

DOCUMENT EXPLICATIF SUR LA MÉTHODE DE BALISAGE POUR L'ANALYSE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE

AUTOMNE 2011

Québec 

> INTRODUCTION.....	4
> QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR « PERFORMANCE » DANS CE CONTEXTE?.....	4
> POURQUOI ANALYSER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX?.....	5
> UNE APPROCHE POUR L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE : LE CHOIX DU MODÈLE ET DE SES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS	6
> LES QUATRE FONCTIONS DU CADRE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE	6
> LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE	8
> LES FONCTIONS, DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS.....	9
> LA MISE EN RELATION DES FONCTIONS ET DES SOUS-DIMENSIONS DU MODÈLE	12
<i>Les alignements (modèle conceptuel)</i>	<i>12</i>
<i>Le modèle logique (opérationnalisation du modèle conceptuel)</i>	<i>13</i>
> LES INDICATEURS UTILISÉS.....	15
<i>Les critères de sélection</i>	<i>15</i>
<i>Les sources d'information utilisées.....</i>	<i>15</i>
> LES REGROUPEMENTS TERRITORIAUX.....	19
> LE BALISAGE : UNE MÉTHODE PERMETTANT DES COMPARAISONS BASÉES SUR L'EXCELLENCE	21
> QU'ENTEND-ON PAR « BALISAGE »?	21
> LE CALCUL DES RÉSULTATS DE BALISAGE.....	21
<i>Le calcul réalisé par indicateur</i>	<i>21</i>
<i>Le calcul des résultats agrégés par sous-dimension et par fonction</i>	<i>22</i>
<i>L'attribution de rangs : un outil comparatif supplémentaire.....</i>	<i>22</i>
<i>Les avantages et inconvénients d'une telle méthode</i>	<i>22</i>
<i>Autres considérations quant à l'interprétation des résultats.....</i>	<i>23</i>
> LES CALCULS D'ÉVOLUTION TEMPORELLE.....	24
> LES LIMITES DE L'ANALYSE	33
> LES GRAPHIQUES : COMMENT LES LIRE? QUE DISENT-ILS?	35
> LES GRAPHIQUES RADAR.....	35
> LES GRAPHIQUES D'ÉVOLUTION TEMPORELLE.....	36
> LES GRAPHIQUES D'ÉVOLUTION DE L'ÉCART RELATIF DE BALISAGE	37
> LES GRAPHIQUES DE COMPARAISON ENTRE RÉGIONS	38
> LES GRAPHIQUES DE L'ANNEXE RÉGIONALE	39
<i>Les graphiques de comparaison entre groupe de régions</i>	<i>39</i>
<i>Les graphiques d'évolution de l'écart relatif de balisage entre groupe de régions</i>	<i>40</i>
<i>Les graphiques synthèse par région</i>	<i>41</i>
<i>Les graphiques liés à des indicateurs spécifiques (par région)</i>	<i>42</i>

> Introduction

Le présent document s'adresse à tous ceux qui souhaitent parfaire leur compréhension du modèle d'analyse de la performance du système de santé et de services sociaux du Commissaire à la santé et au bien-être. En plus d'expliquer le modèle d'analyse de la performance, on y retrouve des détails théoriques sur les calculs et l'interprétation qui peut en être faite ainsi que des exemples permettant d'illustrer les propos. Autrement dit, ce document axé sur la méthodologie donne des clés interprétatives qui permettront une lecture plus fructueuse des rapports d'appréciation de la performance produits par le Commissaire.

Après une brève mise en contexte, nous plongerons dans le vif du sujet en présentant le cadre d'appréciation et les ensembles d'indicateurs le constituant. Nous verrons donc, notamment, les critères de sélection de ces indicateurs et la manière de les regrouper pour calculer les résultats agrégés, les sources de données utilisées ainsi que les regroupements territoriaux effectués pour affiner la signification des comparaisons interrégionales. Également, nous présenterons certaines limites et difficultés inhérentes à une telle approche globale et intégrée d'appréciation de la performance. En terminant, nous verrons quelques exemples de graphiques utilisés par le Commissaire dans son rapport d'appréciation et dans les ensembles graphiques disponibles sur son site Internet dans le but d'illustrer de manière plus spécifique ces modes variés de présentation graphique et d'améliorer la compréhension des résultats diffusés.

> Qu'est-ce qu'on entend par « performance » dans ce contexte?

Dans le contexte des systèmes de santé et de services sociaux ou d'autres organisations complexes, la performance renvoie à un ensemble de mesures qui cherchent à établir le résultat optimal pouvant être produit. Elle est essentiellement tributaire de la bonne organisation des ressources humaines et matérielles. En effet, non seulement faut-il des structures performantes, mais il est aussi nécessaire que les personnes qui agissent à l'intérieur de ces structures le soient également. Autrement dit, la performance se rapporte à faire les bonnes choses, de la bonne façon, rapidement, au bon moment, au moindre coût, pour produire les bons résultats répondant aux besoins et aux attentes. La manière de comprendre la performance évolue selon les conditions sociales et économiques, de même que selon les circonstances historiques et le contexte dans lesquels évolue l'organisation. En ce qui concerne les systèmes de santé et de services sociaux, d'autres facteurs tels l'équité, l'autonomie, l'acceptabilité et la justice sociale viennent caractériser la performance.

Ainsi, le Commissaire à la santé et au bien-être en est venu à définir la performance de la manière suivante : Un système de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses buts et ses objectifs et réalise les mandats qui lui sont confiés, en conformité avec les valeurs qui l'animent et qui optimise sa production compte tenu des ressources dont il dispose.

> Pourquoi analyser la performance du système de santé et de services sociaux?

Un système de santé et de services sociaux public et universel implique des coûts importants, on le constate par la part considérable que les budgets de santé occupent dans les dépenses publiques avec près de 45 % des dépenses de programmes en 2010-2011. Dans ce contexte, la recherche de l'excellence et des meilleures pratiques est essentielle. De plus, ce système, comme celui des autres pays industrialisés qui ont un système public, est une institution complexe et dynamique, composée d'un ensemble vaste et diversifié d'acteurs qui produisent une multitude de services pour des populations présentant des besoins de soins tout aussi complexes et variés.

Il faut d'autre part souligner que le Québec n'est pas le seul à accorder une place importante à l'appréciation de la performance et que plusieurs autres provinces et d'autres pays se sont dotés d'organismes avec des mandats similaires à celui du Commissaire à la santé et au bien-être. Au niveau pan-canadien, il y a le *Conseil canadien de la Santé* (CCS), qui œuvre principalement au niveau de la reddition de comptes et de la transparence, ainsi que l'*Institut canadien d'information sur la Santé* (ICIS), qui se consacre surtout à la production et à la diffusion d'information dans le domaine de la santé. Sur le plan provincial, il y a notamment le *Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick* (CSNB) ainsi que l'*Ontario Health Quality Council* (OHQC) qui apprécie la performance des systèmes de santé de leur territoire respectif ainsi que plusieurs autres. Si les méthodologies et les mandats de ces organismes varient entre eux, l'objectif est le même, c'est-à-dire fournir aux dirigeants du réseau de la santé, de même qu'aux responsables politiques ainsi qu'à la population en général, des informations utiles en vue de l'amélioration des soins et des services de santé.

Par ailleurs, notre système est en constante évolution et son évaluation est donc une démarche continue et permanente. Il se caractérise par des objectifs multiples, une organisation à plusieurs niveaux et l'interaction d'un bon nombre d'acteurs interdépendants. Pour comprendre ce système et éclairer la prise de décision relative à son développement et à sa gestion, il faut se pencher sur la façon dont il est structuré, sur les ressources dont il dispose, sur les services qu'il rend à la population et les résultats qu'il obtient, et être sensible au contexte dans lequel il évolue.

> Une approche pour l'appréciation de la performance : le choix du modèle et de ses éléments constitutifs

Un modèle théorique permet de simplifier la compréhension des données recueillies pour plusieurs indicateurs et ce, en les agrégeant. Par contre, aucun modèle ne peut rendre parfaitement compte de la réalité et chacun a ses forces et ses faiblesses. Ainsi, un autre choix de modèle aurait été possible et aurait pu être intéressant, dans la mesure où les éléments essentiels à apprécier s'y retrouvent, parfois sous des vocables différents. Un autre fait digne de mention est que le modèle théorique ainsi que ses éléments constitutifs portant un regard sur le système de santé ne sont pas nécessairement représentatifs ou liés à la répartition des budgets en santé dans les différents programmes ou services offerts à la population.

Ceci étant dit, pour être performant, le système de santé et de services sociaux doit assumer quatre grandes fonctions. En effet, il doit : 1) **s'adapter** pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des citoyens ; 2) **produire** des services pour assurer un volume approprié et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert ; 3) **maintenir et développer** ses capacités pour assurer son bon fonctionnement et sa pérennité et, enfin ; 4) **atteindre ses buts** et ses objectifs qui émergent de nos choix de société. Pour en arriver à dire quelque chose de la performance du système par rapport à ces quatre fonctions, il va sans dire que la collecte et l'organisation de l'information, en bonne quantité et de bonne qualité, est essentielle. C'est justement de cela dont il sera question dans ce document. Mais avant d'aller plus loin, présentons plus en détails les quatre fonctions que nous venons d'énumérer.

> Les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance

L'adaptation

L'adaptation consiste en la capacité de structurer et de configurer le système et d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit la capacité à s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système, à mobiliser la communauté, à innover et à attirer la clientèle. Le système de santé et de services sociaux étant en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper sur les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique.

La production

La production se caractérise, d’abord, non seulement en fonction des volumes de soins et de services, mais aussi en ce qui a trait à leur optimisation en fonction des ressources investies. Elle concerne aussi la coordination des services qui en permettent un agencement logique et fonctionnel, dans l’optique d’un parcours de soins fluide et continu. La qualité (comprise comme un ensemble d’attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible) en constitue une autre sous-dimension. Enfin, la production inclut les services collectifs de promotion et de prévention, de dépistage, d’immunisation et de surveillance de l’état de santé.

