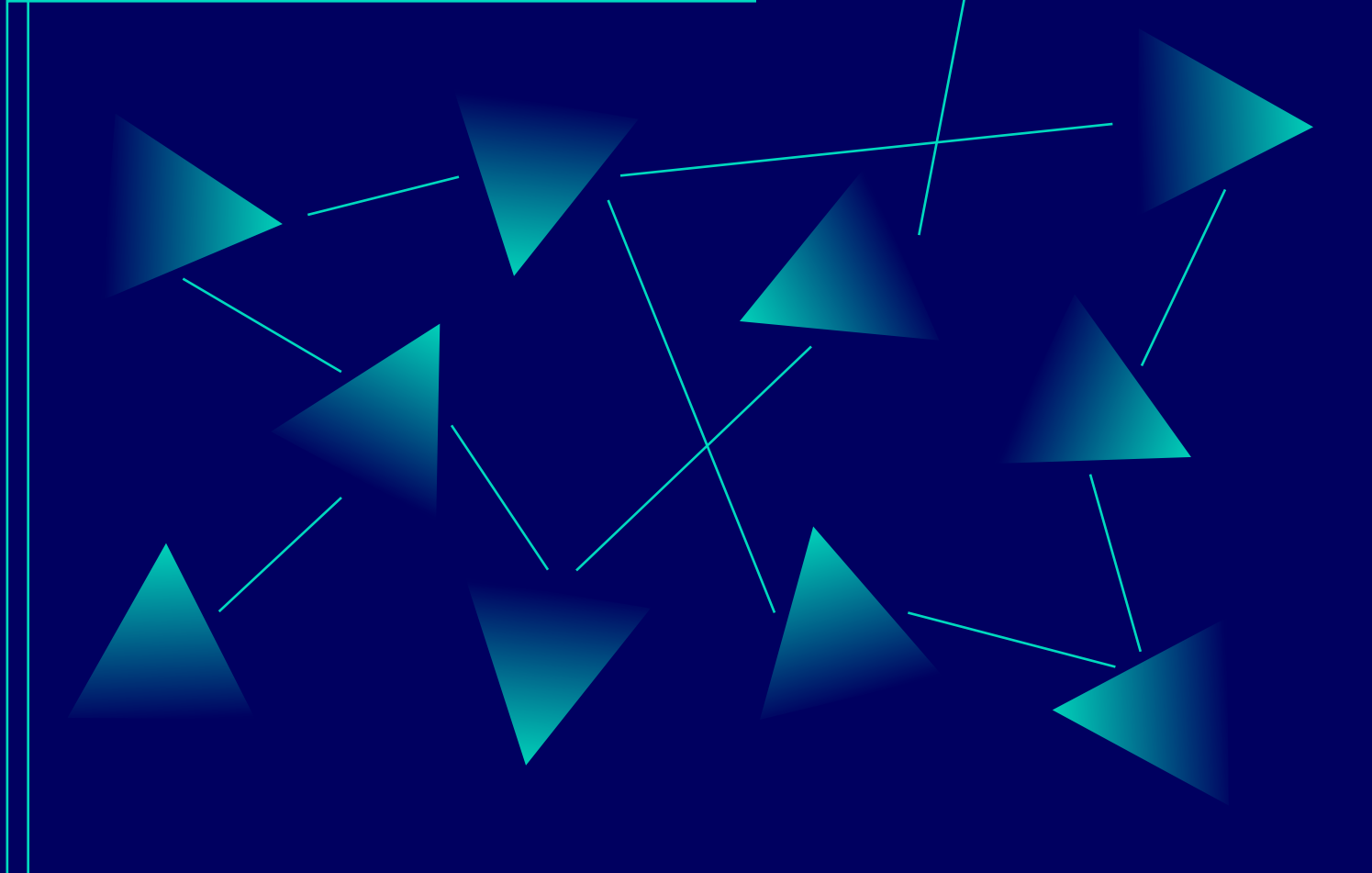


Juin 2026



LA VALEUR DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX : UNE APPROCHE CONCEPTUELLE POUR GUIDER L'ÉVALUATION SYSTÉMIQUE

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et des citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et de services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Recherche et rédaction

Ariane Dubé-Linteau
Karina Côté
Nathalie Mousseau

Collaborateurs

Geneviève Ste-Marie
François Champagne

Direction

Georges Charles-Thiebaut

Édition

Équipe des communications

Révision linguistique

Gilles Bordage

Graphisme

Pro-Actif

Dépôt légal

ISBN : 978-2-555-04230-8

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS 6

LEXIQUE 7

SOMMAIRE 9

1. INTRODUCTION 10

1.1 Pourquoi la valeur? 10

1.2 Pourquoi le Commissaire s'intéresse-t-il à ce concept? 12

1.3 Objectifs du document 13

1.4 Plan du document 13

2. LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DU COMMISSAIRE : CONCEPTUALISATION ET OPÉRATIONNALISATION DE LA VALEUR 14

2.1 Présentation générale 14

2.2 Volet expérientiel : consultations citoyennes 15

2.2.1 GROUPES NOMINAUX 15

DÉROULEMENT DES CONSULTATIONS 16

RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS 16

2.2.2 SONDAGE 17

COLLECTE DES DONNÉES ET QUESTIONNAIRE 17

2.3 Volet scientifique : revue de littérature et cadres existants 18

2.3.1 DÉFINITION DU CONCEPT DE VALEUR 18

2.3.2 STRUCTURATION DES DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS 20

2.4 Volet intégration et conception 21

2.5 Volet validation : Forum de consultation et analyse normative 22

3. RÉSULTATS DES CONSULTATIONS CITOYENNES ET DE LA REVUE DE LITTÉRATURE 23

3.1 Consultations auprès de la population : groupes nominaux et sondage 23

3.2 Synthèse de la revue de littérature 25

3.2.1 ÉVOLUTION DU CONCEPT DE VALEUR EN SANTÉ 25

LE VALUE-BASED HEALTH CARE (VBHC) 25

LES CADRES TRIPLE, QUADRUPLE ET QUINTUPLE AIM 27

PERSPECTIVE EUROPÉENNE 28

3.2.2 FONDEMENTS CONCEPTUELS ET THÉORIQUES DE LA VALEUR 30

LE VALUE FOR MONEY 30

LA VALEUR EN ÉVALUATION ET EN PHILOSOPHIE 31

LE LIEN ENTRE VALEUR ET QUALITÉ 32

DISTINCTION CONCEPTUELLE ENTRE VALEUR, PERFORMANCE ET EFFICIENCE 33

3.2.3 SYNTHÈSE ET INTÉGRATION 35

3.3 Les cadres d'évaluation de la performance des systèmes de santé 38

3.4 Intégration des différentes perspectives : expérientielle et scientifique 39

3.4.1 PRISE EN COMPTE DE LA PERSPECTIVE CITOYENNE 40

3.4.2 ALIGNEMENT SUR LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE 40

3.4.3 RÔLE DES EXPERTS ET CLASSIFICATION DES DIMENSIONS 41

3.5 Validation de l'alignement sur les valeurs de la société : délibération éthique et analyse normative 42

4. DÉFINITION DE LA VALEUR DU COMMISSAIRE 43

4.1 Dimensions de la valeur 44

5. MODÈLE D'ÉVALUATION DE LA VALEUR DU COMMISSAIRE 45

5.1 Frontières du système et niveaux d'évaluation 45

5.2 Définitions, justifications et exemples de mesures 48

MAINTIEN ET AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE	48
RÉPONSE AUX PRIORITÉS ET AUX BESOINS DE LA POPULATION	49
VIABILITÉ	54
EFFICIENCE	57
ÉQUITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	58
PROTECTION SOCIALE	62
DURABILITÉ ENVIRONNEMENTALE	65

6. CONCLUSION 68

ANNEXE 1. RÉSULTATS DES GROUPES NOMINAUX 70

ANNEXE 2. TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DIMENSIONS ET SOUS- DIMENSIONS DU MODÈLE D'ÉVALUATION DE LA VALEUR DU COMMISSAIRE AVEC EXEMPLES D'INDICATEURS 73

BIBLIOGRAPHIE 76

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
EXPH	European Commission Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INM	Institut du Nouveau Monde
KCE	Belgian Health Care Knowledge Centre
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAO	National Audit Office
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PREMs	<i>Patient-Reported Experience Measures</i>
PROMs	<i>Patient-Reported Outcome Measures</i>
SSSS	Système de santé et de services sociaux
VBHC	<i>Value-Based Health Care</i>
VBHS	<i>Value-Based Health System</i>
VfM	<i>Value for Money</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
INM	Institut du nouveau monde CLSC: centres locaux de services communautaires
CH	Centres hospitaliers
CHSLD	Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CPEJ	Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Les centres de réadaptation
GMF	Groupes de médecine de famille

LEXIQUE

Système de santé et de services sociaux du Québec

Le système de santé et de services sociaux correspond à l'ensemble des institutions, des organisations, des ressources et des acteurs dont la mission est de promouvoir, de restaurer, d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la population. Il regroupe le ministère de la Santé et des Services sociaux, les organismes liés au domaine de la santé, Santé Québec et les établissements qui le composent, les établissements desservant les populations nordiques et autochtones, les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que les partenaires intersectoriels.

Performance

La performance du système de santé et de services sociaux correspond à sa capacité à réaliser ses missions et ses objectifs, en mobilisant ses ressources, ses processus et ses structures afin de produire les résultats souhaités. Il s'agit d'un concept multidimensionnel, dont l'évaluation porte à la fois sur les résultats produits par le système et sur son fonctionnement global, c'est-à-dire sur la manière dont ses composantes interagissent pour atteindre ces résultats.

Valeur

La valeur du système de santé et de services sociaux correspond à l'ensemble des résultats importants pour la population, obtenus par le système, en tenant compte des ressources utilisées et des valeurs de la société. Elle constitue un concept distinct de la performance, qui met l'accent sur les résultats du système.

Résultats importants pour la population

Les résultats importants pour la population sont ceux produits par le système de santé et de services sociaux, au sens large. Ils peuvent être vécus directement par les groupes de population ou correspondre à des résultats qui comptent pour la société dans son ensemble, conformément à ses valeurs et à ses principes fondamentaux.

Modèle d'évaluation de la valeur

Un modèle d'évaluation de la valeur est un outil structuré qui décrit les composantes de la valeur produite par le système de santé et de services sociaux, définit les dimensions et sous-dimensions pertinentes, et identifie des indicateurs mesurables et opérationnalisables. Il fournit une base cohérente pour comprendre comment les différentes composantes contribuent à la valeur globale et sert de guide pour orienter l'évaluation empirique.

Dimension et sous-dimension de la valeur ou de la performance

Une dimension est une composante constitutive de la valeur ou de la performance. Les dimensions permettent de structurer l'évaluation et de rendre compte de la valeur ou de la performance de manière globale.

Une sous-dimension constitue un élément spécifique d'une dimension, permettant de détailler et d'opérationnaliser l'évaluation. Elle correspond à un aspect mesurable ou observable de la dimension, et sert de base pour la définition d'indicateurs et de métriques. Les sous-dimensions rendent possible l'évaluation fine et structurée des différents aspects de la valeur ou de la performance.

SOMMAIRE

Le présent document a pour objectif de présenter l'approche du Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après «le Commissaire») en matière d'évaluation de la valeur du système de santé et de services sociaux du Québec. Il détaille le processus scientifique ayant conduit à la conceptualisation de la notion de valeur, en l'ancrant dans les priorités de la population, tout en assurant sa cohérence avec les travaux nationaux et internationaux et son alignement sur les valeurs sociétales. Ce document présente également le modèle d'évaluation proposé par le Commissaire, structuré en dimensions et sous-dimensions clairement définies et mesurables, permettant ainsi une évaluation rigoureuse et pratique de la valeur générée par le système.

L'approche conceptuelle du Commissaire repose sur une lecture systémique et multidimensionnelle visant à apprécier la contribution du système de santé et des services sociaux à la création de valeur pour la population. La valeur est définie comme l'ensemble des résultats importants pour la population, en tenant compte des ressources utilisées et des valeurs de la société. Ces résultats peuvent être vécus directement par les groupes de population ou correspondre à des résultats importants pour la société dans son ensemble, conformément à ses valeurs et à ses principes fondamentaux.

Le modèle d'évaluation de la valeur du Commissaire intègre à la fois les résultats populationnels, correspondant aux impacts du système sur les groupes de population (maintien et amélioration de la santé et du bien-être, réponse aux besoins et aux priorités, équité), et les résultats du système importants pour la société (viabilité, efficacité, durabilité environnementale, protection sociale). Il prend ainsi en compte l'ensemble des actions du système influençant la santé et le bien-être de la population – qu'elles soient cliniques, collectives ou intersectorielles – et les relie à des résultats mesurables à travers des dimensions et sous-dimensions, accompagnées de justifications conceptuelles et d'exemples d'indicateurs.

En fournissant un langage commun et des repères clairs, ce modèle d'évaluation de la valeur soutient l'évaluation continue, facilite l'identification des points forts et des pistes d'amélioration, guide la prise de décisions et l'allocation des ressources, et favorise la transparence ainsi que la communication avec la population et les décideurs. Il constitue ainsi un outil stratégique pour guider l'action, soutenir l'amélioration continue et maximiser la valeur générée par le système de santé et de services sociaux pour la population actuelle et les générations futures.

