique, complet, cohérent, régulier et normalisé qui permet de déterminer les niveaux et les tendances de la consommation de biens et services médicaux (approche dépenses), la valeur ajoutée créée par les industries de services et manufacturières qui produisent ces biens (approche production) et les revenus engendrés par ce processus ainsi que les taxes, contributions obligatoires, primes et paiements directs qui financent le système (approche

40. Voir aussi à cet effet : GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DES FEMMES (1990) *Un effort conjoint pour la santé des femmes : plan d'ensemble pour l'élaboration de politiques et de programmes.*

financière). À leur stade de développement actuel, les comptes nationaux de la santé de l'OMS tendent plutôt à mesurer les flux financiers.⁴¹

Concernant les résultats « d'ensemble des systèmes de santé », l'OMS utilise une mesure composite des réalisations en matière de niveau de santé, de distribution de santé, de niveau de réactivité, de distribution de la réactivité et d'équité de la contribution financière, qui a été établie sur la base des coefficients de pondération tirés d'une enquête menée auprès d'un millier de praticiens de la santé publique dans plus de 100 pays.⁴²

Cette mesure composite se situe sur une échelle de 0 à 100, ce dernier chiffre étant la valeur maximum. Les coefficients de pondération sont les suivants : 25 % pour le niveau de santé, 25 % pour la distribution de la santé, 12,5 % pour le degré de réactivité, 12,5 % pour la distribution de la réactivité et 25 % pour l'équité de la contribution financière.

La valeur moyenne et les intervalles d'incertitude ont été estimés pour déterminer les résultats d'ensemble des systèmes de santé en appliquant les intervalles d'incertitudes aux cinq composantes.⁴³

L'indice de performance en matière de niveau de santé indique avec quelle efficacité les systèmes de santé parviennent à convertir leurs dépenses en santé, la mesure de cette dernière étant donnée par l'EVCI. La performance en matière de niveau de santé est définie comme le rapport entre les niveaux de santé atteints et ceux qui pourraient l'être par le système de santé le plus efficace.⁴⁴

La performance globale des systèmes de santé a été mesurée par un procédé similaire qui consiste à rapporter les résultats d'ensemble du système de santé à ses dépenses. L'OMS a estimé la réalisation maximum de l'ensemble des objectifs à l'aide d'un modèle de la production de pointe qui rapporte les résultats d'ensemble du système de santé aux dépenses de santé et autres déterminants non sanitaires du système représentés par le

41. Voir à cet effet: POUILLIER, J.P., HERNANDEZ, P. (2000) *Estimates of National health accounts. Aggregates for 191 countries in 1997*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°27.

42. Voir à cet effet : GAKIDOU, E.E., FRENK, J., MURRAY, C.J.L. (2000) *Measuring preferences on health system performance assessment*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°20.

43. Voir à cet effet : MURRAY, C.J.L., FRENK, J., TANDON, A., LAUER, J. (2000) *Overall health system achievement for 191 countries*, GAKIDOU, E.E., FRENK, J., MURRAY, C.J.L. (2000) *Measuring preferences on health system performance assessment*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°28.

44. Voir à cet effet: EVANS, D., TANDON, A, MURRAY, C.J.L., LAUER, J. (2000) *The comparative efficiency of national health systems in producing health : an analysis of 191 countries* et GAKIDOU, E.E., FRENK, J., MURRAY, C.J.L. (2000) *Measuring preferences on health system performance assessment*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°29.

degré d'instruction. Les résultats de cette analyse ont été en grande partie invariants par rapport aux caractéristiques du modèle.⁴⁵

Ces arguments sont donnés à titre indicatif, et ne semblent pas toujours suffisants pour justifier rigoureusement la sélection de certains indicateurs dans le cadre de l'évaluation de la performance d'un système de services de santé.

C'est pourquoi il a semblé nécessaire de faire le point sur les critères de choix et de sélection d'indicateurs à la section 5.

45. Voir à cet effet: TANDON, A., MURRAY, C.J.L., LAUER, J., EVANS, D. (2000) *Measuring overall health system performance for 191 countries*, GAKIDOU, E.E., FRENK, J., MURRAY, C.J.L. (2000) *Measuring preferences on health system performance assessment*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, GPE Discussion Paper n°30./