Le maintien et le développement

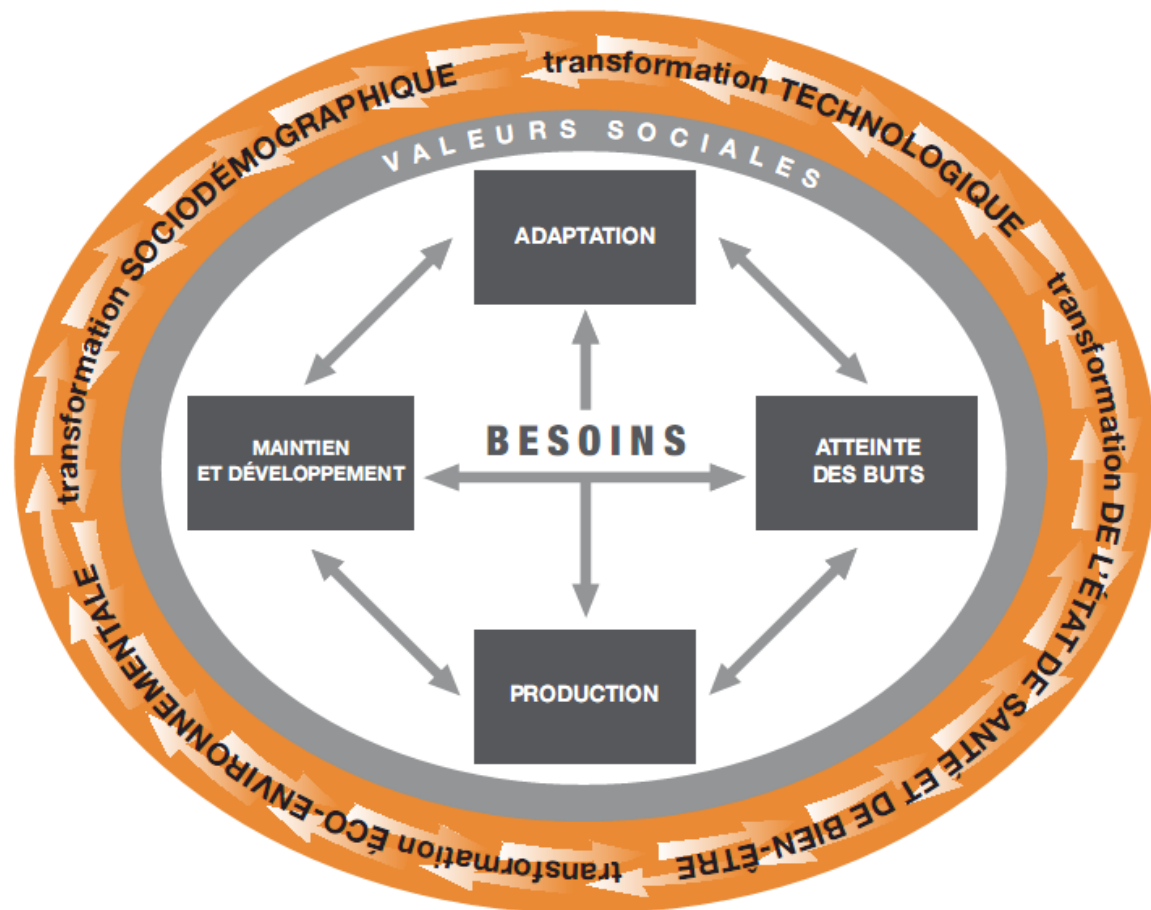
Les valeurs sociales sont à la base de la création des institutions de notre système de santé et de services sociaux. Parallèlement, l’organisation et le fonctionnement de ces institutions ont des répercussions notables sur le climat de travail, sur les valeurs qui y sont véhiculées et sur la pérennité de leur action. Ainsi, la fonction de maintien et développement, fortement liée à la culture organisationnelle, réfère à la qualité du fonctionnement des organisations et systèmes. Cette fonction peut être prise en considération en raison, notamment, d’indicateurs qui documentent le climat de travail et le bien-être des employés.

L’atteinte des buts

L’atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés dans le contexte plus global des déterminants de la santé et du bien-être. Pour le système public de santé, cette fonction a trait à l’amélioration de l’état de santé global de la population et à la satisfaction des attentes de celle-ci envers les soins et services. Cette fonction comprend aussi les notions d’efficience (les résultats de santé et de bien-être en fonction des ressources investies) et d’équité à l’égard des services rendus et des résultats de santé atteints.

La performance consiste aussi en l’équilibre de ces différentes fonctions. Cela signifie, par exemple, que l’atteinte des buts n’exige pas un investissement démesuré de ressources, des services inutiles ou la mise en péril de valeurs fondamentales. L’analyse de la relation entre les fonctions, que nous appelons *alignements*, sera d’ailleurs expliquée un peu plus loin dans ce document. L’appréciation de la performance requiert ainsi un ensemble de renseignements provenant de diverses sources, des indicateurs de monitoring ou de résultats d’enquêtes ; de plus, elle suppose un effort d’intégration plus qu’un simple exercice d’ordonnement ou d’analyse de quelques indicateurs isolés. La figure 1 illustre le cadre d’analyse de la performance retenu par le Commissaire.

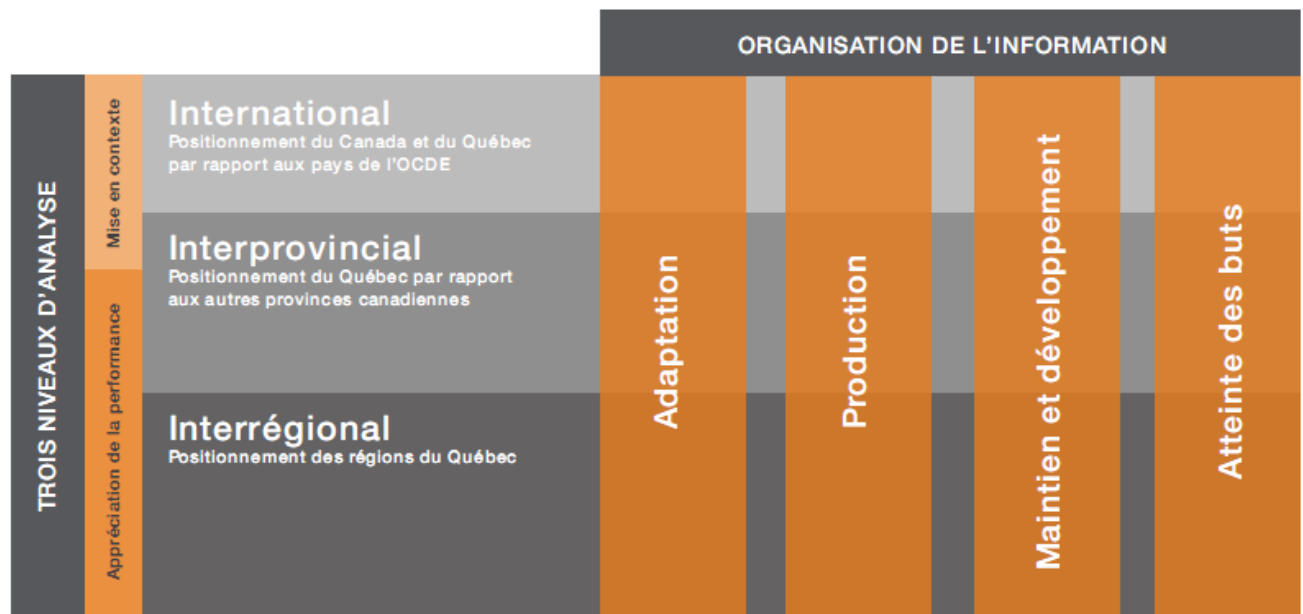
Figure 1. Cadre d'analyse de la performance



> Les différents niveaux d'analyse de la performance

Notre méthode se base donc sur la synthèse des renseignements disponibles permettant de comparer la performance à l'égard des quatre fonctions des systèmes de santé et de services sociaux à divers degrés de comparaison. De manière systématique, nous présentons les indicateurs qui permettent de comparer le Québec à d'autres provinces canadiennes ainsi que les régions du Québec entre elles. La figure 2 présente les trois niveaux d'analyse étudiés ainsi que les différentes fonctions du cadre d'analyse de la performance. Dans le rapport d'appréciation, nous présentons les données à l'échelle provinciale et régionale ; quant à l'analyse à l'échelle internationale, nous la limitons à certaines constatations pertinentes pour situer la performance du Québec dans un ensemble plus vaste.

Figure 2. Les différents niveaux d'analyse de la performance

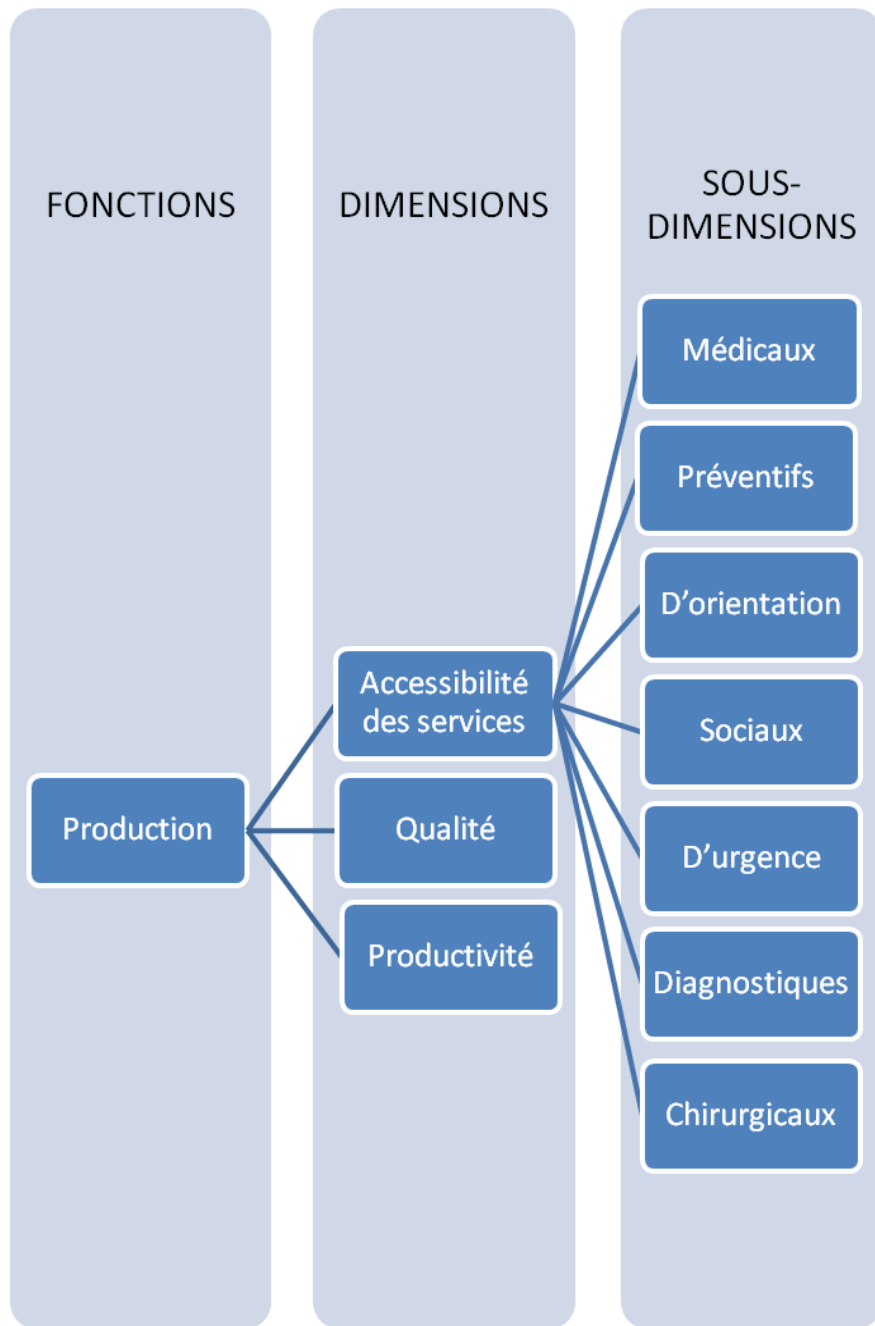


Maintenant que nous avons défini la performance à partir des quatre grandes fonctions qui composent le modèle du Commissaire, venons-en justement à ce modèle et aux raisons qui justifient le choix d'une approche globale et intégrée de la performance.

> Les fonctions, dimensions et sous-dimensions

Les fonctions que nous venons de définir sont elles-mêmes composées de plusieurs dimensions et sous-dimensions qui permettent d'étendre l'analyse à plusieurs facettes du système québécois de santé et de services sociaux. On peut alors parler d'appréciation globale et intégrée de la performance, puisque le jugement du Commissaire repose, notamment, sur un ensemble de données dans plusieurs domaines évaluables. La figure qui suit illustre l'organisation de l'information dans le modèle d'analyse. Nous avons pris comme exemple la fonction de production.