1. INTRODUCTION

Le Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après «le Commissaire») a pour mission d'éclairer le débat public et la prise de décision gouvernementale afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise. Pour ce faire, il évalue de manière indépendante la performance du système de santé et de services sociaux, rend l'information accessible, conseille le gouvernement, soutient l'innovation et favorise la participation citoyenne.

Dans le cadre de ce mandat, le Commissaire s'appuie sur un cadre d'évaluation de la performance axée sur la valeur. Bien que la notion de valeur soit déjà mobilisée dans ses travaux, il est important de l'explicitier et de la contextualiser pour en assurer une compréhension commune et scientifiquement robuste.

Ainsi, le présent document a pour objectif d'expliquer la réflexion conceptuelle ayant conduit à la définition de la valeur en santé et en services sociaux. Cette réflexion repose sur une intégration des perspectives citoyennes et des connaissances issues de la littérature scientifique et grise. Le document propose également un modèle d'évaluation rigoureux, fondé sur cette définition, afin de soutenir son opérationnalisation.

1.1 POURQUOI LA VALEUR?

Aujourd'hui, les systèmes de santé à travers le monde sont confrontés à des pressions sans précédent. Le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et complexes, l'émergence de technologies de plus en plus coûteuses et l'évolution des attentes et des besoins de la population constituent autant de facteurs qui, combinés à la croissance rapide des dépenses en santé, mettent à l'épreuve leur capacité à répondre efficacement et équitablement aux besoins de santé et de bien-être de tous (Boelen et OMS, 2001; Kruk et al., 2018; Plsek et Greenhalgh, 2001; Rajan et al., 2023; Smith et al., 2020). Ces pressions persistantes soulignent les défis liés à la viabilité des systèmes de santé et renforcent la nécessité de leur transformation.

Dans ce contexte, le concept de « valeur » en santé désigne la capacité du système de santé et de services sociaux à générer les résultats importants pour la population – qu’il s’agisse de santé, de bien-être, d’équité ou de qualité – tout en optimisant l’utilisation des ressources.

La création de valeur constitue ainsi un choix stratégique clé pour orienter la transformation du système. Elle implique de définir clairement les résultats du système qui comptent pour la population et pour la société, de les mesurer, de suivre leur évolution et d’adapter les stratégies en fonction des informations recueillies.

De nombreuses démarches ont tenté de définir la valeur en santé. L’approche *Value-Based Health Care* (VBHC), portée par Michael E. Porter et Elizabeth Teisberg, définit la valeur comme le rapport entre les résultats de santé obtenus par les personnes et les coûts nécessaires pour les atteindre (Porter, 2010). D’autres approches adoptent une perspective plus large. Par exemple, le cadre proposé par l’European Commission Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) enrichit la notion de valeur autour de plusieurs piliers : valeur technique, valeur allocative, valeur personnelle et valeur sociétale – ce qui intègre l’équité, l’adéquation aux besoins et aux préférences des personnes, ainsi que l’impact social global (équité, inclusion, solidarité) (EXPH, 2019). Enfin, des travaux récents soulignent la nécessité d’élargir encore plus cette perspective, en concevant la valeur à l’échelle du système dans son ensemble : le *Value-Based Health System* (VBHS) prend en compte la contribution de l’ensemble du système de santé, incluant la promotion de la santé, la prévention et le bien-être collectif (Smith et al., 2020).

Adopter une approche systémique de la valeur transforme celle-ci en levier central pour orienter les systèmes de santé vers ce qui importe réellement pour la population. Cependant, comme le concept reste encore mal compris et varie selon les auteurs et les contextes, il nécessite une définition claire, scientifiquement robuste et facilement opérationnalisable dans un contexte québécois.

1.2 POURQUOI LE COMMISSAIRE S'INTÉRESSE-T-IL À CE CONCEPT?

Par son mandat d'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux (SSSS) dans son ensemble, le Commissaire adopte une approche résolument systémique. La valeur constitue un levier stratégique central, guidant l'action collective vers les résultats importants pour la population et soutenant l'amélioration continue du système. Générer de la valeur implique d'aligner les actions du système sur les besoins, les priorités et les valeurs de la population qu'il dessert, puis de traduire cet alignement en résultats concrets, tant populationnels que sociétaux (EXPH, 2019; Smith et al., 2020).

Dans le contexte québécois actuel, marqué par la création de Santé Québec¹, la mise en œuvre de réformes majeures et l'encadrement de la croissance des dépenses de santé, une approche centrée sur la valeur permet de mieux aligner les politiques, les ressources et les interventions sur les résultats considérés comme importants pour la population québécoise.

Pour définir et mesurer la valeur générée par le système, le Commissaire s'est doté d'une approche conceptuelle précisant les dimensions et sous-dimensions nécessaires à son évaluation. Cette approche repose sur le croisement de trois sources complémentaires : les priorités de la population, la littérature scientifique sur la notion de valeur et les cadres d'évaluation existants, ainsi que l'analyse d'experts. L'intégration de ces sources permet de prendre en compte à la fois les résultats du système importants pour la population et ceux qui le sont pour la société dans son ensemble, notamment en ce qui concerne la pérennité du système et les valeurs collectives qu'il porte.

Apprécier la valeur du système ne se limite pas à décrire son fonctionnement : c'est une démarche stratégique qui vise à orienter l'action collective, à identifier les forces et les zones à améliorer, et à fournir les bases pour soutenir des décisions réfléchies et un apprentissage continu. Elle repose sur un jugement éclairé par des normes et balises d'excellence, garantissant que l'évaluation se fonde sur des critères valides et scientifiquement fondés. Cette démarche offre également une lecture transparente, structurée et partagée de la valeur produite par le système, permettant d'apprécier dans quelle mesure les actions publiques répondent aux priorités de la population et de suivre l'évolution de cette valeur dans le temps.

¹ Santé Québec est un organe mandataire de l'État qui a été institué en vertu de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, sanctionnée le 13 décembre 2023, et dont le rôle est d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics (art. 1, 23). Les dispositions des articles concernant Santé Québec sont entrées en vigueur à la date à laquelle M^{me} Geneviève Biron, la première présidente et cheffe de la direction de Santé Québec, a été nommée, en vertu de l'article 3.3 de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*. L'annonce de sa nomination a été faite le 29 avril 2024.

1.3 OBJECTIFS DU DOCUMENT

Ce document a pour objectif principal de présenter la conceptualisation de la valeur et le modèle d'évaluation proposé par le Commissaire. Il vise également à décrire le processus scientifique – à la fois méthodologique et conceptuel – qui a conduit à leur élaboration, afin d'en assurer la rigueur et la validité. Le document situe par ailleurs ces travaux par rapport aux approches internationales, qu'il s'agisse des modèles centrés sur la valeur en santé ou des cadres plus larges d'évaluation de la performance. Enfin, il décrit les dimensions et sous-dimensions du concept de valeur, accompagnées d'exemples d'indicateurs ou de mesures illustrant comment ce modèle peut être utilisé pour évaluer la valeur générée par le système de santé et de services sociaux du Québec.

1.4 PLAN DU DOCUMENT

Le document est structuré pour guider progressivement le lecteur depuis les fondements conceptuels jusqu'à l'opérationnalisation concrète du modèle d'évaluation de la valeur. La première section décrit la méthodologie employée, incluant la revue de littérature, la participation citoyenne et les consultations d'experts ayant soutenu la définition de la valeur. La section suivante présente les résultats des consultations citoyennes et de l'analyse critique de la littérature, ainsi que le processus d'intégration de ces différentes perspectives. Le document expose ensuite la construction du modèle d'évaluation, ses dimensions et sous-dimensions, ainsi que leurs liens avec les approches existantes et avec l'évaluation de la performance du système.

2. LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DU COMMISSAIRE : CONCEPTUALISATION ET OPÉRATIONNALISATION DE LA VALEUR

2.1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE

La démarche méthodologique adoptée par le Commissaire vise avant tout le développement conceptuel et l'opérationnalisation de l'évaluation de la valeur appliquée au système de santé et de services sociaux. La valeur est considérée comme un construit abstrait, non directement observable dans la réalité (Kaplan, 1964; Babbie, 1994), qui nécessite un travail systématique de conceptualisation afin d'être traduite en dimensions et sous-dimensions mesurables permettant son évaluation.

Cette démarche de conceptualisation repose sur quatre volets complémentaires :

1. **Le volet expérientiel** : Fondé sur des consultations citoyennes, il permet d'identifier les priorités jugées essentielles par la population;
2. **Le volet scientifique** : Basé sur des revues de littérature et l'analyse de cadres d'évaluation existants, il fournit les fondements conceptuels et scientifiques pour définir et structurer la valeur;

3. **Le volet intégration et conception** : Il repose sur des consultations d'experts et suit une approche itérative visant à mettre en dialogue les perspectives citoyenne et scientifique. Il permet d'ajuster, de préciser et de consolider la définition conceptuelle ainsi que le modèle d'évaluation de la valeur;
4. **Le volet validation** : Fondé sur des consultations d'experts, des délibérations éthiques et une analyse du cadre légal et normatif québécois structurant le système de santé et de services sociaux, il permet d'enrichir et de valider la conceptualisation.

L'ensemble de ces étapes garantit que l'évaluation de la valeur repose sur des bases scientifiques solides, qu'elle soit alignée sur les priorités populationnelles et sociétales, et qu'elle génère des résultats fiables et pertinents pour soutenir la prise de décision.

2.2 VOLET EXPÉRIENTIEL : CONSULTATIONS CITOYENNES

Le point de départ de ce développement conceptuel repose sur les consultations citoyennes, considérées comme l'ancrage fondamental de la définition de la valeur. Celles-ci visaient à identifier les priorités de la population à l'égard du système de santé et de services sociaux.

Dans un premier temps, des groupes nominaux ont permis de faire émerger les priorités perçues par les citoyennes et citoyens. Ces résultats ont ensuite servi à l'élaboration d'un questionnaire pour un sondage populationnel, dont l'objectif était de vérifier dans quelle mesure ces priorités reflétaient celles de l'ensemble de la population québécoise. Cette étape a permis de dégager un noyau de priorités citoyennes constituant la base empirique initiale du concept de valeur.

2.2.1 Groupes nominaux

Le Commissaire a mené à l'automne 2023 des consultations par groupes nominaux, qui ont permis de recueillir, de discuter et de hiérarchiser les attentes de la population et des personnes usagères du système. Cette approche de discussion structurée, de type délibératif, en petits groupes, permet de dégager un consensus sur une question d'intérêt. Fondée sur une méthodologie éprouvée, elle favorise la prise en compte équitable de l'ensemble des points de vue, permettant de parvenir à un accord, même sur des enjeux complexes. Elle est souvent employée pour établir des priorités en matière de soins de santé et de recherche (Rankin et al., 2016).

DÉROULEMENT DES CONSULTATIONS

Les consultations ont été menées auprès de sept groupes d'une dizaine de personnes – citoyens, citoyennes, usagers, usagères, professionnels et professionnelles de la santé. Les groupes, dont les rencontres ont été tenues en présentiel et animées par un consultant expert, ont été invités à réfléchir à la question suivante : « Qu'est-ce qu'un bon système de santé et de services sociaux, un bon hôpital, un bon médecin, une bonne infirmière, etc., et qu'est-ce qui est important pour les patients et la population ? ».

Le déroulement des consultations s'est articulé en plusieurs étapes inspirées de la méthode du *Nominal Group Technique* (Delbecq et al., 1975). Les participantes et participants ont d'abord formulé individuellement des attentes, puis les ont partagées en groupe lors de plusieurs tours de table, chacun offrant à tour de rôle la possibilité de mentionner une attente à la fois. Cette mise en commun a donné lieu à une discussion visant à clarifier, à regrouper et à préciser les propositions, tout en permettant aux personnes participantes d'exposer leurs arguments et d'en débattre. Enfin, deux tours de vote successifs – l'un individuel et silencieux, puis l'autre à l'aide d'un mécanisme de répartition de ressources simulées (les participantes et participants disposaient de billets de type « argent Monopoly » à distribuer entre les attentes selon leur importance) – ont permis de classer les attentes selon leur importance relative. Ce processus a permis de recueillir, de discuter et de hiérarchiser les attentes des participantes et participants, tout en favorisant un consensus éclairé sur leurs priorités.

RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS

Les personnes participantes ont été recrutées par deux voies complémentaires. D'abord, **les membres du Forum de consultation du Commissaire** ont été mobilisés pour constituer deux groupes : un groupe de quinze citoyennes et citoyens et un groupe de neuf expertes et experts, provenant de diverses régions et professions, incluant des universitaires, des professionnelles et professionnels de la santé, des gestionnaires ainsi que des spécialistes en éthique et en méthodologie.