Figure 3. Composition du cadre d'appréciation : fonctions, dimensions et sous-dimensions



Dans le rapport d’appréciation, il est à noter que nous présentons les fonctions et les sous-dimensions car ce sont ces niveaux où s’effectuent les calculs en vue d’obtenir des résultats agrégés. Voici donc les différentes sous-dimensions qui composent les fonctions :

Tableau 1. Fonctions et sous-dimensions du cadre d’appréciation

FONCTIONS ET SOUS-DIMENSIONS
ADAPTATION
Acquisition de ressources financières
Acquisition de ressources humaines
Acquisition de ressources d’infrastructures
Innovations technologiques
Adaptation aux besoins de la population
Mobilisation de la communauté
Attraction des clientèles
PRODUCTION
Accessibilité des services médicaux et diagnostiques
Accessibilité des services préventifs
Accessibilité des services d’orientation
Accessibilité des services sociaux
Accessibilité des services d’urgence
Accessibilité des services chirurgicaux
Qualité
Productivité
MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT
Statut d’emploi
Formation
Utilisation des ressources humaines
Santé des professionnels
Stabilité du personnel
ATTEINTE DES BUTS
Efficacité – santé globale
Efficacité – facteurs de risque
Efficacité – santé maternelle et infantile
Efficacité – santé mentale
Efficacité – traumatismes
Efficacité – morbidités
Satisfaction globale
Équité

> La mise en relation des fonctions et des sous-dimensions du modèle

Les éléments qui suivent sont inspirés ou tirés du rapport préparé par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal pour le CSBE sur le modèle EGIPSS, plus particulièrement sur le thème des alignements et des autres liens logiques qui en découlent.

Dans la perspective des travaux menés par le Commissaire à la santé et au bien-être, le modèle EGIPSS s'est révélé utile pour l'appréciation de la performance du système québécois de santé et de services sociaux. De plus, ce modèle laisse entrevoir d'autres possibilités et outils d'analyse.

En effet, nous arrivons assez bien à obtenir des renseignements pertinents et à observer des tendances au niveau des quatre fonctions qui composent le modèle, et nous commençons aussi à développer des outils permettant de mieux comprendre les interactions entre les fonctions (alignements), de même qu'entre les diverses sous-dimensions et entre les divers indicateurs (liens logiques). Ceci dans le but de produire une analyse de plus en plus pertinente et de plus en plus éclairante sur la performance du système, et, évidemment, sur les facteurs qui contribuent à son succès ou qui expliquent ses difficultés. Ainsi, le fait de mieux comprendre les liens qui existent entre les sous-dimensions et entre les indicateurs du modèle permet d'interpréter les résultats de nos analyses avec plus de justesse. C'est le sens et l'objectif de l'analyse des alignements, dont il sera d'abord question dans ces quelques lignes.

Les alignements (modèle conceptuel)

Pour reprendre l'expression de l'équipe du GRIS qui cite Sicotte et al, « [l]'appréciation de la performance repose donc *d'une part sur l'évaluation du fonctionnement [des] quatre fonctions essentielles et sur l'analyse de la dynamique de tension (alignement) qui existe entre les quatre pôles qui décrivent le fonctionnement d'une organisation (Sicotte et al, 1999, p. 38)* » (Contandriopoulos, Champagne et Thiebault). Voici quels sont ces alignements :

- > **L'alignement stratégique** (adaptation-atteinte des buts) : cette dimension de la performance évalue « la compatibilité de la mise en œuvre des moyens (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, 1998).
- > **L'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, 1998).

- > **L'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, 1998).
- > **L'alignement opérationnel** (maintien des valeurs-production) : cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération de valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement (ou négativement) le système de production, l'impact des impératifs et les résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnelles » (Sicotte et al, 1998).
- > **L'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, 1998).
- > **L'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 [...] » (Sicotte et al, 1998).

Notons que jusqu'à maintenant, dans nos rapports, nous avons porté une attention plus particulière à l'alignement allocatif (adaptation-production) de même qu'à l'alignement tactique (atteinte des buts-production) et ce, au niveau des régions du Québec. En effet, ces deux alignements méritent une attention toute particulière puisqu'ils visent directement le système productif, de l'acquisition des ressources (adaptation) à l'atteinte des buts. Cependant, les autres alignements méritent aussi d'être explorés et développés.

Le modèle logique (opérationnalisation du modèle conceptuel)

En plus des grands alignements entre les fonctions, il existe d'autres types de liens qu'il est intéressant d'explorer entre les sous-dimensions. Ces liens s'inscrivent dans un modèle logique, qui est en quelque sorte l'opérationnalisation du modèle conceptuel et qui permet d'apporter des explications et des pistes de solutions à des phénomènes concrets observés dans le système de santé et de services sociaux.

« Un modèle logique a pour utilité d'illustrer les liens causaux entre les variables développées dans un outil d'évaluation [...] » (Contandriopoulos et al, 2000). En

effet, les liens logiques sont observés à l'intérieur d'un système organisé d'action, celui-ci étant composé de structures, de processus, d'acteurs et de finalités. Ce que le modèle logique permet de montrer, c'est que la plupart des sous-dimensions interagissent les unes avec les autres et que la nature de ces relations sont de divers ordres. Voici donc quatre types de relations dont il est important d'être conscient lors de l'appréciation de la performance :

- > **Des relations compensatoires :** ce type de relations s'observe lorsqu'il y a causalité directe (positive ou négative) entre deux sous-dimensions, ou lorsque la performance de l'une impacte directement l'autre. Par exemple, l'acquisition de ressources (financières, humaines ou d'infrastructures) a un impact sur la productivité, les innovations technologiques, l'accessibilité, etc. Par contre, l'impact est indirect sur les sous-dimensions d'atteinte des buts, parce que ces relations passent par les sous-dimensions de la production.
- > **Des relations d'arbitrage :** ce type de relations s'observe quand deux sous-dimensions, sans qu'il y ait entre elles de relation causale directe, possèdent des déterminants communs qui jouent dans le sens contraire. Dans ce cas, la performance est l'expression d'un équilibre entre les exigences de chaque sous-dimension, qui peuvent être contradictoires. Ces relations se retrouvent surtout dans les sous-dimensions de la production. Par exemple, la performance en matière de productivité peut provenir en quelque sorte d'un arbitrage avec d'autres sous-dimensions de la production comme la qualité, l'accessibilité, la justesse, etc.
- > **Des relations paraboliques :** ce type de relation se rencontre quand la performance d'une sous-dimension est liée à celle d'une autre par une relation en « U ». Par exemple, le lien entre le climat organisationnel et la productivité est de cet ordre. En effet, on peut supposer qu'une productivité trop basse ou trop élevée aura un impact négatif sur la performance en matière de climat organisationnel. De même entre la qualité et l'attraction des clientèles : il faut un certain volume pour maintenir la qualité des opérations, mais un taux d'activité trop élevé peut avoir un impact négatif sur la qualité.
- > **Des relations contingentes :** cela signifie qu'une troisième sous-dimension joue dans l'interaction entre deux sous-dimensions. Ce type de relation se rencontre principalement lors de l'explication de la performance des sous-dimensions d'acquisition de ressources.

Enfin, toutes ces relations et liens logiques qu'il est possible d'établir entre les divers éléments qui composent le système de santé et de services sociaux montrent bien la complexité des analyses visant à mesurer l'équilibre entre ceux-ci. Néanmoins, ce secteur constitue une zone d'analyse importante pour mesurer la

performance et surtout tenter d'expliquer les diverses interactions entre les aspects mesurés.

> Les indicateurs utilisés

Ultimement, l'appréciation globale, dans son volet quantitatif, repose sur des indicateurs de performance, ceux-ci étant regroupés dans les diverses sous-dimensions des quatre fonctions du modèle (nous en comptons actuellement plus de 250). L'indicateur est en quelque sorte l'unité de base du modèle. Chaque indicateur révèle une information précise relative au système de santé et de services sociaux ou à la santé de la population. Les indicateurs ne permettent cependant pas de cerner toute sa réalité et sa complexité, mais lorsqu'ils sont regroupés, ils permettent l'émergence de certains constats sur le système ou l'état de santé de la population.

Les critères de sélection

Nous avons sélectionné les indicateurs pour assurer la couverture du plus grand nombre de fonctions et de sous-dimensions de notre cadre d'appréciation, en évitant de multiplier inutilement l'information. Chaque indicateur a été retenu selon divers critères, tels que sa **validité**, sa **stabilité** de mesure et sa **sensibilité** au changement, et le fait qu'il puisse être **attribué** aux actions du système de santé et de services sociaux. En plus de ces critères généraux, mentionnons que l'indicateur doit être pratique, c'est-à-dire simple et compréhensible. D'autre part, il convient que les informations relatives aux indicateurs choisis soient disponibles sur une base régulière, voire annuelle, afin d'assurer un monitoring qui évolue au fil des ans. Il faut par ailleurs que les données soient disponibles en temps opportun pour être compatibles avec le calendrier d'appréciation du Commissaire. Dans la majorité des cas, les indicateurs disponibles répondent à l'ensemble de ces critères, toutefois certains n'y répondent que partiellement. Par ailleurs, si beaucoup d'indicateurs sont recensés pour les fonctions d'**adaptation**, de **production** et d'**atteinte des buts**, la fonction de **maintien et développement** est moins bien pourvue, principalement en ce qui concerne les données pour d'autres provinces ou pays. Enfin, soulignons qu'à chaque année, pour améliorer ses outils d'appréciation globale et intégrée de la performance, le Commissaire travaille à bonifier son cadre d'appréciation, en collaboration avec divers partenaires des milieux de la recherche et du réseau de la santé et des services sociaux.

Les sources d'information utilisées

Les indicateurs relatifs à la fonction d'**adaptation** consistent en indicateurs de dépenses de santé, de densité de ressources humaines, de taux de lits de soins par population, de disponibilité d'appareils d'imagerie et de radio-oncologie, de taux

d'hospitalisations et de consultations médicales, de réponse aux besoins de la population et d'indicateurs de rétention et d'attraction de la clientèle. Les indicateurs relatifs à la fonction de **production** ont trait aux volumes de services rendus, aux durées moyennes de séjour dans les établissements de santé, au nombre de personnes en attente de services et aux délais d'obtention de ces services, à la réception de services par la population, au degré de consommation de services et à l'occurrence de certains événements indésirables. Pour la fonction de **maintien et développement**, les indicateurs disponibles, essentiellement à l'échelle régionale, ont trait au statut d'emploi des professionnels du réseau, aux heures consacrées à la formation, aux heures travaillées en temps supplémentaire et par du personnel d'agences privées, à l'absentéisme ainsi qu'au taux de départ du personnel. Finalement, pour la fonction d'**atteinte des buts**, les indicateurs disponibles ont trait à diverses mesures d'efficacité dans l'atteinte de résultats en santé globale, facteurs de risque, santé maternelle et infantile, santé mentale, traumatismes, morbidités diverses et mortalité évitable, et certains autres indicateurs sont liés à la satisfaction envers les soins et l'équité.