Par ailleurs, le Commissaire a mandaté l'Institut du Nouveau Monde (INM) pour recruter cinq groupes d'environ dix personnes chacun : deux groupes de citoyennes et citoyens, deux groupes d'usagères et usagers et un groupe de professionnelles et professionnels de la santé. Un groupe de médecins prévu a été annulé en raison du faible nombre d'inscriptions. Les groupes recrutés par l'INM ont été rencontrés dans différentes régions du Québec : Québec, Montréal, Rimouski et Gatineau.

Les personnes participantes ont été sélectionnées pour assurer une diversité sociodémographique et socioéconomique, en tenant compte du sexe, de l'âge, du revenu, du niveau d'études, de l'occupation et de l'appartenance à une communauté ethnoculturelle ou aux Premières Nations et Inuit. Les critères d'admissibilité variaient selon le profil : les citoyennes, citoyens, usagères et usagers devaient avoir 18 ans ou plus et résider au Québec depuis au moins deux ans; les usagères et usagers devaient utiliser fréquemment le système (pour eux-mêmes ou pour un proche) et posséder une connaissance de base du réseau; les professionnelles et professionnels de la santé devaient avoir au moins dix ans d'expérience pertinente dans le réseau; tous devaient maîtriser le français.

Ces démarches ont permis de constituer des groupes variés et équilibrés visant non pas la représentativité statistique, mais la prise en compte d'une diversité maximale de points de vue sur les priorités concernant le système de santé et de services sociaux.

Les résultats issus de ces consultations par groupes nominaux (voir l'annexe 1) ont servi de fondement à l'élaboration d'un questionnaire utilisé pour mener un sondage populationnel.

2.2.2 Sondage

Le sondage populationnel a permis de transformer les attentes et priorités identifiées par les groupes nominaux en items mesurables et de les quantifier à grande échelle. Il visait à confirmer les dimensions dégagées par ces groupes, à évaluer leur importance relative selon la population québécoise et à documenter l'écart entre les priorités déclarées et les perceptions du fonctionnement actuel du système. Les résultats du sondage et ceux de la recherche documentaire ont formé les deux piliers d'une triangulation méthodologique menée par des experts, qui a permis de définir le concept de valeur adopté par le Commissaire.

COLLECTE DES DONNÉES ET QUESTIONNAIRE

Un sondage Web a été réalisé à l'hiver 2024 auprès de 4603 répondantes et répondants âgés de 18 ans et plus répartis dans les différentes régions du Québec (CSBE, 2026). La collecte de données a été effectuée par la firme Léger du 17 mars au 22 avril 2024. Les personnes sondées devaient pouvoir s'exprimer en français ou en anglais et ont été recrutées aléatoirement à l'aide d'un panel en ligne. Les résultats ont été pondérés selon l'âge, le sexe, la région et le niveau de scolarité afin de se rapprocher d'un échantillon représentatif de la population à l'étude.

Le questionnaire², conçu par l'équipe du Commissaire en collaboration avec le consultant expert ayant animé les groupes nominaux, comprenait 39 items répartis en 13 dimensions. Ces items ont été élaborés à partir des résultats issus de ces consultations, puis enrichis à l'aide de la littérature et de questionnaires existants afin d'intégrer notamment des aspects couramment mesurés pour documenter les attentes et l'expérience de soins. Pour assurer la validité de contenu, la plupart des dimensions étaient composées de plusieurs items, chacun reflétant une facette spécifique de la dimension mesurée. Les questions suivantes étaient posées aux répondantes et répondants pour chacun des items :

1. Selon vous, quel niveau de priorité devrait-on accorder à cet aspect du système de santé et de services sociaux? *Indiquer le niveau de priorité sur une échelle de 1 à 10, où 1 signifie « non prioritaire » et 10 très prioritaire ».*
2. En vous référant aux interactions que vous avez récemment eues avec le système de santé et de services sociaux, pour vous-même ou pour un proche, diriez-vous que... *Sur une échelle de 1 à 10, indiquer si vous êtes en accord avec les énoncés suivants, où 1 signifie que vous êtes « tout à fait en désaccord » et 10 signifie que vous êtes « tout à fait en accord ».*

2.3 VOLET SCIENTIFIQUE : REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRES EXISTANTS

2.3.1 Définition du concept de valeur

Dans un second temps, le développement conceptuel de la valeur s'est appuyé sur une démarche structurée de revue ciblée de littérature menée en deux étapes complémentaires.

2 Pour plus d'informations sur les questions composant ce sondage, consultez cette publication : [Quelles sont les priorités et les perceptions de la population québécoise à l'égard du système de santé et de services sociaux? – Résultats d'un sondage réalisé en 2024 auprès de plus de 4600 répondants \(CSBE, 2026\).](#)

La première revue de littérature avait pour objectif de fournir le socle théorique et conceptuel pour définir le concept de valeur en s'appuyant sur des écrits scientifiques sur la valeur en santé, des cadres théoriques existants et des travaux portant sur l'évaluation des systèmes de santé. Cette étape a permis de répertorier les principales définitions du concept, les fondements épistémologiques sous-jacents et les éléments constitutifs récurrents mobilisés dans les travaux antérieurs. Elle a permis d'explorer les fondements de la valeur et de les situer dans le contexte des approches en évaluation de systèmes de santé. Elle a servi de base à l'élaboration d'une définition conceptuelle de la valeur adaptée au contexte du système de santé et de services sociaux.

Cette revue est particulièrement pertinente puisque le concept de valeur est théoriquement imbriqué avec d'autres notions – telles que la qualité, la performance, l'efficience et le *Value for Money* – dont les frontières et les composantes ne sont pas toujours clairement définies. Pour bien conceptualiser et opérationnaliser la valeur dans le cadre du système de santé et de services sociaux, il est essentiel de la positionner par rapport à ces concepts préexistants, afin d'identifier avec précision ses composantes et ses limites, même lorsque certains éléments se recoupent.

La revue de littérature s'est appuyée sur 19 sources principales, comprenant publications scientifiques, chapitres de livres et littérature grise, et elle a été réalisée selon la structure présentée dans le tableau ci-dessous.

Synthèse de la revue de littérature portant sur le concept de valeur

Étape de la revue	Sources et contenu
1. Évolution du concept de valeur en santé	- Étude des écrits fondateurs sur le <i>Value-Based Health Care</i> (VBHC) - Revue des approches élargissant le concept à un niveau systémique
2. Fondements conceptuels et théoriques de la valeur	- Étude du concept de <i>Value for Money</i> - Étude des écrits en évaluation et en philosophie pour comprendre les types de valeur et leur application à l'évaluation de systèmes de santé - Recherche documentaire sur la qualité pour explorer les liens avec le concept de valeur - Distinction conceptuelle entre valeur, performance et efficience
3. Synthèse et intégration	Intégration des différentes perspectives pour dégager les principaux éléments à considérer dans l'évaluation de la valeur d'un système de santé

2.3.2 Structuration des dimensions et sous-dimensions

La seconde revue ciblée de littérature visait ensuite à opérationnaliser le concept de valeur en identifiant les dimensions, sous-dimensions et concepts associés. Cette étape s'est appuyée sur une analyse ciblée des cadres de la performance des systèmes de santé et d'autres écrits scientifiques pertinents. Une analyse de contenu de ces cadres et écrits a permis de structurer les dimensions de la valeur, de construire les sous-dimensions qui les composent et d'en préciser les définitions, y compris pour certaines dimensions n'ayant pas été explicitement nommées lors des consultations citoyennes.

L'analyse comparative des cadres internationaux d'évaluation de la performance des systèmes de santé publiés portait sur la période 2003 à 2025. Cette dernière avait pour objectif d'identifier les dimensions susceptibles d'éclairer l'évaluation de la valeur produite par le système de santé et de services sociaux. Les dimensions et sous-dimensions ont été retenues lorsqu'elles présentaient un lien explicite avec les résultats du système, étaient largement documentées dans la littérature internationale ou reconnues par des organismes de référence, et s'inscrivaient dans une perspective systémique. Les cadres retenus incluaient des cadres institutionnels (ICIS, 2013; MSSS, 2012; Murray et Evans, 2003; OCDE, 2024), des cadres élaborés par des organismes spécialisés (KCE, 2023) ainsi que des propositions issues de la littérature scientifique (Champagne et al, 2005; Lévesque et al., 2020; Papanicolas et al., 2022; Rajan et al., 2023).

2.4 VOLET INTÉGRATION ET CONCEPTION

Les résultats issus des consultations citoyennes et des deux revues de littérature ont été soumis à des consultations d'experts dans une démarche d'intégration des sources, afin de mettre en dialogue la perspective citoyenne et l'ancrage scientifique.

L'objectif de ces consultations était de s'assurer du respect des critères méthodologiques suivants :

- Validité de contenu : l'ensemble des dimensions et sous-dimensions couvre de manière exhaustive les résultats jugés prioritaires et essentiels pour la population et la société, tels qu'identifiés à travers les consultations citoyennes et la littérature scientifique;
- Validité conceptuelle et théorique : la définition de la valeur, ses dimensions et sous-dimensions correspondent à la notion de valeur dans le contexte des systèmes de santé, et les définitions retenues rendent fidèlement compte des concepts qu'elles visent à opérationnaliser, sans omission ni confusion conceptuelle.

Les experts ont été sollicités afin d'examiner la pertinence des dimensions et sous-dimensions proposées, la clarté de leurs définitions et la cohérence des relations entre les concepts, en tenant compte des priorités identifiées par la population. Ce processus s'est déroulé de manière itérative, permettant d'ajuster, de préciser et de consolider la définition conceptuelle et le cadre d'évaluation de la valeur à la lumière des échanges, tout en revenant de façon systématique aux écrits fondateurs et aux cadres théoriques existants.

2.5 VOILET VALIDATION : FORUM DE CONSULTATION ET ANALYSE NORMATIVE

Un processus de délibération éthique (CSBE, s. d.) a été mené afin de valider l'alignement des dimensions proposées dans le modèle d'évaluation de la valeur avec les valeurs fondamentales de la société québécoise. Ce processus a impliqué une consultation (3 séances, 6 jours) réalisée avec les membres du Forum de consultation 2022-2025 du Commissaire, composé de 17 citoyennes et citoyens venant de différentes régions du Québec (seules les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James n'étaient pas représentées) et de 9 personnes expertes de domaines liés à la santé et au bien-être.

Finalement, une analyse du cadre légal et normatif québécois a été réalisée. Cette analyse visait à déterminer dans quelle mesure les lois, politiques et instruments normatifs qui structurent le système de santé et de services sociaux reflètent les dimensions de valeur préalablement validées. Autrement dit, le cadre légal est mobilisé comme un baromètre institutionnel, permettant d'apprécier la concordance entre les valeurs jugées importantes pour la société québécoise et leur traduction dans les structures normatives qui organisent l'action publique.

Ce processus a ainsi contribué à assurer l'ancrage sociétal et la légitimité normative du modèle d'évaluation proposé par le Commissaire en favorisant une cohérence entre les valeurs sociales, les connaissances scientifiques et les cadres institutionnels qui structurent l'action publique.

3. RÉSULTATS DES CONSULTATIONS CITOYENNES ET DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

3.1 CONSULTATIONS AUPRÈS DE LA POPULATION : GROUPES NOMINAUX ET SONDAGE

Les consultations citoyennes réalisées à l'aide de groupes nominaux ont servi à identifier les attentes de la population ainsi que les différents items à inclure dans le sondage. Celui-ci a ensuite servi à mesurer l'importance relative de ces attentes et à les hiérarchiser par ordre de priorité (pour plus d'informations sur ces résultats, consultez l'annexe 1). Les résultats issus de ces consultations ont également contribué à valider et à ajuster les dimensions proposées dans l'approche conceptuelle, en s'assurant qu'elles reflètent à la fois ce qui est jugé important par la population et les orientations issues de la littérature scientifique.

Il en ressort que toutes les dimensions évaluées dans le sondage sont jugées importantes par les personnes sondées. Trois d'entre elles affichent des niveaux moyens de priorité de 9 sur 10 et plus : l'efficacité des soins et services, la qualité des soins et l'accessibilité en temps opportun. Ces constats confirment ou complètent les priorités identifiées dans les groupes nominaux, offrant un aperçu clair des attentes de la population à l'égard du système de santé et de services sociaux.

Niveau moyen de priorité



Le **niveau moyen de priorité** est calculé en faisant la moyenne des résultats obtenus aux différents items composant une dimension à partir de la question suivante (sur une échelle de 1 à 10) :

Selon vous, quel niveau de priorité devrait-on accorder aux aspects suivants du système de santé et de services sociaux? (1 signifie « non prioritaire » et 10 « très prioritaire »).

3.2 SYNTHÈSE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Le développement de l'approche conceptuelle de la valeur du Commissaire s'appuie sur une revue ciblée de littérature organisée selon deux axes complémentaires :

1. L'évolution du concept de valeur en santé, depuis les écrits fondateurs sur le *Value-Based Health Care* (VBHC) jusqu'aux approches systémiques européennes et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS);
2. Les fondements théoriques et conceptuels de la valeur, permettant de clarifier et de distinguer des notions souvent confondues ou utilisées de manière interchangeable, telles que le *Value for Money*, la qualité, l'efficience et la performance.