Pour dresser le tableau de la performance de notre système de santé et de services sociaux, nous avons recueilli un ensemble important d'indicateurs disponibles. En ce qui a trait aux données interprovinciales, les indicateurs retenus proviennent surtout de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Ces indicateurs bénéficient de définitions opérationnelles précises qui balisent le transfert d'information à partir des provinces. En ce qui concerne les données de l'ESCC, une méthode d'enquête uniforme est utilisée à travers le Canada. Pour comparer les provinces, ces sources d'information sont ainsi considérées comme les plus complètes. Voici la liste détaillée des sources d'information en santé pour l'analyse provinciale :

Institut de la statistique du Québec et Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes

- > Tableau statistique canadien, juillet 2008

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

- > Tendances des dépenses nationales de santé
- > Base de données médicales Scott's (BDMS)
- > Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés
- > Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale
- > Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)
- > Base de données sur les congés des patients (BDGP)
- > Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)
- > Base de données sur les avortements thérapeutiques (BDAT)

- > Registre national des traumatismes (RNT)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

- > Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO)

Statistique Canada

- > Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS)
- > Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
- > Base de données du Registre canadien du cancer (RCC)

À l'échelle régionale, les indicateurs ont été alimentés à partir des bases de données hébergées au ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Beaucoup de données sont tirées des bulletins d'information publiés par le Service du développement de l'information (SDI) du MSSS. Ces bulletins sont Info-Sérhum, Info-Bassins, Info-Contour, Info-Org.com, Info-Med- Écho, Info-Sifo et Info-Stats. Pour certains indicateurs particuliers, le Bureau du commissaire a extrait les données des systèmes de renseignements du MSSS. D'autres indicateurs ont aussi été documentés à même les données transmises par l'Institut national de santé publique du Québec. Enfin, pour quelques indicateurs précis, les données reposent sur de grandes enquêtes, telles que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada et l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec. De multiples renseignements provenant de sondages ou d'autres sources de données ont permis de compléter le tableau. Voici la liste détaillée des sources d'information en santé pour l'analyse régionale :

Eco-Santé Québec

Institut canadien d'information sur la santé

- > Base de données sur les congés des patients (BDGP)

Institut de la statistique du Québec

- > Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007

Institut national de santé publique

- > Infocentre de santé publique du Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

- > Accès aux services médicaux spécialisés
- > Banque du personnel du réseau (R-25)
- > CONSOM
- > Données de surveillance des infections à Clostridium difficile dans les centres hospitaliers du Québec
- > Fichier des décès
- > Fichier des mortinaissances
- > Fichier des naissances
- > Fichier des naissances vivantes
- > Fichier des tumeurs
- > INFO-BASSINS
- > INFO-CONTOUR
- > INFO-MED-ÉCHO
- > INFO-ORG.COM
- > INFO-SERHUM
- > INFO-SIFO
- > INFO-STATS
- > Intégration-CLSC
- > Rapports statistiques annuels des centres jeunesse (AS-480)
- > Registre de l'unité d'urgence (J56)
- > Système de gestion des appels de la centrale du service Info-Santé CLSC
- > Système Projet Intégration Jeunesse (PIJ)

Régie de l'assurance maladie du Québec

- > Fichier des hospitalisations hors-Québec
- > Statistiques annuelles

Statistique Canada

- > Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

> Les regroupements territoriaux

De plus, quoi qu'il soit généralement très utile de comparer les régions du Québec à la moyenne de l'ensemble de la province de même que les provinces à la moyenne de l'ensemble du Canada, nous avons décidé de faire aussi des comparaisons qui se limitent aux régions ou provinces comparables selon des critères démographiques ou géographiques. Ainsi, de manière systématique, le Québec est comparé non seulement au Canada mais aussi à deux provinces présentant des populations similaires soient l'Ontario et la Colombie-Britannique. Quant aux régions du Québec,

Les régions universitaires

03 – Capitale-Nationale

05 – Estrie

06 – Montréal

Ces régions se distinguent par des services spécialisés dont elles assument la responsabilité pour l'ensemble du Québec (centres de greffes d'organes, services aux grands brûlés, etc.) et par une attraction forte de la clientèle des régions limitrophes. On y trouve des facultés de médecine et elles produisent des services au-delà de la consommation de leur population résidente.

elles sont regroupées en cinq ensembles soient les régions universitaires, les régions en périphérie des régions universitaires, les régions intermédiaires, les régions éloignées et les régions isolées. En effet, pour les décideurs locaux, il est beaucoup plus utile de se situer face aux régions ayant des caractéristiques semblables. Par exemple, une comparaison entre Montréal et la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine pour le taux de médecins spécialistes serait intéressante en soi mais peu éclairante pour l'appréciation de la performance. En effet, les régions avec des missions universitaires requièrent forcément un taux de spécialistes plus élevé que les autres régions. Voici le détail des régions par groupe d'appartenance :

Les régions éloignées

08 – Côte-Nord

09 – Abitibi-Témiscamingue

11 – Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine

Les centres régionaux de ces régions sont situés à plus de six heures de route de Québec ou de Montréal. Leur population respective compte de 90 000 à 160 000 personnes.

Les régions isolées

10 – Nord-du-Québec

17 – Nunavik

18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James

Ces régions comptent de 7000 à 20 000 personnes. Évidemment elles se caractérisent par leur situation géographique isolée des grands centres et par une faible densité de population. Elles présentent ainsi un contexte particulier qui les rend difficilement comparables aux autres régions.

Les régions en périphérie des régions universitaires

12 – Chaudière-Appalaches

13 – Laval

14 – Lanaudière

15 – Laurentides

16 – Montérégie

Ce groupe de régions comprend la région de la Chaudière-Appalaches, située en périphérie de Québec, et les quatre régions en périphérie de Montréal, soit Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie. En ce qui concerne leur consommation de services de santé, ces régions présentent une forte mobilité interrégionale et ce, autant pour des services spécialisés que pour des services généraux (de base).

Les régions intermédiaires

01 – Bas-Saint-Laurent

02 – Saguenay – Lac-Saint-Jean

04 – Mauricie – Centre-du-Québec

07 – Outaouais

Les centres régionaux de ces régions sont situés à moins de quatre heures de route des centres universitaires de Québec et de Montréal, et leur population respective compte environ 200 000 personnes ou plus.

> Le balisage : Une méthode permettant des comparaisons basées sur l'excellence

> Qu'entend-on par « balisage »?

Par le terme « balisage », nous entendons une méthode d'analyse qui consiste, dans un premier temps, à chercher les régions qui ont les meilleures pratiques et qui obtiennent les meilleurs résultats en santé pour ensuite établir des comparaisons entre ces régions performantes et toutes les autres. La « balise » est l'indicateur chiffré qui correspond au meilleur résultat ou, plus exceptionnellement, au groupe de régions ayant les meilleurs résultats. Il s'agit en fait d'une analyse comparative, où les résultats les plus performants dans tel ou tel domaine sont considérés comme des cibles à atteindre pour les autres régions. Cette méthode est souvent connue sous le nom de *benchmarking*.

> Le calcul des résultats de balisage

Le calcul réalisé par indicateur

Pour chaque indicateur, nous avons identifié une balise d'excellence, c'est-à-dire un résultat considéré comme hautement performant. Habituellement, il s'agit du meilleur résultat atteint par une région ou une province, selon le niveau d'analyse. Pour chaque indicateur, les régions sont comparées à cette donnée « repère » avec laquelle nous établissons un rapport (ou une proportion d'atteinte de la balise), en pourcentage. Par exemple, pour l'indicateur ABC, la région la plus performante est la région X avec un résultat de 200, elle est donc désignée comme étant la balise à atteindre. La région Y a obtenu la valeur 180. Pour calculer le pourcentage d'atteinte de la balise de la région Y, le calcul suivant est fait : $(180 / 200) * 100 = 90\%$. Évidemment, le pourcentage d'atteinte de la balise pour la région X est de 100% car $(200 / 200) * 100 = 100\%$. Cet exemple convient pour un indicateur qui a un sens de variation positif, c'est-à-dire une valeur jugée plus performante plus elle est grande (par exemple : le taux de médecin omnipraticien). Pour un indicateur ayant un sens de variation négatif (par exemple : la durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus), le calcul est inversé, c'est-à-dire que si on détermine que la balise est de 8 pour la région R, l'atteinte de la balise pour la région S qui a une valeur de 12 devient : $(8 / 12) * 100 = 66,6\%$

Soulignons ici, par souci de précision, qu'il faut éviter de parler d'indicateurs favorables ou défavorables, en croissance ou en décroissance, ou toute expression semblable, puisque les indicateurs ne font qu'une chose : indiquer. Ce sont plutôt les résultats qui sont favorables ou défavorables et qui évoluent dans le temps. C'est ce que l'analyse des indicateurs permet de constater.

Le calcul des résultats agrégés par sous-dimension et par fonction

La proportion moyenne d'atteinte des balises de tous les indicateurs d'une sous-dimension constitue le score synthétique ou agrégé de ladite sous-dimension, toujours en pourcentage d'atteinte des balises. De la même manière, le résultat global pour une fonction est la moyenne des résultats de toutes ses sous-dimensions, chaque sous-dimension ayant un poids égal dans le calcul. Par une telle approche, nous établissons une égalité théorique entre chacune des sous-dimensions à l'intérieur de chaque fonction, indépendamment du nombre d'indicateurs compris dans la sous-dimension. Ainsi, nous croyons que cette méthode donne un meilleur aperçu de la performance globale puisque les sous-dimensions représentent autant de facettes, toutes importantes, du système de santé et de services sociaux.

L'attribution de rangs : un outil comparatif supplémentaire

Comme complément à l'utilisation de balises d'excellence, la mesure de rang est aussi un outil intéressant pour dresser le tableau de la performance. En effet, le pourcentage d'atteinte des balises, en dehors de toute comparaison, ne fournit qu'une information partielle. Par exemple, pour les indicateurs où une région se démarque très nettement des autres (et constitue donc la balise), il est normal que la deuxième meilleure région ait un pourcentage d'atteinte de la balise relativement bas. Ainsi, dans certains cas, un score de 60 % d'atteinte de la balise peut équivaloir au 2^e rang, alors que quand les régions ou les provinces ont toutes des résultats assez rapprochés, un score de 85 % d'atteinte de la balise peut représenter un 12^e ou un 13^e rang, par exemple. Par conséquent, pour chacune des analyses, une utilisation fréquente du classement par rang viendra s'ajouter aux résultats afin de les situer dans un univers de comparaison plus large. À cette fin, il importe de noter que ces classements se basent sur un ordre décroissant de performance (de la meilleure performance à la moins bonne). L'attribution du premier rang est fait à la province ou la région présentant la meilleure performance, peu importe le sens de variation de l'indicateur.

Les avantages et inconvénients d'une telle méthode

Cette méthode simple et reproductible permet d'obtenir rapidement un aperçu global qui donne l'occasion de mettre en lumière les aspects pour lesquels une performance favorable ou défavorable est observée. De plus, une telle approche permet au public et aux décideurs de cerner rapidement les grandes tendances dans le vaste océan des préoccupations et des priorités apparemment conflictuelles à

l'intérieur même du système. Par ailleurs, comme nous le développerons plus loin, cette approche facilite les représentations graphiques ainsi que les communications avec le public et les différents acteurs du réseau. Enfin, cette approche globale et intégrée permet de porter des jugements plus équilibrés sur une situation complexe.