Cette analyse ciblée de la littérature, reposant sur des sources de référence largement reconnues, visait à clarifier le concept de valeur, à en préciser les composantes essentielles et à évaluer la pertinence des cadres existants pour guider la construction d'un modèle adapté au système québécois.

3.2.1 Évolution du concept de valeur en santé

Le concept de valeur en santé a considérablement évolué au cours des dernières décennies. Initialement envisagé sous un angle clinique ou organisationnel, il a progressivement été élargi par des initiatives européennes et de l'OMS à une perspective systémique, prenant en compte l'ensemble des fonctions et des actions d'un système de santé.

LE *VALUE-BASED HEALTH CARE* (VBHC)

Dans les années 2000, Porter et Teisberg (2004; 2006) ont introduit le concept de valeur en santé, définie comme les résultats de santé qui comptent pour les patients, par rapport aux coûts nécessaires pour les obtenir, et mesurés sur l'ensemble du cycle de soins d'une condition clinique. Cette approche a progressivement été désignée sous le terme de *Value-Based Health Care* (VBHC) et s'inscrit dans une logique visant à améliorer les résultats pour les patients, à optimiser l'utilisation des ressources et, dans le contexte des États-Unis, à renforcer la concurrence entre dispensateurs de services privés pour soutenir l'efficience et la performance du système.

Le VBHC a contribué à recentrer l'évaluation sur l'expérience clinique et les mesures rapportées par les patients – notamment les *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) et les *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs)³ – et a inspiré certaines réformes organisationnelles et certains modèles de paiement aux États-Unis, visant à mieux aligner les incitatifs sur l'amélioration des résultats pour les patients et la maîtrise des coûts (Burwell, 2015; McClellan et al., 2017; NAM, 2017; Porter, 2010).

Limites

L'approche proposée par Porter et Teisberg demeure principalement centrée sur les soins curatifs et sur les résultats individuels des interventions cliniques. Elle est donc d'une utilité limitée pour l'évaluation de la valeur des organisations et des systèmes de santé, notamment parce qu'elle ne permet pas de considérer pleinement les actions de santé publique et les résultats à l'échelle populationnelle.

De plus, la conceptualisation de la qualité et de la performance dans le VBHC demeure incomplète, puisque l'approche tend à confondre le concept de valeur avec celui d'efficacité et ne distingue pas clairement les notions de résultats, de qualité et de production des services, ce qui entretient une ambiguïté conceptuelle. Cette ambiguïté complique l'opérationnalisation de l'évaluation et restreint la portée du VBHC lorsqu'il s'agit d'analyser la performance d'un système de santé complexe, intégré et universel.

Ce qu'en retient le Commissaire

Le Commissaire reconnaît que le concept de *Value-Based Health Care* (VBHC) a permis de recentrer l'évaluation sur les résultats cliniques et l'expérience des patients, et d'insister sur l'importance de l'efficacité. Toutefois, en raison de sa vision étroite centrée sur les soins individuels et les résultats cliniques, cette approche est insuffisante pour évaluer la valeur à l'échelle d'un système de santé universel et complexe. Le Commissaire retient donc les éléments utiles, notamment la prise en compte des résultats qui comptent pour les personnes et la considération de l'efficacité, tout en reconnaissant la nécessité d'élargir son modèle pour intégrer une perspective systémique incluant la santé publique et les résultats populationnels, ainsi qu'une conceptualisation complète de la qualité et de la performance.

3 Pour plus d'information sur les PROMs et les PREMs, veuillez consulter le rapport produit à la demande du Commissaire, qui a mandaté une équipe de chercheurs afin d'analyser les systèmes de collecte de données incluant les PROMs et les PREMs pour soutenir une prise de décision axée sur la valeur (Roux-Levy et Poitras, 2024).

LES CADRES TRIPLE, QUADRUPLE ET QUINTUPLE AIM

Les cadres stratégiques *Triple Aim* (Berwick et al., 2008), *Quadruple Aim* (Bodenheimer et Sinsky, 2014) et *Quintuple Aim* (Nundy et al., 2022) ont été développés aux États-Unis pour guider l'amélioration des systèmes de soins. Chacun de ces cadres souligne que l'amélioration du système requiert la poursuite simultanée de plusieurs objectifs interdépendants, plutôt que l'optimisation d'un seul aspect :

- *Triple Aim* : amélioration de l'état de santé de la population, amélioration de l'expérience des soins, réduction des coûts de santé;
- *Quadruple Aim* : ajout du bien-être des professionnels de santé;
- *Quintuple Aim* : ajout de la promotion de l'équité et de la réduction des disparités.

Bien que les auteurs n'utilisent pas formellement le terme de « valeur » comme le fait le *Value-Based Health Care* (VBHC) de Porter et Teisberg, ces cadres se rapprochent conceptuellement de cette idée en cherchant à optimiser simultanément les résultats pour la population, l'expérience des soins et l'efficacité. Ils fournissent ainsi un cadre stratégique pour organiser et prioriser les actions et politiques de santé, en intégrant les dimensions techniques, organisationnelles et humaines du système.

Limites

Malgré leur intérêt stratégique, les cadres *Triple*, *Quadruple* et *Quintuple Aim* présentent certaines limites. D'abord, bien qu'ils proposent des dimensions structurantes, celles-ci demeurent peu détaillées sur le plan conceptuel et ne sont pas systématiquement déclinées en sous-dimensions, ce qui peut en faire des catégories larges dont le contenu et les frontières varient selon les interprétations. Ensuite, ces dimensions ne sont pas issues d'une démarche structurée de consultation visant à assurer leur ancrage dans les priorités de la population. Enfin, ces cadres ne couvrent pas explicitement les enjeux liés à la pérennité du système, notamment dans une perspective intergénérationnelle, alors que cette question constitue une préoccupation centrale pour les systèmes publics universels contemporains.

Ce qu'en retient le Commissaire

L'examen des cadres *Triple*, *Quadruple* et *Quintuple Aim* permet de retenir certaines dimensions importantes pour l'évaluation de la valeur, tout en conduisant le Commissaire à élargir son modèle pour intégrer des résultats jugés essentiels pour la société dans son ensemble. Le Commissaire adopte également une approche conceptuelle fondée sur la littérature scientifique et sur les priorités exprimées par la population, visant à développer un modèle non seulement rigoureux sur le plan théorique, mais également conçu pour être opérationnel et applicable dans la pratique.

PERSPECTIVE EUROPÉENNE

Depuis quelques années, plusieurs travaux menés au sein de l'Union européenne et inspirés notamment par les réflexions de Muir Gray (2015; Gray et al., 2017) ont cherché à élargir la notion de *Value-Based Health Care* au-delà de son interprétation états-unienne centrée sur les résultats cliniques pour un patient donné. Ces auteurs soutiennent que cette conception étroite ne reflète pas les valeurs ni le fonctionnement des systèmes de santé universels.

En 2019, le *European Commission Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health* (EXPH) a ainsi proposé une définition plus englobante de la valeur, structurée autour de quatre dimensions complémentaires : la valeur personnelle (atteinte des objectifs propres aux personnes), la valeur technique (meilleurs résultats possibles compte tenu des ressources), la valeur allocative (distribution équitable des ressources entre les groupes) et la valeur sociétale (contribution du système à la participation sociale et à la cohésion) (EXPH, 2019).

En s'inspirant des travaux de cette commission, l'Observatoire européen sur les systèmes et politiques de santé a proposé en 2020 de passer d'une approche centrée sur les soins (*Value-Based Health Care* – VBHC) à une perspective systémique (*Value-Based Health System* – VBHS). Cette conception élargie définit la valeur comme la contribution du système de santé au bien-être collectif, en mettant l'accent sur les objectifs fondamentaux des systèmes universels : amélioration de la santé, réactivité, protection financière, équité et efficience. Elle reconnaît également le rôle de la santé publique et la nécessité d'une action intersectorielle sur les déterminants de la santé (Smith et al., 2020).

Dans la foulée des travaux de l'Observatoire européen, l'OMS a ensuite souligné, en 2021, qu'une véritable approche fondée sur la valeur doit dépasser la logique du *Value for Money* pour intégrer ce qui importe réellement aux personnes, aux familles et aux communautés, plaçant ainsi leurs besoins et leurs valeurs au centre des services (WHO, 2021).

Limites

Malgré l'ouverture vers une perspective systémique, l'opérationnalisation de ces travaux reste limitée : les piliers ou objectifs proposés sont définis à un niveau stratégique élevé et fournissent peu d'indications sur la manière de les mesurer. De plus, même si certains cadres reconnaissent l'importance des valeurs personnelles et sociétales, ils ne reposent généralement pas sur des processus participatifs structurés permettant d'identifier ce qui compte réellement pour les personnes et les communautés locales.

Il faut également souligner que ces modèles, malgré l'ambition d'aborder la valeur, demeurent très proches des cadres d'évaluation de la performance existants, notamment celui de Murray et Frenk (2000). Ils tendent ainsi à reproduire une logique axée sur les objectifs globaux du système plutôt que de proposer un véritable renouvellement conceptuel et méthodologique centré sur la valeur telle que vécue et perçue par la population.

Ce qu'en retient le Commissaire

Ces travaux fournissent des repères essentiels pour élaborer un cadre systémique de la valeur. Ils mettent en évidence l'importance de prendre en compte simultanément la performance technique, l'équité, la protection financière, la réactivité et les retombées sociétales plus larges. Ils confirment également que la valeur d'un système de santé doit se définir à la fois par les résultats individuels et par sa contribution globale au bien-être collectif.

Le cadre développé par le Commissaire s'inspire de ces avancées, tout en les dépassant sur trois points clés :

1. L'intégration systématique du point de vue des usagers, des usagères et de la population;
2. L'ajout de dimensions importantes pour la société québécoise dans son ensemble, notamment en lien avec la pérennité du système et la protection sociale;
3. La mise en place d'un modèle véritablement opérationnel, permettant une évaluation concrète et continue de la valeur générée par le système.

3.2.2 Fondements conceptuels et théoriques de la valeur

LE VALUE FOR MONEY

En administration publique, l'approche *Value for Money* (VfM) place la valeur au cœur de l'utilisation optimale des fonds publics (Smith, 2009). Développée notamment par le National Audit Office (NAO) au Royaume-Uni (NAO, 2011), cette approche repose sur trois critères centraux visant à apprécier la valeur générée par les dépenses gouvernementales : l'économie (minimiser les coûts des ressources), l'efficacité (optimiser la relation entre les ressources mobilisées et les services produits) et l'efficacités (atteindre les résultats visés et comprendre l'écart entre les résultats attendus et ceux observés) (Glynn, 1985). Ensemble, ces critères permettent d'évaluer dans quelle mesure les ressources sont utilisées de façon optimale pour générer les résultats souhaités – c'est-à-dire la valeur obtenue pour l'argent public investi. À ces trois « E » (économie, efficacité, efficacité), certains ajoutent un quatrième, l'équité, qui vise à s'assurer que les services rejoignent réellement toutes les personnes auxquelles ils sont destinés (Norman-Major, 2011; Wooldridge et Bilharz, 2017).

Ce qu'en retient le Commissaire

Pour le développement du cadre de valeur du Commissaire, l'approche VfM apporte des éléments pertinents : elle rappelle l'importance d'une utilisation responsable et efficace des ressources publiques, de l'atteinte des résultats et de la prise en compte des écarts entre objectifs et réalisations. Ces principes sont intégrés dans notre réflexion, notamment dans les dimensions liées à l'efficacité et à la viabilité. Toutefois, notre cadre s'en distingue en élargissant la notion de valeur au-delà de la seule optimisation des ressources, pour inclure les résultats essentiels pour la société québécoise, dans une perspective systémique et multidimensionnelle. Ainsi, la pérennité du système public de santé et de services sociaux de même que la protection sociale sont considérées comme des résultats clés.

LA VALEUR EN ÉVALUATION ET EN PHILOSOPHIE

La notion de valeur est au cœur du concept d'évaluation. Selon Michael Scriven (1991), évaluer consiste à « déterminer la valeur des choses », idée reprise par Champagne et al. (2011), pour qui évaluer, c'est porter un jugement de valeur sur une intervention, qu'il s'agisse d'une pratique, d'un programme, d'une organisation ou d'un système.

En philosophie, comme le souligne Frankena (1967), la valeur a été abordée sous plusieurs angles : utilitaire, instrumentale, intrinsèque, technique, contributive et morale. Elle peut aussi se référer aux valeurs que l'on défend ou promeut (valeurs démocratiques, conservatrices, de parties prenantes), ce qui implique que la valeur est souvent relative aux perspectives et aux priorités des acteurs. Frankena recommande d'utiliser les termes avec précision pour éviter les ambiguïtés.

Dans le domaine de l'évaluation, Schwandt (2005) distingue trois types de valeur : esthétique, morale et utilitaire ou instrumentale. Scriven (1991), quant à lui, définit la valeur selon trois dimensions : le mérite (valeur intrinsèque), le *worth* (valeur extrinsèque liée à d'autres intérêts) et le succès (atteinte des objectifs). Guba et Lincoln (1981) reprennent cette distinction en précisant que le mérite est indépendant du contexte, tandis que le *worth* dépend du contexte et de l'utilité pratique.

Dans le contexte québécois, l'INESSS (2021) définit l'appréciation de la valeur comme un jugement porté sur la contribution d'une intervention aux finalités du système de santé et de services sociaux. Cette appréciation repose sur cinq dimensions complémentaires – clinique, populationnelle, économique, organisationnelle et socioculturelle – auxquelles s'ajoutent des aspects transversaux, éthiques et environnementaux, considérés à travers l'ensemble des dimensions.

Ce qu'en retient le Commissaire

Cette analyse de la littérature montre que la valeur est un concept multidimensionnel, combinant des aspects intrinsèques, tels que le mérite, la qualité et les effets directs sur les individus, ainsi que des aspects extrinsèques, incluant l'utilité pratique et les effets sur le système et la société. Pour le Commissaire, il est essentiel que le modèle conceptuel d'évaluation de la valeur permette de porter un jugement structuré sur le système de santé et de services sociaux, en tenant compte des résultats ayant un impact sur les individus, la population et la société québécoise dans son ensemble. Il doit également refléter la multidimensionnalité de la valeur (clinique, populationnelle, économique, organisationnelle et sociétale), s'appuyer sur des repères existants pour assurer la rigueur de l'évaluation, être opérationnalisable en se basant des concepts mesurables et pertinents, et tenir compte des priorités de la population et de la société.

LE LIEN ENTRE VALEUR ET QUALITÉ

Depuis plusieurs décennies, le concept de qualité en santé a été utilisé de manière floue et polysémique, à l'instar du concept de valeur aujourd'hui. Cette difficulté à définir la qualité est bien illustrée par l'œuvre du philosophe Robert Pirsig (1974), pour qui la qualité est omniprésente dans l'expérience humaine, reconnue intuitivement, mais difficilement définissable intellectuellement. Des considérations similaires s'appliquent au concept de valeur, qui partage ce caractère perceptuel et fondamental, et demeure difficile à circonscrire.

Dans le domaine de la gestion, Reeves et Bednar (1994) montrent également que la qualité ne possède pas de définition universelle : elle peut signifier excellence, valeur, conformité aux spécifications ou conformité aux attentes, selon les contextes. Cette diversité d'interprétations a longtemps nui à la précision conceptuelle du terme.

En santé, les travaux fondateurs de Donabedian (1988) ont clarifié les dimensions de la qualité et son lien avec l'efficacité. Il distingue notamment :

- La qualité technique : application optimale des connaissances et des technologies pour maximiser les bénéfices et minimiser les risques. Elle repose sur :
 - la pertinence des soins (choix des bonnes actions),
 - la compétence d'exécution (réalisation appropriée de ces actions);
- La qualité interpersonnelle : conformité aux valeurs, attentes et normes sociales qui régissent la relation personne soignante–personne soignée (respect, confidentialité, empathie, honnêteté, etc.). Elle est essentielle puisqu'elle conditionne la mise en œuvre de la qualité technique.

Ces éléments ont ensuite été repris et consolidés par Champagne et al. (2011), qui définissent la qualité en santé comme un ensemble d'attributs du processus de soins permettant d'obtenir le meilleur résultat possible selon les connaissances scientifiques, les normes professionnelles et les attentes sociales. Cette définition inclut des dimensions techniques (sécurité, pertinence, conformité), organisationnelles (accessibilité, continuité, globalité) et relationnelles (aspects humains et soins centrés sur la personne).

Ce qu'en retient le Commissaire

La réflexion sur la qualité montre que le concept de valeur nécessite lui aussi une définition claire pour être utile en évaluation. Les travaux sur la qualité éclairent certaines composantes de la valeur – notamment la pertinence, la sécurité et les interactions humaines –, mais ne couvrent pas l'ensemble des résultats importants pour la population.

Pour le Commissaire, la valeur va au-delà de la qualité : elle renvoie à la contribution globale du système aux résultats qui comptent pour la population et pour la société dans son ensemble. La qualité fait partie des mécanismes produisant la valeur, mais ne la définit pas.

DISTINCTION CONCEPTUELLE ENTRE VALEUR, PERFORMANCE ET EFFICIENCE

Notre revue de littérature montre que les notions de performance, de valeur et d'efficacité sont souvent utilisées de manière interchangeable, alors qu'elles renvoient à des réalités conceptuellement distinctes. Clarifier leurs relations est essentiel afin d'évaluer un système de santé de manière cohérente. Dans notre approche, nous proposons la distinction suivante :

1. La performance : la manière dont le système produit des résultats

La **performance** du système de santé et de services sociaux correspond à sa capacité à réaliser ses missions et ses objectifs, en mobilisant ses ressources, ses processus et ses structures de manière optimale pour produire les résultats attendus. Il s'agit d'un concept multidimensionnel dont l'évaluation porte à la fois sur les résultats produits et sur le fonctionnement global du système, c'est-à-dire la manière dont ses composantes interagissent pour atteindre ces résultats.

La performance joue un rôle central dans la compréhension, l'amélioration et la gouvernance du système, en orientant l'action publique et en rendant compte du fonctionnement global.

2. La valeur : la capacité du système à produire des résultats importants pour la population

La valeur du système de santé et de services sociaux correspond à l'ensemble des résultats importants pour la population, obtenus par le système, en tenant compte des ressources utilisées et des valeurs de la société.

La valeur introduit une dimension normative : elle ne se limite pas à la production de résultats, mais porte sur leur pertinence sociale et leur contribution au bien commun. Elle permet de vérifier si la performance du système est alignée sur des finalités reconnues comme souhaitables collectivement, incluant à la fois les priorités de la population et les résultats systémiques importants pour la société. Ainsi, un système peut être performant selon les standards établis et les meilleures pratiques, sans pour autant générer de la valeur. À l'inverse, un système dont les actions et les résultats sont alignés sur ces priorités est plus susceptible de susciter la confiance de la population et de renforcer sa légitimité sociale.

3. L'efficacité : une dimension de la performance et de la valeur

L'efficacité correspond à la capacité du système de santé et de services sociaux à obtenir le meilleur niveau de résultats de santé et de bien-être compte tenu des ressources financières mobilisées. Elle suppose une utilisation optimale des ressources financières à chaque étape de la production de soins et de services afin de maximiser les résultats obtenus.

L'efficacité constitue une dimension centrale à la fois de la performance et de la valeur, mais elle ne suffit pas à elle seule à définir un bon système.

Tableau synthèse des concepts

Concept	Définition synthétique	Question centrale	Rôle dans l'action publique
Performance	Manière dont le système réalise ses missions et produit des résultats	Le système fonctionne-t-il bien et atteint-il les résultats attendus?	Informar et guider l'action publique en s'appuyant sur le fonctionnement et les résultats du système
Valeur	Capacité du système à produire les résultats importants pour la population et la société	Le système produit-il les résultats qui comptent pour la population et la société?	Orienter les décisions et guider l'action publique en s'appuyant sur les priorités de la population et les valeurs de la société
Efficacité	Utilisation optimale des ressources pour produire des résultats	Les ressources mobilisées permettent-elles de maximiser les résultats obtenus?	Soutenir les décisions publiques pour maximiser l'impact des ressources mobilisées

Ce qu'en retient le Commissaire

Pour le Commissaire, la performance et la valeur sont des concepts distincts, mais étroitement liés. La performance renseigne sur le fonctionnement du système et sur les résultats qu'il produit, tandis que la valeur permet

d'apprécier si le système génère les résultats importants pour la population et la société. Les deux concepts se renforcent mutuellement : les mesures de performance prennent tout leur sens lorsqu'elles sont alignées sur les priorités et les valeurs sociétales, ce qui confère à l'évaluation du système une légitimité fondée sur la notion de valeur. L'efficacité constitue pour sa part une dimension centrale de la performance et de la valeur, puisqu'elle permet d'apprécier dans quelle mesure les ressources disponibles sont utilisées pour produire les résultats attendus.

3.2.3 Synthèse et intégration

Aucune des propositions existantes ne permet de développer un cadre complet pour évaluer la valeur dans le contexte d'un système de santé et de services sociaux universel. Les approches recensées se limitent souvent aux soins individuels, fournissent peu d'indications sur la manière de les mesurer ou ne réunissent pas l'ensemble des résultats jugés importants pour la population au sens large. L'évolution récente du concept de valeur, qui dépasse la simple perspective clinique pour intégrer une vision systémique, explique en partie ces limites et le caractère théorique de la plupart des cadres existants. Dans ce contexte, le Commissaire a développé sa propre approche conceptuelle, inspirée du *Value-Based Health System* (VBHS), capable de prendre en compte les différents niveaux d'action du système de santé – clinique, collectif et intersectoriel. Cette approche repose sur la notion de résultats du système de santé, plus large que les seuls résultats de santé cliniques ou populationnels, tout en restant plus ciblée que l'évaluation de la performance. Elle permet ainsi d'évaluer de manière cohérente ce qui compte réellement pour la population et la société dans son ensemble.

Bien que le concept de valeur soit aujourd'hui largement utilisé, notamment à la suite des travaux de Porter et Teisberg, sa conception initiale reste très étroite. En se concentrant sur les résultats des interventions cliniques en relation avec les coûts, elle offre une utilité limitée pour l'évaluation de la valeur au niveau des organisations et des systèmes de santé, et elle aborde peu les enjeux organisationnels et systémiques ainsi que les concepts clés du domaine de l'évaluation. Dans la littérature et les pratiques actuelles, la notion de valeur peut ainsi renvoyer à des réalités très différentes : elle peut être confondue avec l'efficacité, considérée comme synonyme de performance ou encore être interprétée de manière plus intuitive et métaphysique, semblable à la conception philosophique de la qualité.

Si l'on souhaite utiliser le concept de valeur pour l'évaluation des systèmes de santé, il devient nécessaire de l'élargir afin d'y inclure des dimensions qui rendent compte des résultats du système sur la population et la société dans son ensemble. Le message central de Porter et Teisberg – rendre la perspective des patients et de la population centrale dans l'évaluation – reste

pertinent et cohérent avec les principes de soins centrés sur la personne. De même, l'accent mis sur l'efficacité, entendue comme le ratio entre les résultats de santé et les ressources disponibles, conserve un intérêt pratique. Enfin, les travaux sur la qualité, discutés en philosophie et en évaluation, peuvent éclairer certaines composantes de la valeur, mais ils ne couvrent pas l'ensemble des résultats importants pour la population. Cela met en évidence la nécessité de définir clairement les priorités de la population et de la société, afin de pouvoir évaluer dans quelle mesure le système y répond.

Synthèse de l'évolution du concept de valeur et de ses fondements théoriques : concepts, limites, ce qu'en retient le Commissaire

Concept / Cadre	Approche / Signification	Limites principales	Ce qu'en retient le Commissaire
<i>Value-Based Health Care (VBHC)</i>	- La valeur correspond aux résultats cliniques pour les patients par rapport aux coûts. - Centré sur les soins individuels et l'expérience patient (PROMs / PREMs)	- Vision étroite centrée sur les soins individuels - Difficulté à appliquer à un système universel - Ne prend pas en compte la santé publique et les résultats populationnels - Confusion entre qualité, résultats et efficacité	- Le Commissaire retient du VBHC l'accent mis sur les résultats importants pour les patients et l'efficacité. - Il élargit cependant son approche pour intégrer une perspective systémique, incluant la santé publique, les déterminants sociaux, les résultats collectifs et la qualité.
<i>Triple / Quadruple / Quintuple Aim</i>	<i>Triple Aim</i> : améliorer l'expérience des soins, améliorer la santé des populations, réduire les coûts par habitant <i>Quadruple Aim</i> : ajoute l'amélioration du bien-être des professionnels <i>Quintuple Aim</i> : ajoute l'amélioration de l'équité	- Définitions et structuration des dimensions limitées - Dimensions non issues d'une démarche structurée de consultation - Ne traitent pas la pérennité du système, essentielle pour les systèmes publics universels	- L'approche du Commissaire reprend les dimensions des cadres <i>Triple, Quadruple et Quintuple Aim</i>. - Il les enrichit en intégrant des dimensions de nature plus systémique, telles que la viabilité, la protection sociale ou la durabilité environnementale.
Europe / OMS	- Les travaux européens élargissent la notion de <i>Value-Based Health Care (VBHC)</i> au-delà du modèle américain vers un <i>Value-Based Health System (VBHS)</i>, mieux adapté aux systèmes de santé universels. - En 2019, l'EXPH a proposé quatre dimensions de la valeur : personnelle, technique, allocative et sociétale. - En 2020, l'Observatoire européen a suggéré un modèle intégrant santé publique, déterminants sociaux et objectifs universels : santé, réactivité, protection financière, équité et efficacité. - En 2021, l'OMS a souligné que les services doivent placer les besoins et les valeurs des personnes et des communautés au centre.	- Partiellement normatif, cadre européen - Opérationnalisation limitée - Peu de participation structurée des populations locales	- Le Commissaire retient la vision systémique et multidimensionnelle. - Il retient l'importance de considérer simultanément la performance technique, l'équité, la protection financière, la réactivité et les retombées sociétales plus larges. - Il retient l'importance d'intégrer le point de vue des personnes usagères et de la population.