Dans les limites de notre analyse, nous avons donc porté un regard global sur les indicateurs, en basant notre examen sur le degré d'atteinte des balises d'excellence au Québec et dans les différentes régions. Cette analyse systématique et globale permet de porter notre attention sur le degré de performance à l'égard des différentes sous-dimensions plutôt que de procéder à une analyse indicateur par indicateur. Si elle était basée sur chaque indicateur, l'analyse serait à la fois fastidieuse et difficile à communiquer ; de plus, elle serait difficile à interpréter de manière rigoureuse. En effet, chaque indicateur pris isolément n'est qu'un reflet partiel de réalités plus complexes et il est souvent empreint de problèmes de mesure. La prise en considération d'un ensemble plus grand d'indicateurs permet aussi de mieux comprendre la portée des variations relevées et d'avoir une plus grande fiabilité dans la mesure et l'analyse. De plus, bien que les indicateurs permettent de reconnaître des écarts entre les territoires comparés ou dans le temps, ils ne permettent pas de comprendre pour autant les raisons qui expliquent ces écarts ni même parfois le sens qu'il faut leur attribuer. Par exemple, le fait qu'il se produise plus d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM) en Alberta qu'au Québec veut peut-être dire qu'il y a moins de besoins à cet égard au Québec, ou encore que ces examens y sont moins disponibles par manque de ressources. En ce sens, le travail plus pointu d'analyse et d'interprétation des données doit interpeller les acteurs plus près du terrain pour être complet. Enfin, soulignons que plusieurs indicateurs peuvent être influencés par d'autres facteurs qui ne sont pas liés directement à l'action du système de santé et de services sociaux, comme par exemple la culture, le climat, la génétique, etc.

Autres considérations quant à l'interprétation des résultats

Par rapport au système de balisage, il convient aussi de mentionner qu'il s'inscrit tout à fait dans la logique d'appréciation de la performance effectuée par le Commissaire, puisqu'il s'appuie davantage sur le suivi des données de monitoring que sur des « évaluations » proprement dites des différents services et programmes du système de santé et de services sociaux. En effet, l'évaluation d'un programme ou d'une action quelconque suppose un objectif précis à atteindre et des normes à respecter. Or, l'approche du Commissaire se situe à un autre niveau et elle est essentiellement comparative, d'où l'établissement de balises correspondant aux meilleurs résultats atteints par une province ou une région pour les divers indicateurs. En ce sens, la valeur absolue d'un indicateur a somme toute peu d'intérêt, parce qu'une telle valeur n'a de sens que si on peut la comparer à une valeur dite de référence, une « cible » en quelque sorte. Ainsi, le fait de reporter ces résultats en degrés d'atteinte de la balise, qui s'exprime en pourcentage, permet de faire des comparaisons beaucoup plus intéressantes (que ce soit au niveau temporel, c'est-à-dire par rapport à une période antérieure, ou bien par rapport à

d'autres régions comparables ou encore par rapport à la moyenne canadienne ou québécoise) et surtout d'agrèger les résultats de plusieurs indicateurs pour obtenir un score pour l'ensemble d'une sous-dimension de la performance. Nous calculons ensuite le résultat pour l'ensemble d'une fonction à partir des scores agrégés obtenus pour les sous-dimensions qui la composent.

À cet effet, nous sommes bien conscients que le fait de faire de tels regroupements d'indicateurs a un effet sur le score global obtenu pour une fonction. En effet, comme certaines sous-dimensions comptent peu d'indicateurs, ceux-ci acquièrent *de facto* une influence plus importante sur le score de la fonction. Nous procédons donc à chaque année à une analyse de sensibilité du modèle d'appréciation du Commissaire afin d'évaluer la variation potentielle des résultats en fonction du choix de regroupement des indicateurs servant à l'analyse de performance. Autrement dit, nous cherchons à mesurer par le biais de l'analyse de sensibilité la différence entre les résultats agrégés obtenus avec le cadre d'appréciation par rapport aux résultats qui auraient été observés si chacun des indicateurs avait été calculé sans tenir compte du découpage en sous-dimensions de ce même modèle. Bien que nos analyses de sensibilité suggèrent que les scores varient peu lorsque nous disposons d'un vaste ensemble d'indicateurs, l'introduction de pondérations, pour mettre l'accent sur certains indicateurs particuliers ou certaines sous-dimensions, pourrait donner des résultats différents. Il convient donc de faire preuve de discernement dans l'interprétation des résultats et de bien comprendre les enjeux liés à la dualité entre la précision et la communicabilité des informations présentées.

> Les calculs d'évolution temporelle

De plus, nous avons procédé à une analyse systématique de l'évolution dans le temps des indicateurs et des niveaux d'atteinte des balises d'excellence. Cette analyse temporelle vient caractériser les résultats en permettant de voir dans quelle mesure la performance s'améliore ou se détériore dans le temps au Québec comparativement à l'ensemble du Canada, et de même dans les régions du Québec par rapport à l'ensemble de la province (voir la figure 5 plus bas pour un exemple de ce type de graphique). Les indicateurs ont été analysés en rapport avec leur variation dans le temps en comparant les résultats obtenus à trois périodes différentes au cours des dix dernières années. Pour le rapport de 2011, ces années se répartissent approximativement comme suit: période 1 – 2005 ; période 2 – 2007 ; période 3 – 2009. Les périodes retenues pour le calcul ont varié en fonction de critères liés à la disponibilité des données et à leur cycle de publication. Cette méthode permet de comparer l'évolution des données au cours des dernières années pour les provinces et les régions, tout en offrant l'avantage de fournir des résultats agrégés par sous-dimension ou fonction. Une synthèse de la répartition des indicateurs interprovinciaux et interrégionaux utilisés dans les comparaisons temporelles du rapport 2011 se retrouve aux tableaux 2 et 3 ci-dessous. De plus,

vous trouverez ici-bas la liste complète des années utilisées (pour 2011) pour chacune des fonctions du modèle, tant au niveau interprovincial qu'interrégional (tableaux 4 à 10).

Tableau 2.

RÉPARTITION DES INDICATEURS INTERPROVINCIAUX ILLUSTRÉS DANS LES COMPARAISONS TEMPORELLES SELON LEUR FONCTION D'APPARTENANCE ET L'ANNÉE DE DONNÉES PRÉSENTÉE, PAR PÉRIODE

ANNÉES	ADAPTATION			PRODUCTION			ATTEINTE DES BUTS		
	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3
2001				2			5		
2002							4		
2003	1			1	2		10	5	
2004	3							4	
2005	8	1		13	1	2	8	10	5
2006		3							4
2007		8			13			8	8
2008			4			1			
2009			8			13			10

Tableau 3.

RÉPARTITION DES INDICATEURS INTERRÉGIONAUX ILLUSTRÉS DANS LES COMPARAISONS TEMPORELLES SELON LEUR FONCTION D'APPARTENANCE ET L'ANNÉE DE DONNÉES PRÉSENTÉE, PAR PÉRIODE

ANNÉES	ADAPTATION			PRODUCTION			MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT			ATTEINTE DES BUTS		
	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3
2001	1			1						2		
2002				1						2		
2003		1			1					8	1*	
2004	5				1					13	1	
2005	11		1	13		1				8	23**	1
2006	1	5		2		1	8					1
2007		11		14	13			8			8	21
2008		1	5	2	5							
2009			11		13	16			8			10
2010			1			15						

* Dont 1 résultat interpolé.

** Dont 7 résultats interpolés.

Tableau 4.

LISTE DES ANNÉES UTILISÉES POUR LES PÉRIODES :
 APPRÉCIATION GLOBALE - COMPARAISONS INTERPROVINCIALES : ADAPTATION

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3
Total des dépenses de santé par habitant, en \$CAN	Acquisition de ressources financières	2005	2007	2009
Dépenses publiques de santé par habitant, en \$CAN		2005	2007	2009
Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB)		2005	2007	2009
Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	Acquisition de ressources humaines	2004	2006	2008
Taux de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants		2004	2006	2008
Taux d'infirmières, pour 1 000 habitants		2004	2006	2008
Nombre d'examen en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants	Innovations technologiques	2004-2005	2006-2007	2008-2009
Nombre d'examen en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Taux d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants		2005	2007	2009
Taux d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants		2005	2007	2009
Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé, en %	Adaptation aux besoins de la population	2003	2005	2008
Proportion des personnes considérant leur sentiment d'appartenance à la communauté locale plutôt fort ou très fort, en %	Mobilisation de la communauté	2005	2007	2009

Tableau 5.

LISTE DES ANNÉES UTILISÉES POUR LES PÉRIODES :
 APPRÉCIATION GLOBALE - COMPARAISONS INTERPROVINCIALES : PRODUCTION

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3
Proportion ajustée de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %	Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	2005	2007	2009
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %		2005	2007	2009
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour des tests diagnostiques, en %		2005	2007	2009
Proportion des personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre l'influenza, en %	Accessibilité des services préventifs	2005	2007	2009
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %		2003	2005	2008
Proportion ajustée de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %		2000-2001	2003	2005
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une chirurgie non urgente, en %	Accessibilité des services chirurgicaux	2005	2007	2009
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	Qualité	2004-2005	2006-2007	2008-2009
Taux de césariennes, en %		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Proportion de la population jugeant la qualité des soins reçus bonne ou excellente, en %		2000-2001	2003	2005
Proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois, en %	Productivité	2005	2007	2009
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus, en jours		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Nombre moyen d'examen réalisés par appareil de tomodensitométrie (TDM), ratio		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Nombre moyen d'examen réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio		2004-2005	2006-2007	2008-2009

Tableau 6.

LISTE DES ANNÉES UTILISÉES POUR LES PÉRIODES :
 APPRÉCIATION GLOBALE - COMPARAISONS INTERPROVINCIALES : ATTEINTE DES BUTS

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3
Espérance de vie à la naissance, en années		2001-2003	2003-2005	2005-2007
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé très bonne ou excellente, en %	Efficacité – santé globale	2005	2007	2009
Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %		2003	2005	2009
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %	Efficacité – facteurs de risque	2005	2007	2009
Taux de tabagisme, en %		2005	2007	2009
Taux de consommation d'alcool, en %		2005	2007	2009
Prévalence du diabète, en %		2005	2007	2009
Proportion ajustée de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %		2005	2007	2009
Taux de grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans, pour 1 000 adolescentes du même âge	Efficacité – santé maternelle et infantile	2001	2003	2005
Proportion des naissances de faible poids, en %		2003	2005	2007
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes		2003	2005	2007
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes		2003	2005	2007
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %	Efficacité – santé mentale	2005	2007	2009
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants		2002	2004	2006
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans		2002	2004	2006
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	Efficacité – traumatismes	2002	2004	2006
Proportion de la population victime de blessures causant la limitation des activités normales, en %		2003	2005	2009
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans		2002	2004	2006
Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants		2003	2005	2007
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants	2003	2005	2007	
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans		-	-	2000-2002
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants	Efficacité – morbidités	2003	2005	2007
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans		-	-	2000-2002
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants		2003	2005	2007
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans		-	-	2000-2002
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de santé fournis, en %	Satisfaction globale	2000-2001	2003	2005
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins hospitaliers fournis, en %		2000-2001	2003	2005
Proportion de la population très ou assez satisfaite à l'égard des soins reçus en clinique médicale, en %		2000-2001	2003	2005
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins de santé communautaire fournis, en %		2000-2001	2003	2005
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de lignes d'information téléphonique sur la santé fournis, en %		-	-	2003

Tableau 7.

LISTE DES ANNÉES UTILISÉES POUR LES PÉRIODES :
 APPRÉCIATION GLOBALE - COMPARAISONS INTERRÉGIONALES : ADAPTATION

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3
Dépenses nettes en santé par habitant, en \$CAN	Acquisition de ressources financières	2004-2005	2006-2007	2008-2009
Dépenses publiques de santé par habitant, en \$CAN		2003-2004	2005-2006	2007-2008
Dépenses nettes en santé physique par habitant, en \$CAN		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Dépenses nettes pour le Programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) par habitant de 65 ans et plus, en \$CAN		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Dépenses nettes en services sociaux et réadaptation par habitant, en \$CAN		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	Acquisition de ressources humaines	2004	2006	2008
Taux de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants		2004	2006	2008
Taux des effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1 000 habitants		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Taux d'infirmières en équivalent temps complet (ETC), pour 1 000 habitants		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Taux de lits de soins aigus, pour 1 000 habitants	Acquisition de ressources d'infrastructures	2004-2005	2006-2007	2008-2009
Taux de lits de longue durée, pour 1 000 habitants de 65 ans et plus		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Nombre d'examen en tomographie par ordinateur (TDM), pour 1 000 habitants	Innovations technologiques	2004	2006	2008
Nombre d'examen en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants		2004	2006	2008
Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé, en %	Adaptation aux besoins de la population	2001	2003	2005
Indice de réactivité : Respect de la dignité		-	-	2006-2007
Indice de réactivité : Autonomie et confidentialité		-	-	2006-2007
Indice de réactivité : Rapidité de la prise en charge		-	-	2006-2007
Indice de réactivité : Accès aux réseaux d'aide sociale		-	-	2006-2007
Indice de réactivité : Qualité de l'environnement		-	-	2006-2007
Indice de réactivité : Choix du prestataire de soins		-	-	2006-2007
Dépenses pour les organismes communautaires par habitant, en \$CAN	Mobilisation de la communauté	2005-2006	2007-2008	2009-2010
Proportion des personnes considérant leur sentiment d'appartenance à la communauté locale plutôt fort ou très fort, en %		2005	2007	2009
Taux de rétention des hospitalisations pondérées, en %	Attraction des clientèles	2004-2005	2006-2007	2008-2009
Taux de desserte extrarégionale pondérée, en %		2004-2005	2006-2007	2008-2009

Tableau 8.

LISTE DES ANNÉES UTILISÉES POUR LES PÉRIODES :
 APPRÉCIATION GLOBALE - COMPARAISONS INTERRÉGIONALES : PRODUCTION

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3
Proportion de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %	Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	2005	2007	2009
Proportion de la population inscrite en groupe de médecine de famille (GMF), en %		mars 2006	mars 2008	mars 2010
Indice de consommation de services médicaux en omnipratique		2005	2007	2009
Indice de consommation des services médicaux spécialisés		2005	2007	2009
Taux ajusté d'hospitalisations en soins aigus, pour 1 000 habitants		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Proportion des personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre l'influenza, en %	Accessibilité des services préventifs	2005	2007	2009
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %		2001-2002	2003-2004	2005-2006
Proportion ajustée de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %		2000-2001	2003	2005
Proportion des appels répondus par Info-Santé, en %	Accessibilité des services d'orientation	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Délais moyens d'attente pour les appels répondus par Info-Santé, en minutes		2007-2008	2008-2009	2009-2010
Taux d'accessibilité globale des services sociaux généraux, pour 1 000 habitants	Accessibilité des services sociaux	2006-2007	2008-2009	2009-2010
Intensité des services sociaux : nombre d'interventions par usager		2006-2007	2008-2009	2009-2010
Délai moyen d'attente en évaluation en protection de la jeunesse, en jours		2006-2007	2008-2009	2009-2010
Délai moyen d'attente en application des mesures de protection de la jeunesse, en jours		2006-2007	2008-2009	2009-2010
Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures	Accessibilité des services d'urgence	2006-2007	2008-2009	2009-2010
Proportion des séjours de 48 heures ou plus sur civière à l'urgence, en %		2006-2007	2008-2009	2009-2010
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants	Accessibilité des services chirurgicaux	2004-2005	2006-2007	2008-2009
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie de la hanche depuis plus de 6 mois, en %		mars 2007	février 2009	janvier 2010
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie du genou depuis plus de 6 mois, en %		mars 2007	février 2009	janvier 2010
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie de la cataracte depuis plus de 6 mois, en %		mars 2007	février 2009	janvier 2010
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie d'un jour depuis plus de 6 mois, en %		mars 2007	février 2009	janvier 2010
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie avec hospitalisation depuis plus de 6 mois, en %		mars 2007	février 2009	janvier 2010
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans		Qualité	2004-2005	2006-2007
Taux d'incidence de C. difficile, pour 10 000 jours-patients	2005-2006		2007-2008	2009-2010
Taux ajusté d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), pour 100 000 habitants	2004-2005		2006-2007	2008-2009
Taux de césariennes, en %	2004-2005		2006-2007	2008-2009
Proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois, en %	Productivité	2005	2007	2009
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus (ajustée), en jours		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC), en jours		2006-2007	2007-2008	2008-2009
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations pour hystérectomie, en jours		2006-2007	2007-2008	2008-2009
Proportion d'occupation des lits de courte durée pour des soins de longue durée, en % des jours d'occupation		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Proportion des usagers hospitalisés qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour, en %		2006-2007	2007-2008	2008-2009

Tableau 9.

LISTE DES ANNÉES UTILISÉES POUR LES PÉRIODES :
 APPRÉCIATION GLOBALE - COMPARAISONS INTERRÉGIONALES :
 MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3
Proportion des employés occupant des postes réguliers, en %	Statut d'emploi	2005-2006	2006-2007	2008-2009
Proportion des employés occupant des postes à temps complet régulier, par rapport au total des employés occupant des postes réguliers, en %		2005-2006	2006-2007	2008-2009
Proportion des heures travaillées consacrées à la formation, en %	Formation	2005-2006	2006-2007	2008-2009
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire pour l'ensemble du réseau, en %	Utilisation des ressources humaines	2005-2006	2006-2007	2008-2009
Proportion des heures travaillées par le personnel en soins infirmiers en temps supplémentaire et par le personnel des agences privées, en %		2005-2006	2006-2007	2008-2009
Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : assurance salaire, en %	Santé des professionnels	2005-2006	2006-2007	2008-2009
Taux de départ des effectifs en emploi en début d'année, en % du total des effectifs	Stabilité du personnel	2005-2006	2006-2007	2008-2009
Taux de départ des effectifs embauchés en cours d'année, en % du total des effectifs embauchés dans la même période		2005-2006	2006-2007	2008-2009

Tableau 10.

LISTE DES ANNÉES UTILISÉES POUR LES PÉRIODES :
 APPRÉCIATION GLOBALE - COMPARAISONS INTERRÉGIONALES : ATTEINTE DES BUTS

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3
Espérance de vie à la naissance, en années	Efficacité – santé globale	1999-2003	2001-2005	2003-2007
Espérance de vie à 65 ans, en années		1999-2003	2001-2005	2003-2007
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé très bonne ou excellente, en %		2005	2007	2009
Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %		2000-2001	Interpolé	2009
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %	Efficacité – facteurs de risque	2005	2007	2009
Taux de tabagisme, en %		2005	2007	2009
Taux de consommation d'alcool, en %		2005	2007	2009
Prévalence du diabète, en %		2005	2007	2009
Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %		2005	2007	2009
Taux de grossesses chez les adolescentes de 17 ans ou moins, pour 1 000 adolescentes de 14 à 17 ans	Efficacité – santé maternelle et infantile	1998-2002	Interpolé	2003-2007
Proportion des naissances de faible poids, en %		1999-2003	2001-2005	2003-2007
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes		1999-2003	2001-2005	2003-2007
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes		1999-2003	2001-2005	2003-2007
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %	Efficacité – santé mentale	2005	2007	2009
Proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, en %		2001	Interpolé	2005
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants		2001-2003	2003-2005	2005-2007
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans		2001-2003	2003-2005	2005-2007
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	Efficacité – traumatismes	2000-2004	2001-2005	2003-2007
Proportion de la population victime de blessures causant la limitation des activités normales, en %		2003	2005	2009
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants		2004-2005	2006-2007	2008-2009
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans		2000-2004	2001-2005	2003-2007
Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants	Efficacité – morbidités	2002	2004	2006
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants		2000-2004	2001-2005	2003-2007
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans		2000-2004	2001-2005	2003-2007
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants		2000-2004	2001-2005	2003-2007
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans		2000-2004	2001-2005	2003-2007
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants		2000-2004	2001-2005	2003-2007
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans		2000-2004	2001-2005	2003-2007
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins hospitaliers fournis, en %		Satisfaction globale	-	-
Proportion de la population très ou assez satisfaite à l'égard des soins reçus en clinique médicale, en %	-		-	2006-2007
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins de santé communautaire fournis, en %	-		-	2006-2007
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio	Équité	2000-2004	Interpolé	2003-2007
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour la mortalité infantile, ratio		2000-2004	Interpolé	2003-2007
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour les années potentielles de vie perdues, ratio		2000-2004	Interpolé	2003-2007
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le taux ajusté de mortalité évitable, ratio		2000-2004	Interpolé	2003-2007
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, en années		2000-2004	Interpolé	2003-2007

> Les limites de l'analyse

L'analyse d'indicateurs de monitoring comporte toujours des limites sur le plan de la méthode. Notre démarche n'en est pas exempte non plus. Parmi ces limites, certaines méritent une attention particulière. En premier lieu, malgré le fait que nous avons recensé les indicateurs disponibles les plus valides, ceux-ci étant le reflet de divers aspects de l'action des systèmes de santé et de services sociaux et que nous les avons mis en relation en adoptant un cadre systématique et global d'analyse, ils demeurent limités dans leur capacité à refléter la complexité du système de santé et de services sociaux. En effet, tout indicateur est plus ou moins imparfait et ne décrit pas avec autant de clarté que souhaité la réalité qu'il recouvre. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà mentionné, l'objectif et la prétention de l'analyse quantitative du Commissaire est de faire ressortir des grandes tendances du domaine de la santé et les partenaires du réseau sont invités à reconnaître cet objectif et à utiliser convenablement les informations produites, en les confrontant aux réalités observées dans les établissements. Par ailleurs, dans son jugement global, n'oublions pas que le Commissaire fait aussi des études plus qualitatives sur différentes thématiques.

Aussi, même si les indicateurs présentés offrent, dans la mesure du possible, l'information la plus récente, ceux-ci peuvent comporter des écarts temporels qui varient d'un indicateur à l'autre en vertu des cycles d'enquêtes ou de la fréquence des mises à jour des données publiées. En ce sens, les années des données utilisées pour chaque indicateur sont inscrites dans les tableaux et certains taux reposent sur une moyenne de plusieurs années afin d'en augmenter la validité sur le plan statistique.

De plus, rappelons que bien que nous ayons recensé un nombre important d'indicateurs, certaines fonctions et sous-dimensions de la performance demeurent mieux documentées que d'autres, principalement à cause de la disponibilité des données. D'autre part, l'analyse de l'acquisition des ressources dans le modèle d'appréciation du Commissaire se base sur les données portant sur les ressources financières, humaines et d'infrastructures. Toutefois, il est important de considérer que le lieu où les soins sont donnés ne correspond pas toujours à la région d'origine du bénéficiaire et vice versa, ce que l'on qualifie comme étant la mobilité interrégionale des usagers du système de santé et de services sociaux québécois. Cela est d'autant plus vrai pour les régions ayant une mission supranationale, soit celles du groupe des régions universitaires. Celles-ci accueillent beaucoup de patients venant d'autres régions du Québec et ceux-ci nécessitent, en moyenne, des soins plus spécialisés, donc plus coûteux. En ce sens, l'interprétation des données d'acquisition des ressources doit toujours être faite avec prudence à l'échelle interrégionale, une partie des budgets de ces régions étant consacrée à cette mission supranationale.