Concept / Cadre	Approche / Signification	Limites principales	Ce qu'en retient le Commissaire
<i>Value for Money</i>	Optimisation des ressources publiques pour générer les résultats souhaités évaluée selon trois ou quatre critères : 1. économie : minimiser les coûts 2. efficacité : optimiser la relation entre ressources mobilisées et services produits 3. efficacité : atteindre les résultats attendus 4. équité (selon les auteurs)	• Concept limité à l'optimisation des ressources • Ne couvre pas toutes les dimensions de valeur pour la population	• Le Commissaire intègre à son approche l'utilisation efficiente et responsable des ressources. • Le Commissaire élargit la notion de valeur aux résultats importants pour la population et la société.
Valeur en évaluation / Philosophie	• L'évaluation consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention (Scriven, Champagne et al.). • La valeur peut être vue comme intrinsèque, instrumentale, morale, esthétique ou contextuelle selon les perspectives (Frankena, Schwandt, Guba et Lincoln). • Dans le contexte québécois, l'INESSS définit la valeur selon 5 piliers : clinique, populationnelle, économique, organisationnelle et socioculturelle.	• La signification de la valeur varie en fonction des perspectives.	• La valeur est multidimensionnelle, incluant les résultats qui ont un impact sur les individus, la population et la société. • La valeur doit être évaluée selon plusieurs piliers : clinique, populationnel, économique, organisationnel et sociétal. • L'évaluation doit être rigoureuse, transparente, fondée sur des critères explicites et tenir compte des priorités de la population et de la société.
Lien valeur-qualité	• Le concept de qualité, comme celui de la valeur, est difficile à définir intellectuellement, mais perçu intuitivement (Pirsig). • Elle peut signifier excellence, valeur ou conformité selon le contexte (Reeves et Bednar). • Donabedian distingue qualité technique (pertinence, sécurité et compétence) et qualité interpersonnelle (respect, empathie, relation soignant-soigné). • Champagne et al. (2011) définissent la qualité comme un ensemble d'attributs du processus permettant le meilleur résultat selon les connaissances, les normes et les attentes sociales; cela inclut les dimensions techniques, organisationnelles et relationnelles.	• La qualité seule ne couvre pas tous les résultats importants.	• La valeur, comme la qualité, nécessite une définition claire pour être utile en évaluation. • Les travaux sur la qualité éclairent certaines composantes de la valeur : pertinence, sécurité, interactions humaines, mais pas tous les résultats importants pour la population. • Selon le Commissaire, la valeur est plus large que la qualité. • La qualité est un mécanisme produisant de la valeur, mais ne la définit pas.
Performance / Valeur / Efficience	• Performance : manière dont un système accomplit sa mission et produits des résultats • Valeur : résultats produits par le système au regard des priorités de la population et des valeurs sociétales • Efficience : capacité du système à optimiser les ressources utilisées pour maximiser les résultats obtenus	• Concepts souvent confondus	• La valeur va au-delà des seuls effets cliniques, en intégrant des résultats qui sont essentiels pour la population et pour la société dans son ensemble. • Les cadres existants sont limités; le Commissaire propose une approche systémique inspirée du VBHS, centrée sur ce qui compte réellement pour la population et la société. • La valeur doit être clarifiée par rapport à la performance et à l'efficience.

3.3 LES CADRES D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

L'examen des principaux cadres d'évaluation de la performance des systèmes de santé publiés entre 2003 et 2025 a constitué une étape préalable à l'élaboration du modèle d'évaluation de la valeur. Il a contribué à structurer le concept de valeur en identifiant les dimensions, sous-dimensions et concepts associés.

Le tableau synthèse ci-dessous illustre la présence ou l'absence de ces différentes dimensions dans les cadres recensés et met en évidence les points de convergence et de divergence observés dans les approches internationales d'évaluation des systèmes de santé.

Tableau synthèse indiquant la présence des dimensions relatives aux résultats du système dans les cadres d'évaluation de la performance des systèmes de santé publiés entre 2003 et 2025

Cadre d'évaluation de la performance	Murray et Evans (2003)	EGIPSS (Champagne et al., 2005)	MSSS (2012)	ICIS (2013)	Lévesque et al. (2020)	Papanicolas et al. (2022) Rajan et al. (2023)	KCE (2023)	OCDE (2024)
DIMENSIONS OU SOUS-DIMENSIONS								
Amélioration de la santé	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Réactivité	✓	✓	✓*	✓*		✓	✓	✓
Accessibilité		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Soins axés sur les personnes		✓	✓*	✓	✓*	✓	✓	✓
Qualité technique des soins		✓	✓	✓		✓	✓	✓
Viabilité du système		✓	✓		✓	✓	✓	✓
Innovation		✓		✓			✓	✓
Résilience		✓		✓*	✓	✓	✓	✓
Efficience	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Équité du système	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Protection financière	✓				✓	✓	✓	✓
Durabilité environnementale						✓	✓	✓

* Dimension ou sous-dimension partiellement couverte dans le cadre analysé

Le présent exercice montre que la majorité des cadres – qu’ils proviennent de l’OMS, du MSSS, de l’ICIS, de l’OCDE ou d’équipes de recherche universitaires – accordent une place centrale à l’amélioration de la santé, à l’efficience et à l’équité. Ces dimensions constituaient déjà le socle du premier cadre de référence proposé par Murray et Evans (2003), qui mettait l’accent sur les fonctions et les résultats fondamentaux des systèmes de santé. Les cadres subséquents (Champagne et al., 2005; MSSS, 2012; ICIS, 2013; Lévesque et al., 2020) témoignent d’une évolution vers une conception plus holistique, prenant en compte des dimensions et sous-dimensions détaillées, telles que les soins et services axés sur la personne ou la viabilité du système. Plus récemment, une nouvelle génération de cadres (Papanicolas et al., 2022; Rajan et al., 2023; KCE, 2023; OCDE, 2024) reflète l’émergence de dimensions liées aux réalités contemporaines des systèmes de santé, notamment l’innovation, la protection financière et la durabilité environnementale, dont la présence demeure plus variable selon les approches retenues. Toutes ces dimensions ont été considérées comme des candidats pour l’élaboration du modèle d’évaluation de la valeur du Commissaire.

3.4 INTÉGRATION DES DIFFÉRENTES PERSPECTIVES : EXPÉRIENTIELLE ET SCIENTIFIQUE

La définition de la valeur proposée par le Commissaire résulte d’une analyse croisée et structurée qui intègre de manière complémentaire les perspectives expérientielle et scientifique. Cette approche méthodologique a permis de traduire un construit abstrait en dimensions et sous-dimensions mesurables, en combinant les priorités exprimées par la population, les travaux issus de la littérature scientifique et grise sur le concept de valeur et les cadres théoriques existants ainsi que la validation par des experts et une instance délibérative. L’intégration de ces différentes sources garantit que le modèle d’évaluation reflète à la fois les attentes citoyennes, les fondements scientifiques et les valeurs de la société afin de produire une évaluation cohérente et pertinente pour éclairer la prise de décision et orienter les actions du système de santé et de services sociaux.

3.4.1 Prise en compte de la perspective citoyenne

Les aspects jugés prioritaires par les Québécoises et Québécois ont été identifiés grâce à la consultation citoyenne, par groupes nominaux et par sondage.

La majorité des dimensions jugées importantes par la population ont été retenues dans la définition de la valeur. Deux exceptions ont toutefois été retirées pour des raisons conceptuelles :

- la promotion et la prévention, qui relèvent d'actions ou d'interventions du système de santé et de services sociaux visant à générer des résultats en termes de maintien et d'amélioration de la santé. Ces résultats sont déjà pris en compte dans d'autres dimensions, telles que l'efficacité des soins et services, et ne constituent donc pas une dimension en soi;
- l'accessibilité géographique et organisationnelle, qui fait davantage référence à des barrières influençant la capacité d'obtenir des soins en temps opportun, plutôt qu'à des résultats en soi.

Les dimensions prioritaires retenues dans la définition de la valeur et le modèle d'évaluation du Commissaire sont donc les suivantes :

1. Efficacité des soins et services
2. Qualité des soins et services
3. Accessibilité en temps opportun
4. Convivialité
5. Humanisme
6. Équité
7. Continuité et coordination
8. Protection financière
9. Globalité

3.4.2 Alignement sur la littérature internationale

La littérature sur la valeur et la performance des systèmes de santé met en évidence des dimensions semblables à celles identifiées par la population. Elle souligne également l'importance d'autres dimensions jugées centrales pour l'évaluation du système, notamment la viabilité, la résilience, l'efficacité, la protection sociale, la durabilité environnementale et la réactivité.

Ainsi, la définition de la valeur du Commissaire a été enrichie en intégrant ces dimensions, même lorsqu’elles n’étaient pas explicitement priorisées par la population, mais reconnues comme structurantes dans la littérature et les cadres internationaux.

3.4.3 Rôle des experts et classification des dimensions

Les experts ont contribué de manière itérative à la structuration du modèle en délibérant sur les dimensions et les concepts sous-jacents. Leur démarche a consisté à croiser les priorités exprimées par la population avec les enseignements issus de la littérature scientifique et des cadres existants. À chaque étape, ils ont évalué la pertinence et la cohérence des dimensions, en se référant aux écrits fondateurs et aux théories de l’évaluation des systèmes de santé, afin de produire un modèle rigoureux, conceptuellement solide et aligné sur les besoins et les valeurs de la société québécoise.

Le résultat de ce travail est synthétisé dans le tableau suivant, qui montre la correspondance entre les sources et les dimensions et sous-dimensions retenues dans le modèle d’évaluation du Commissaire.

Triangulation des sources et classification des dimensions de la valeur dans le modèle d’évaluation du Commissaire⁴

Priorités identifiées par la population	Dimensions issues de la littérature	Dimensions dans le modèle du Commissaire	Sous-dimensions dans le modèle du Commissaire
Efficacité des soins et services	Amélioration de la santé	Amélioration de la santé et du bien-être	Efficacité populationnelle, efficacité clinique
Qualité des soins et services	Qualité technique	Réponse aux besoins et priorités	Qualité technique
Accessibilité en temps opportun	Accessibilité	Réponse aux besoins et priorités	Accessibilité en temps opportun
Convivialité	Non explicitement rapportée dans les cadres analysés	Réponse aux besoins et priorités	Soins et services axés sur la personne
Humanisme	Soins axés sur les personnes	Réponse aux besoins et priorités	Soins et services axés sur la personne
Équité	Équité	Équité	Équité de ressources, d'accès, de qualité et de résultats
Continuité et coordination	Continuité et coordination	Réponse aux besoins et priorités	Soins et services axés sur la personne
Protection financière	Protection financière	Protection sociale	Protection financière, couverture publique

4 Le modèle d’évaluation de la valeur du Commissaire est présenté en détail à la section 5.2 et sous forme de tableau synthétique à l’annexe 2.

Priorités identifiées par la population	Dimensions issues de la littérature	Dimensions dans le modèle du Commissaire	Sous-dimensions dans le modèle du Commissaire
Globalité	Soins axés sur les personnes	Réponse aux besoins et priorités de la population	Soins et services axés sur la personne
Non explicitement rapportée par la population	Protection financière	Protection sociale	Protection contre les risques sociaux et économiques
Non explicitement exprimée par la population	Efficience	Efficience	Efficience globale
Non explicitement exprimée par la population	Réactivité	Réponse aux besoins et priorités de la population	Réponse globale du système
Non explicitement exprimée par la population	Viabilité	Viabilité	Pérennité budgétaire, suffisance et maintien du capital humain et des ressources, innovation, résilience
Non explicitement exprimée par la population	Durabilité environnementale	Durabilité environnementale	Réduction de l'empreinte environnementale du système, adaptation du système aux changements environnementaux

3.5 VALIDATION DE L'ALIGNEMENT SUR LES VALEURS DE LA SOCIÉTÉ : DÉLIBÉRATION ÉTHIQUE ET ANALYSE NORMATIVE

La délibération éthique réalisée avec le Forum de consultation du Commissaire a permis de confirmer que les dimensions retenues dans le modèle d'évaluation de la valeur sont globalement cohérentes avec les priorités exprimées par la population, tout en apportant certaines nuances quant à leur définition, à leur portée et à leur interprétation dans le contexte québécois.

Les résultats de l'analyse du cadre légal et normatif québécois ont par ailleurs corroboré ces observations, en montrant que les lois, les politiques et les instruments normatifs soutiennent et reflètent les mêmes dimensions de valeur, renforçant ainsi la cohérence entre les priorités sociales, l'ancrage scientifique et les structures institutionnelles.

4. DÉFINITION DE LA VALEUR DU COMMISSAIRE

À la lumière des travaux de conceptualisation présentés dans la section précédente, le Commissaire définit la valeur comme l'ensemble des résultats importants pour la population, obtenus par le système, en tenant compte des ressources utilisées et des valeurs de la société.

Ainsi, le système de santé et de services sociaux crée de la valeur lorsqu'il :

- améliore la santé et le bien-être de la population;
- répond aux besoins et aux priorités des personnes;
- assure sa viabilité;
- agit de manière équitable et efficiente;
- favorise la protection sociale et la durabilité environnementale.