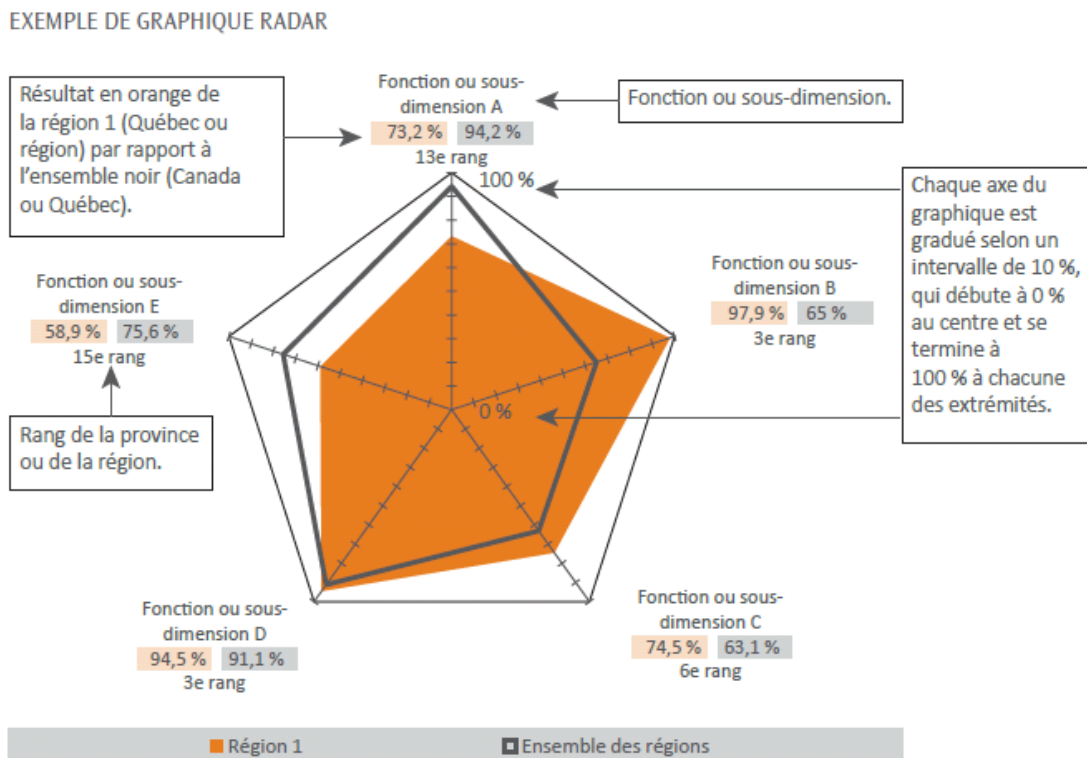
Malgré ces limites, inhérentes à l'exercice de monitoring de systèmes complexes à l'aide d'indicateurs essentiellement quantitatifs, les analyses présentées dans le rapport ont pour objectifs de stimuler la discussion d'un ensemble d'intervenants du réseau pour mieux en comprendre la signification et les améliorations à y apporter dans le futur. Cette méthode doit aussi être confrontée aux connaissances démocratiques, organisationnelles et scientifiques issues de la démarche de consultation mise de l'avant par le Commissaire. En outre, les problèmes méthodologiques que nous venons d'aborder doivent être considérés en premier lieu comme des défis à relever afin de présenter des analyses fiables et utiles à la compréhension du système ainsi qu'à l'amélioration continue de sa performance.

> Les graphiques : Que disent-ils?

> Les graphiques radars

Le graphique radar est utilisé pour présenter les résultats en pourcentage d'atteinte des balises d'excellence. Plus la surface couverte par l'aire orangée ou par l'aire délimitée par la ligne noire en gras est grande, plus le pourcentage d'atteinte de la balise est élevé, donc meilleure est la performance (figure 3). Le niveau exact d'atteinte des balises est aussi présenté sous le titre de chaque sous-dimension, de même que la proportion moyenne d'atteinte des balises pour l'ensemble géographique plus grand (le Québec ou le Canada). Chaque axe du graphique est gradué selon un intervalle de 10 %, qui débute à 0 % au centre et se termine à 100 % à chacune des extrémités. Le rang de la province ou de la région analysée est aussi présenté.

Figure 3.

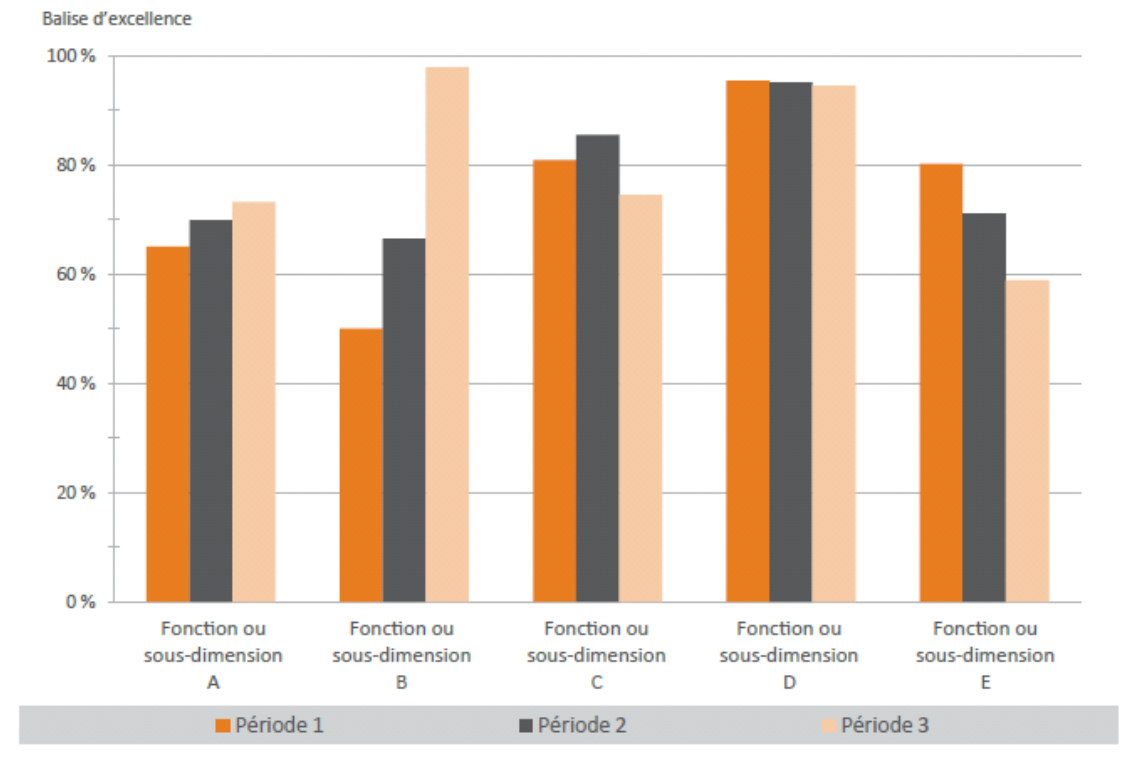


> Les graphiques d'évolution temporelle

Le graphique d'évolution temporelle de balisage présente la tendance dans le temps calculée pour trois périodes. Nous avons obtenu des résultats (en pourcentage d'atteinte de la balise) en appliquant le cadre d'appréciation du Commissaire à des données publiées antérieurement. La liste complète des années utilisées pour les calculs des périodes pour chaque indicateur est aussi disponible parmi les documents complémentaires à l'appréciation de la performance sur le site Internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca). Lors de l'interprétation du graphique, il est important de noter qu'une tendance décroissante peut être la résultante d'une détérioration de la performance de la région étudiée, tout comme elle peut être le reflet de balises plus élevées, ce qui crée une distance entre la région et la balise d'excellence. Bref, il se peut qu'une région s'éloigne de la balise d'excellence même si, en termes absolus, elle peut avoir connu une amélioration.

Figure 4.

EXEMPLE DE GRAPHIQUE D'ÉVOLUTION TEMPORELLE

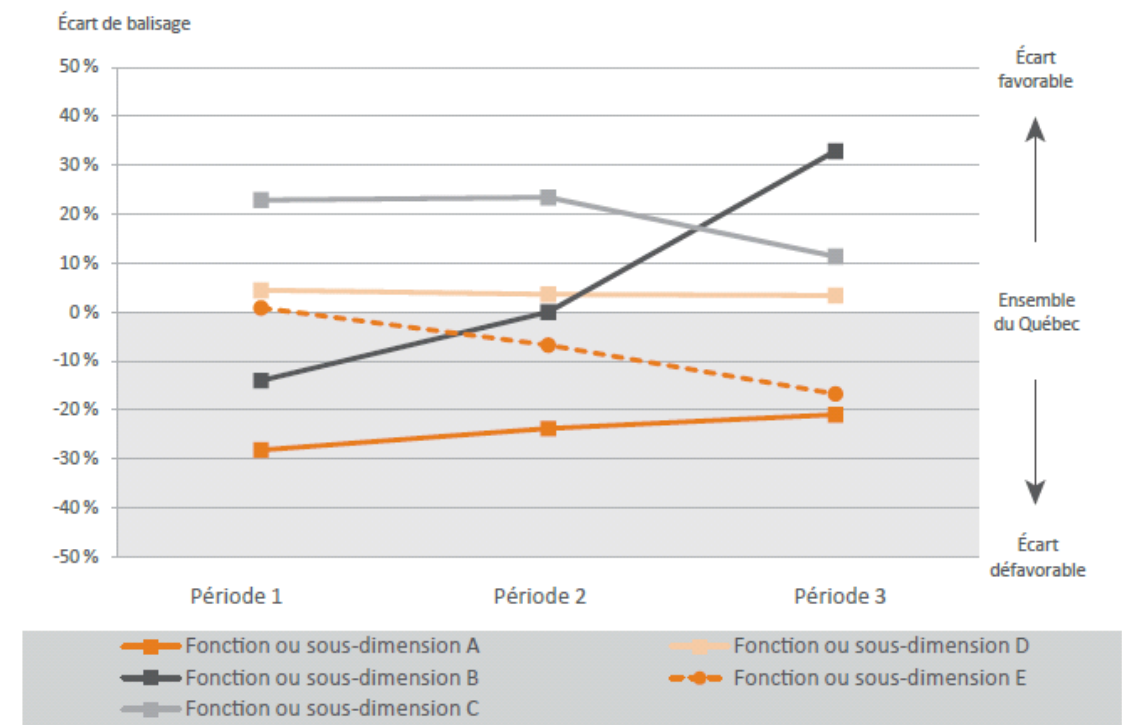


> Les graphiques d'évolution de l'écart relatif de balisage

Les informations du graphique suivant sont présentées en fonction d'un écart relatif de balisage. Dans le cas du Québec, l'écart (en pourcentage d'atteinte des balises) se calcule par rapport au résultat du Canada, alors que lorsqu'il s'agit d'une région sociosanitaire, il réfère plutôt au résultat obtenu par l'ensemble du Québec. La moitié supérieure du graphique correspond aux résultats se distinguant favorablement, alors que la moitié inférieure ombrée représente les résultats se situant en dessous de l'ensemble du Canada ou du Québec, selon le cas. Il est également possible, à partir de ce graphique, de saisir l'évolution temporelle de l'écart relatif de balisage en fonction des trois périodes. Par exemple, la fonction B a un écart défavorable de 15 % pour la période 1 et un écart favorable de 33 % pour la période 3. Il y a donc eu une amélioration très importante par rapport à l'ensemble du Québec.