Le Commissaire considère la valeur comme un concept distinct de celui de performance, mais étroitement lié à celui-ci et spécifiquement orienté vers les résultats du système jugés importants pour la population et cohérents avec les valeurs de la société. Cette approche repose sur une vision systémique et multidimensionnelle, intégrant des résultats qui se manifestent à différents niveaux – **individuel, populationnel et sociétal** – afin de refléter la contribution globale du système.

Certaines dimensions, comme le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être, la réponse aux besoins et priorités de la population, ainsi que l'équité du système, se manifestent aux **niveaux individuel et populationnel**, reflétant des résultats vécus par les personnes et observables dans les groupes de la population.

D'autres dimensions, telles que la viabilité, l'efficience, la durabilité environnementale et la protection sociale, relèvent davantage du **niveau sociétal**. Bien qu'ils ne soient pas directement observables par chaque individu, ces résultats systémiques sont reconnus comme des déterminants majeurs de la création de valeur à long terme et de l'équité intergénérationnelle.

Ainsi, les résultats importants pour la population au sens large regroupent à la fois des résultats vécus par les individus, des résultats mesurables à l'échelle populationnelle et des résultats de nature systémique ayant des retombées sociétales.

4.1 DIMENSIONS DE LA VALEUR

Les grandes dimensions de la valeur, telles que définies par le Commissaire, sont les suivantes :

1. Maintien et amélioration de la santé et du bien-être
2. Réponse aux besoins et priorités
3. Viabilité
4. Efficience
5. Équité
6. Protection sociale
7. Durabilité environnementale

La section suivante présente le modèle d'évaluation de la valeur du Commissaire, dans lequel chaque dimension est détaillée en sous-dimensions, accompagnées de justifications et d'exemples de mesures.

5. MODÈLE D'ÉVALUATION DE LA VALEUR DU COMMISSAIRE

Le présent chapitre décrit le modèle d'évaluation de la valeur élaboré par le Commissaire, qui vise à mesurer de manière cohérente la contribution du système de santé et de services sociaux à la création de valeur pour la population. Ce modèle s'appuie sur la définition de la valeur présentée précédemment et en précise l'application opérationnelle.

La première section clarifie l'étendue du système de santé et de services sociaux et les niveaux opérationnels d'analyse, en distinguant les interventions cliniques, les actions de santé publique et les leviers intersectoriels et stratégiques qui influencent la santé et le bien-être de la population. La seconde section détaille les dimensions retenues dans le modèle, leur justification conceptuelle et des indicateurs illustrant comment ces dimensions peuvent être mesurées concrètement.

5.1 FRONTIÈRES DU SYSTÈME ET NIVEAUX D'ÉVALUATION

Pour élaborer un modèle d'évaluation de la valeur du système de santé et de services sociaux québécois, il est essentiel d'en préciser les frontières. Cette clarification permet de déterminer ce qui peut raisonnablement être attribué au système dans la production de valeur pour la population.

Le système de santé et de services sociaux québécois regroupe l'ensemble des institutions, des organisations, des ressources et des acteurs dont la mission est de promouvoir, de restaurer, d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la population. Il comprend notamment :

- **Les établissements publics et privés intégrés au réseau** : organisations offrant des soins et services financés ou encadrés par le système de santé et de services sociaux, telles que les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres hospitaliers (CH), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les centres de réadaptation (CR), les établissements desservant les Premières Nations et les Inuit, ainsi que les groupes de médecine de famille (GMF);
- **Les acteurs du système** : équipes cliniques et gestionnaires, ainsi que les instances de gouvernance, de planification et de coordination, incluant notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Santé Québec et les directions de santé publique;
- **Les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux** : organismes offrant des services complémentaires aux soins publics, tels que les organismes communautaires, les ressources d'hébergement et de soutien, et les prestataires privés associés aux soins et services;
- **Les partenaires intersectoriels** : acteurs hors du secteur de la santé et des services sociaux dont les actions influencent les déterminants sociaux de la santé, tels que les ministères, les municipalités, les établissements scolaires et les organismes liés au logement, au revenu, à l'éducation, à la sécurité publique ou à l'environnement.

Le système regroupe les interventions cliniques et populationnelles – incluant les soins, la prévention, la promotion de la santé, la surveillance et les actions sur les déterminants – ainsi que les fonctions qui en soutiennent la mise en œuvre, telles que la gouvernance, le financement et la mobilisation des ressources humaines, matérielles, technologiques et informationnelles.

Bien que les systèmes de santé contribuent largement aux résultats qui comptent pour la population (Smith et al., 2020; Émond et al., 2010; MSSS, 2012, 2024; Murray et Frenk, 2000), la santé et le bien-être dépendent également de déterminants sociaux comme l'éducation, les conditions de vie, l'économie, la sécurité publique, le logement, l'environnement et la participation sociale (Émond et al., 2010; ASPQ, 2023; Murray et Evans, 2003). Ainsi, certaines dimensions de la valeur relèvent donc principalement du système de santé et de services sociaux, alors que d'autres dépendent de contributions partagées avec d'autres secteurs.

Pour clarifier ces frontières analytiques, on distingue trois niveaux d'actions des systèmes de santé (Murray et Evans, 2003) :

1. Niveau clinique

- Ce niveau comprend les soins individuels fournis par les équipes cliniques, qu'ils soient curatifs, préventifs, de soutien ou de réadaptation.
- Ces interventions influencent directement la santé et le bien-être des individus et représentent l'action la plus immédiate et tangible du système.

2. Niveau collectif

- Ce niveau regroupe les actions collectives centrées sur la santé et le bien-être, mais qui restent sous le contrôle direct des acteurs du système de santé et de services sociaux à l'échelle provinciale, régionale ou locale, tant pour la prestation de soins et de services que pour la coordination, la planification ou la gestion de programmes.
- Ces actions peuvent être de nature organisationnelle, réglementaire, technique ou populationnelle et sont mises en œuvre par les acteurs de santé publique, par les équipes ou institutions cliniques, ainsi que par les instances de gestion et de coordination du réseau et leurs partenaires.

3. Niveau intersectoriel

- Ce niveau comprend les actions visant à promouvoir la santé et le bien-être dans des domaines hors du contrôle direct du système par l'influence sur les politiques publiques et la collaboration avec d'autres secteurs agissant sur les déterminants de la santé.
- Cela inclut :
 - l'influence sur les politiques publiques et les cadres réglementaires favorables à la santé;
 - la collaboration avec des secteurs tels que l'éducation, l'habitation, le revenu, la sécurité publique et l'environnement;
 - le soutien à des initiatives intersectorielles agissant sur les déterminants de la santé.
- L'objectif est de créer des conditions sociétales et environnementales favorables à la santé et de soutenir la pérennité et l'efficacité du système à l'échelle populationnelle.

Le modèle d'évaluation de la valeur intègre l'ensemble des niveaux du système de santé – clinique, collectif et intersectoriel – afin de permettre une évaluation systémique de la santé et du bien-être de la population. Toutes les dimensions du modèle ne sont toutefois pas représentées à chaque niveau, ce qui souligne la nécessité d'une approche globale pour apprécier la valeur du système dans son ensemble.

5.2 DÉFINITIONS, JUSTIFICATIONS ET EXEMPLES DE MESURES

Maintien et amélioration de la santé et du bien-être

DÉFINITION

La dimension du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être renvoie à la contribution globale du système de santé et de services sociaux à l'état de santé physique, mentale et au bien-être fonctionnel et social de la population. Elle englobe l'ensemble des fonctions visant à préserver, à promouvoir, à restaurer ou à optimiser la santé, incluant la prévention, la promotion de la santé, les soins curatifs, ainsi que les interventions de réadaptation et de soutien.

JUSTIFICATION

L'importance centrale de cette dimension est largement reconnue dans la littérature nationale et internationale, qui identifie le maintien, l'amélioration de la santé et sa restauration comme la finalité essentielle des systèmes de santé. Cette position est étayée à la fois par les travaux fondateurs (p. ex. Donabedian, 2003; Murray et Frenk, 2000; OMS, 2000) et par des cadres plus récents développés par des organisations nationales et internationales (ICIS, 2013; Lévesque, 2020; MSSS, 2012; Papanicolas et al., 2022; Rajan et al., 2023; OCDE, 2024).

Les écrits classiques et contemporains convergent pour souligner que l'évaluation de cette dimension doit intégrer l'ensemble des déterminants de la santé modifiables sur lesquels le système peut agir et considérer à la fois les interventions cliniques individuelles et les actions populationnelles de santé publique (Murray et Evans, 2003; OCDE, 2024, Smith et al., 2020).

Sous-dimensions

Efficacité populationnelle

Définition	L'efficacité populationnelle renvoie à la capacité du système de santé et de services sociaux à produire des résultats positifs pour la santé et le bien-être de l'ensemble de la population, y compris les personnes non usagères. Elle reflète les résultats globaux du système, issus de l'ensemble de ses fonctions – promotion et prévention, soins curatifs, réadaptation, soutien –, en se concentrant sur leurs impacts sur l'état de santé et le bien-être, à l'échelle populationnelle.
Justification	Cette sous-dimension évalue dans quelle mesure le système de santé et de services sociaux contribue au maintien, à l'amélioration et à la restauration de la santé et du bien-être de la population (ICIS, 2013; Murray et Evans, 2003; Murray et Frenk, 2000; OCDE, 2024). Elle s'intéresse aux résultats attribuables au système, qu'ils résultent directement des soins curatifs, des services de réadaptation ou de soutien, ou indirectement de la promotion de la santé, de la prévention et de l'influence exercée sur les politiques, programmes et interventions intersectoriels visant à créer des environnements favorables à la santé (Papanicolas et al. 2022; Rajan et al., 2023). Bien que l'état de santé et le bien-être de la population dépendent également de facteurs externes, l'évaluation se concentre sur les impacts liés, même partiellement, aux interventions et aux fonctions du système. Les résultats des actions de promotion de la santé et de prévention occupent une place particulière dans cette sous-dimension, dans la mesure où ils s'inscrivent en amont des problèmes de santé et contribuent à des gains durables à l'échelle de la population. Alors que la prévention vise à réduire l'incidence des problèmes de santé évitables et leurs conséquences, la promotion de la santé agit plus largement sur les déterminants de la santé et les conditions de vie. Déployées à différents niveaux, de l'action clinique aux politiques publiques, elles contribuent à soutenir des interventions intersectorielles favorables à la santé et au bien-être. L'évaluation de l'efficacité populationnelle vise ainsi à observer les effets qui en découlent, en complément de ceux produits par les interventions curatives.
Exemples de mesures	• Espérance de vie • Mortalité évitable • Mortalité infantile • Perception de l'état de santé • Taux de vaccination • Couverture au dépistage du cancer colorectal • Faible poids à la naissance

Efficacité clinique

Définition	L'efficacité clinique renvoie à la capacité des soins de santé et des services sociaux à produire des résultats positifs attribuables aux interventions reçues. Elle se manifeste par l'amélioration de l'état de santé, du fonctionnement et du bien-être des personnes, et traduit la contribution spécifique des interventions cliniques à ces résultats.
Justification	Cette sous-dimension permet d'évaluer dans quelle mesure les soins et services fournis aux personnes usagères produisent les effets attendus sur leur santé, leur fonctionnement et leur bien-être (Donabedian, 2003; Thiebaut, 2020). Reconnue comme un élément central de la performance des systèmes de santé (Murray et Frenk, 2000; ICIS, 2013; OCDE, 2024), elle renvoie aux résultats directement attribuables aux interventions. Elle est essentielle pour apprécier la valeur du système, puisqu'elle renseigne sur la contribution réelle des soins et services à l'amélioration de la santé des personnes (Papanicolas et al., 2022).
Exemples de mesures	• Mortalité hospitalière • Survie relative à 5 ans au cancer • Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances

Réponse aux priorités et aux besoins de la population

DÉFINITION

La dimension de la réponse aux priorités et aux besoins de la population désigne le degré selon lequel le système de santé et de services sociaux répond à ces besoins et à ces priorités.

Elle est appréciée selon trois niveaux complémentaires – systémique, organisationnel et clinique – correspondant aux principales composantes par lesquelles ces besoins sont traduits en services.

- **Systémique** : désigne le niveau selon lequel les besoins et les priorités de la population sont pris en compte dans les orientations, les politiques et les programmes, et ajustés dans le temps en fonction de leur évolution et du contexte.
- **Organisationnel** : désigne la façon dont le système organise ses services afin de faciliter l'accessibilité en temps opportun, la coordination et la continuité des services, la navigation dans le système, ainsi que la prise en charge globale des personnes.
- **Clinique** : désigne le niveau selon lequel les équipes cliniques répondent aux besoins et priorités des individus lors de leur prise en charge.

JUSTIFICATION

Au début des années 2000, l'Organisation mondiale de la santé a introduit la notion de réactivité (*responsiveness*) comme l'un des objectifs intrinsèques du système de santé, au même titre que l'amélioration de l'état de santé, l'équité et la protection financière (WHO, 2000; Valentine, 2003). Cette notion visait à apprécier la capacité du système à répondre aux attentes des individus, en mettant l'accent sur l'expérience des personnes usagères, la qualité relationnelle et l'environnement de soins. Elle demeure toutefois centrée sur la dimension individuelle de l'interaction avec les services et ne permet pas de saisir l'ensemble des besoins de la population, notamment ceux qui ne sont pas exprimés ou directement observés.