Figure 5.

EXEMPLE DE GRAPHIQUE D'ÉVOLUTION DE L'ÉCART RELATIF DE BALISAGE

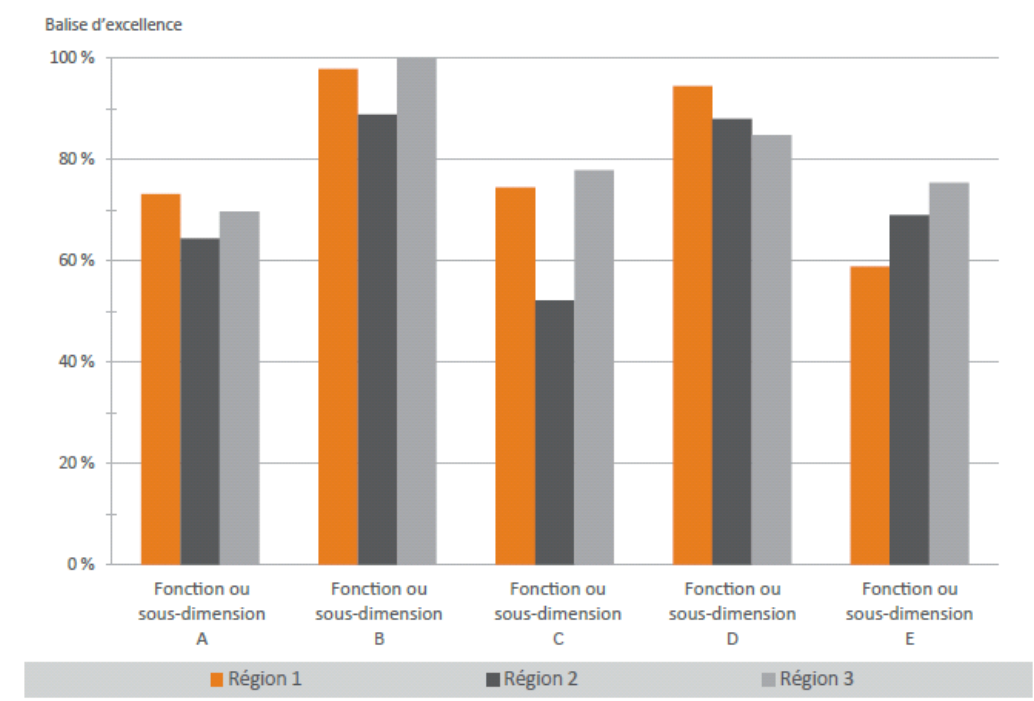


> Les graphiques de comparaison entre régions

Ce dernier graphique reprend les résultats en pourcentage d'atteinte de la balise pour la dernière année disponible (ce qui équivaut à la période 3) en les comparant à ceux des autres provinces ou régions jugées similaires. Au niveau provincial, le Québec est comparé à l'Ontario et à la Colombie-Britannique, car ce sont des provinces suffisamment peuplées pour établir une comparaison cohérente. Au niveau interrégional, les regroupements sont les mêmes que ceux mentionnés précédemment, soit les régions universitaires, les régions en périphérie des régions universitaires, les régions intermédiaires, les régions éloignées et les régions isolées.

Figure 6.

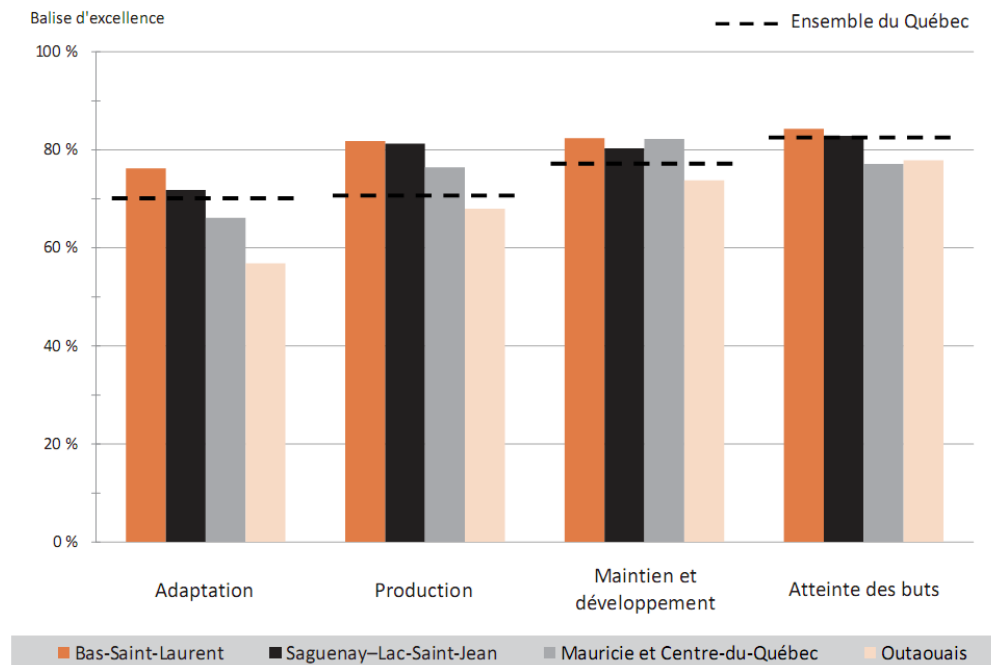
EXEMPLE DE GRAPHIQUE DE COMPARAISON ENTRE RÉGIONS



> Les graphiques de comparaisons régionales

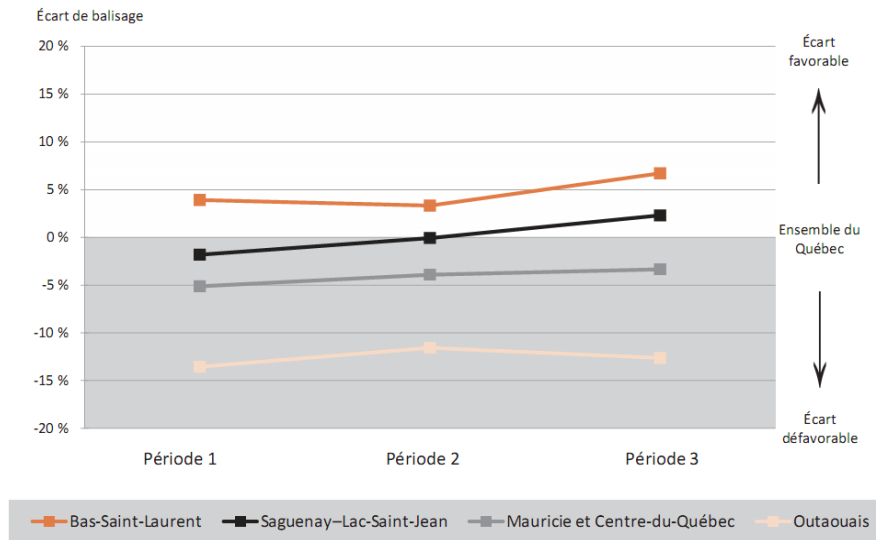
Les graphiques de comparaison entre groupe de régions

Ce graphique permet d'obtenir rapidement une comparaison entre les régions d'un même groupe ainsi qu'avec la moyenne de l'ensemble du Québec, représentée par la ligne pointillée.



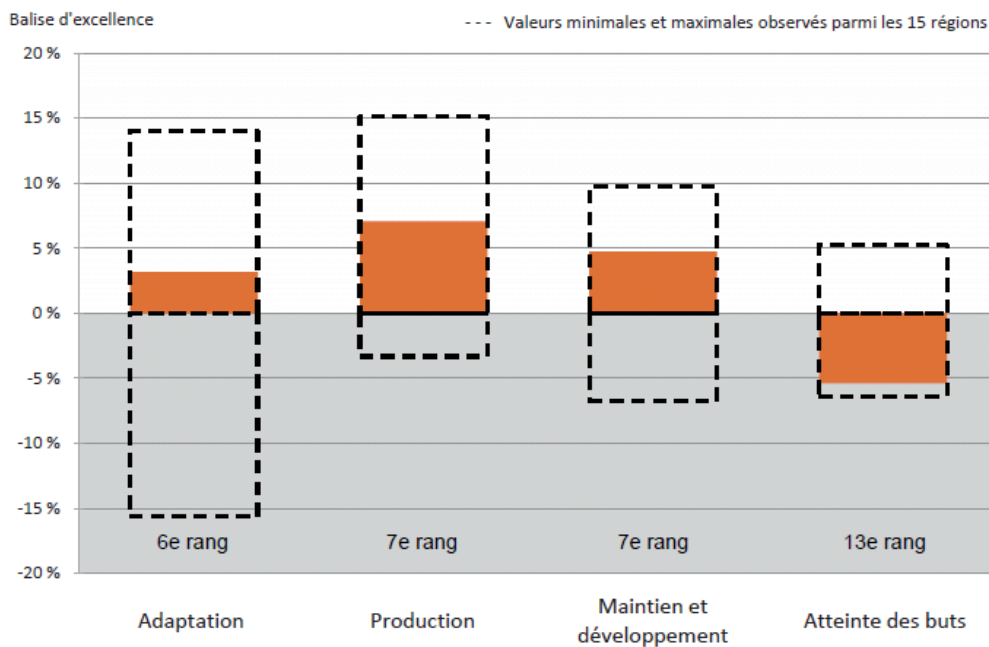
Les graphiques d'évolution de l'écart relatif de balisage entre groupe de régions

Ce graphique permet de voir l'évolution de l'écart de balisage des régions d'un même groupe par rapport à l'ensemble du Québec.



Les graphiques synthèses par région

Ce graphique donne en un coup d'œil un regard sur le niveau d'atteinte des balises pour les quatre fonctions. Il s'agit d'un graphique sommaire qui donne une information différente et complémentaire à celle du graphique radar. En effet, dans ce graphique, le trait noir pointillé représente le résultat maximal et minimal en termes d'écart avec la proportion moyenne d'atteinte de la balise pour le Québec. Les « boîtes » pointillées sont donc les mêmes pour chacune des régions. Ce qui varie, c'est la zone orangée. Celle-ci, qui se situe soit au-dessus soit en-dessous du 0 %, indique si la région est dans le « + » ou dans le « - » par rapport au Québec. Ainsi, l'utilisation de l'écart maximal et minimal par rapport à la moyenne du Québec permet de visualiser la performance d'une région à la fois face à cette moyenne ainsi que par rapport aux résultats limites. Toutefois, il est difficile de qualifier cette performance puisque la région qui obtient le plus haut score peut se démarquer de beaucoup ou de peu des autres régions. C'est pourquoi l'ajout du rang apporte un complément d'information très intéressant.



Les graphiques liés à des indicateurs spécifiques (par région)

Ce graphique en est un d'écart relatif de balisage, mais il présente en détail l'évolution des indicateurs qui composent une sous-dimension. Cela permet de constater, au-delà du score agrégé de la sous-dimension, l'influence des indicateurs particuliers sur ce score.

Indicateurs de la sous-dimension de la qualité - Capitale-Nationale