La littérature récente sur la réactivité des systèmes de santé souligne l'évolution d'une conception centrée sur l'expérience individuelle des services vers une compréhension plus systémique intégrant les boucles de rétroaction, les mécanismes d'adaptation et les dimensions de gouvernance et d'imputabilité (Khan et al., 2021). Cette évolution permet d'élargir l'analyse au-delà de l'expérience individuelle pour inclure les dimensions organisationnelles et populationnelles de la performance des systèmes de santé.

En parallèle, les approches contemporaines des systèmes centrés sur la personne reconnaissent que la réponse aux besoins de la population se manifeste à travers plusieurs dimensions complémentaires, incluant l'expérience vécue des personnes, l'accès aux services et la qualité technique des soins, notamment en termes de sécurité, de compétence clinique et de pertinence (IOM, 2001; WHO, 2015). Cette conception s'inscrit dans une approche élargie de la qualité des soins, telle que proposée par Donabedian, qui intègre des dimensions techniques, interpersonnelles et organisationnelles (Donabedian, 1980). Ces dimensions se reflètent également dans les priorités exprimées par la population québécoise (CSBE, 2026).

Dans cette perspective, la présente dimension constitue une composante de la valeur générée par le système, en permettant d’apprécier dans quelle mesure les besoins et priorités de la population se traduisent en résultats concrets pour les personnes. Elle est déclinée en quatre sous-dimensions complémentaires – la réponse globale du système, l’accessibilité en temps opportun, les soins et services axés sur la personne et la qualité technique – qui constituent les principales modalités par lesquelles cette valeur se manifeste.

Sous-dimensions

Réponse globale du système	
Définition	La réponse globale du système désigne le niveau selon lequel les besoins et priorités de la population concordent avec les services effectivement rendus par le système de santé et de services sociaux. Elle rend compte de l’adéquation entre les besoins estimés et les services reçus, ainsi que de l’appréciation globale du système par la population, notamment en termes de satisfaction et de confiance.
Justification	Cette sous-dimension est conceptuellement liée à la réactivité systémique, entendue dans la littérature comme la capacité du système à percevoir, à interpréter et à intégrer les besoins de la population et à s’y adapter dans le temps (Khan et al., 2021; Mirzoev et Kane, 2017). Toutefois, alors que la réactivité systémique renvoie à un processus organisationnel et adaptatif, la réponse globale constitue un résultat observable de cette capacité, reflétant le niveau d’alignement atteint entre le système et les besoins de la population. Mesurer cette sous-dimension est essentiel dans une perspective d’évaluation de la valeur, car elle permet de synthétiser l’adéquation globale du système à sa mission populationnelle. Elle met en évidence les désalignements entre besoins, ressources et services, tout en intégrant la perspective des individus à travers des indicateurs de confiance et de satisfaction. En ce sens, elle contribue à évaluer non seulement la performance technique du système, mais également sa cohérence et sa légitimité aux yeux de la population (Ozawa et Sripad, 2013).
Exemples de mesures	• Taux de confiance populationnelle à l’égard du système de santé et de services sociaux • Satisfaction globale à l’égard du système de santé et de services sociaux • Évaluation globale de la qualité des soins et services rendus • Taux de concordance entre priorités et rendement perçu

Accessibilité en temps opportun	
Définition	L’accessibilité en temps opportun désigne la capacité des personnes à recevoir les soins et services dont elles ont besoin au moment approprié, sans délais injustifiés. Elle dépend des barrières et des facteurs facilitants qui influencent l’accès à ces soins et services, lesquels peuvent être organisationnels, financiers, géographiques, individuels et socioculturels.

Accessibilité en temps opportun

Justification

L'accessibilité en temps opportun constitue une composante centrale des systèmes de santé et renvoie à la capacité des personnes à obtenir les soins et services dont elles ont besoin au moment où ils sont requis (OCDE, 2024). Elle est d'ailleurs reconnue par l'Institute of Medicine (IOM) dans sa publication fondatrice *Crossing the Quality Chasm* comme l'une des dimensions constitutives de la qualité des soins, au même titre que l'efficacité, la sécurité, les soins axés sur les personnes, l'efficience et l'équité (IOM, 2001).

L'évaluation de cette sous-dimension permet d'apprécier la capacité du système à organiser et à mobiliser ses ressources pour fournir des soins au moment approprié selon la situation clinique, contribuant ainsi à maintenir la continuité et la sécurité des soins, à prévenir des retards inutiles dans la prise en charge et à améliorer l'expérience des personnes usagères. Les délais prolongés constituent l'une des principales causes de besoins non satisfaits et sont associés à une insatisfaction accrue des personnes usagères (Sanmartin et al., 2002; OECD, 2020a). Ils peuvent également réduire l'efficacité des interventions, compromettre la continuité et la sécurité des soins, détériorer l'état de santé des personnes et accentuer les inégalités dans l'accès aux soins (Donabedian, 1980; IOM, 2001; OECD, 2020a, Papanicolas, 2022; Starfield, Shi et Macinko, 2005).

La notion d'accessibilité en temps opportun est présente dans l'ensemble des cadres nationaux et internationaux d'appréciation de la performance des systèmes de santé consultés par le Commissaire (CSBE, 2022). Ces cadres reconnaissent largement l'importance de cette dimension et considèrent les délais, les temps d'attente et les besoins non comblés comme des indicateurs essentiels de la capacité des systèmes à répondre aux attentes de la population (ICIS, 2013; HQO, 2015; KCE, 2023; OCDE, 2024). Ils couvrent l'ensemble du parcours de soins – de l'urgence aux services spécialisés, incluant les diagnostics, la chirurgie électorale, les traitements oncologiques et la santé mentale – des domaines où l'accès demeure un enjeu prioritaire (OECD, 2020a).

Dans une perspective de création de valeur, l'accessibilité en temps opportun représente un levier stratégique important : un système capable de fournir les soins au moment approprié peut maximiser l'efficacité des interventions, optimiser l'utilisation des ressources et améliorer les résultats à la fois pour les individus et pour la population dans son ensemble (WHO, 2021; Smith, 2020).

Exemples de mesures

- Délais moyens entre la demande de consultation et la prise en charge
- Pourcentage de patients vus dans les délais recommandés
- Pourcentage de patients ayant rapporté avoir reçu les services dans des délais raisonnables.

Soins et services axés sur la personne

Définition

Cette sous-dimension désigne la manière dont les soins et services sont offerts et organisés du point de vue des personnes usagères et de leurs proches. Elle reflète dans quelle mesure ils répondent à leurs attentes, préférences et valeurs, ainsi que la qualité des interactions avec les professionnels et du parcours de soins en termes de respect, de dignité et d'humanité.

Elle comprend les concepts suivants :

- **Humanisme** : désigne des soins, des services et des interactions avec les professionnels empreints d'empathie, d'écoute, de respect, de dignité et de confidentialité, et qui impliquent les personnes dans la prise de décision.
- **Convivialité** : désigne la facilité avec laquelle une personne peut accéder au système de santé et de services sociaux, obtenir l'information dont elle a besoin et naviguer entre les différents services. Elle repose sur des processus simples, une communication claire et des parcours fluides.
- **Continuité** : désigne l'enchaînement des soins et services dans le temps, assurant un suivi stable et sans interruption. Elle se traduit par la cohérence de l'information, le maintien de liens avec les professionnels et la stabilité de la prise en charge au fil des épisodes de soins.
- **Coordination des services** : désigne la manière dont les différents professionnels et services s'articulent entre eux pour offrir une prise en charge cohérente. Elle vise à assurer la complémentarité des interventions et à éviter les incohérences, les doublons et les lacunes dans le parcours de soins.
- **Globalité** : désigne la prise en compte de l'ensemble des besoins physiques, psychologiques et sociaux des personnes dans l'offre de soins et de services.

Justification

Cette sous-dimension s'appuie sur un large consensus soulignant l'importance de reconnaître, d'intégrer et de mobiliser la participation active des personnes usagères dans la conception, l'organisation et la prestation des soins et services, tant dans leurs interactions avec les professionnels que dans leurs contacts avec les organisations et le système.

La qualité interpersonnelle décrite par Donabedian (1980, 1988) met en lumière le rôle central de la relation thérapeutique, soit la communication, le respect, l'empathie et la prise en compte des attentes, principes ensuite approfondis dans les approches centrées sur la personne, qui insistent sur l'adaptation des soins aux préférences, besoins et valeurs des personnes usagères ainsi que sur le respect de leur autonomie (Clarke et al., 2017; Epstein et al., 2010; Mead et Bower, 2000; MSSS, 2018; Nolte et al., 2020). Les travaux fondateurs de Gerteis et al. (1993), Stewart et al. (1995) et Mead et Bower (2000) ont permis d'opérationnaliser ces principes autour de composantes telles que le respect des préférences, la qualité de la communication, l'alliance thérapeutique, la coordination, le soutien émotionnel et l'approche holistique.

Soins et services axés sur la personne	
Justification	Aujourd'hui, les soins axés sur les personnes sont reconnus comme un pilier fondamental de la qualité, de la valeur et de la performance des systèmes de santé, tant au niveau international qu'au Canada (ICIS, 2013; IOM, 2001; OCDE, 2024). Cette sous-dimension est essentielle à la valeur en santé, car elle évalue, principalement à travers des indicateurs rapportés par les patientes et patients, la capacité du système à répondre aux besoins, attentes et préférences des personnes, tout en leur assurant des soins respectueux, continus et bien coordonnés.
Exemples de mesures	• Humanisme : - Interactions personnelles courtoises et respectueuses avec les personnes usagères - Implication des personnes usagères dans la prise de décisions • Convivialité : - Informations faciles à comprendre - Facilité à prendre un rendez-vous - Simplicité des processus - Parcours de soins fluides • Continuité : - Avoir un professionnel régulier - Connaissance des antécédents médicaux par les professionnels • Coordination : - Aide à organiser les soins reçus ailleurs qu'à la clinique • Globalité : - Prise en compte de l'ensemble des besoins physiques, psychologiques et sociaux par les professionnelles et professionnels de santé
Qualité technique des soins	
Définition	La qualité technique désigne des soins et des interventions cliniques appropriés, réalisés de manière sécuritaire, avec rigueur et en cohérence avec les normes professionnelles, les recommandations de bonnes pratiques et les connaissances scientifiques. Cette sous-dimension comprend les éléments suivants : • Pertinence des soins : Capacité à fournir, conformément aux bonnes pratiques, les soins et services appropriés au bon moment et à la bonne personne. La notion de pertinence s'applique à un soin, à un service ou à un plan d'intervention, de même qu'aux décisions d'entreprendre une action, de la poursuivre ou de s'abstenir d'intervenir. • Exécution compétente : Capacité à réaliser les interventions cliniques avec un haut niveau de maîtrise technique, de rigueur et de constance, conformément aux connaissances scientifiques, aux compétences professionnelles attendues et aux normes établies, afin d'assurer la fiabilité et la qualité du soin. • Sécurité : Capacité à mettre en œuvre des mécanismes, des pratiques et des processus visant à prévenir, à détecter, à analyser et à réduire les événements indésirables tout au long du parcours d'une personne usagère au sein du système de santé et de services sociaux.
Justification	La qualité des soins renvoie aux attributs des soins et des services qui contribuent à des interventions sûres, pertinentes et susceptibles de produire des résultats positifs pour les personnes (Brook et Kosecoff, 1988; Donabedian, 1980, 1988, 2003; Champagne et al., 2005; Hensher et McGain, 2020; Hurst et Jee-Hughes, 2001; Kelley et Hurst, 2006). Elle repose sur plusieurs dimensions complémentaires, dont la qualité technique et la qualité interpersonnelle, cette dernière portant sur l'expérience relationnelle des soins. La qualité technique constitue un fondement central de la qualité des soins. Elle renvoie à l'exactitude du diagnostic, à la pertinence des interventions et à la maîtrise des compétences cliniques mobilisées (Donabedian, 1980, 1988). Elle repose sur l'application rigoureuse des données probantes, une utilisation appropriée des technologies, la prévention des erreurs évitables et la fiabilité des processus cliniques (Brook et Kosecoff, 1988; Champagne et al., 2005). Les cadres contemporains d'amélioration de la qualité réaffirment ce rôle central de la qualité technique, la considérant comme un préalable essentiel à l'efficacité et aux résultats de santé (HQO, 2015; HQSC, 2016; IOM, 2001). Ainsi, cette dimension permet d'apprécier dans quelle mesure les soins reçus sont appropriés et sécuritaires pour les personnes usagères, en limitant les erreurs, les complications et les événements indésirables associés aux interventions.
Exemples de mesures	• Polypharmacie chez les personnes âgées • Taux de sepsie à l'hôpital • Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours

Viabilité

DIMENSION

La viabilité désigne la capacité du système de santé et de services sociaux à acquérir, à maintenir et à configurer les ressources financières, humaines, matérielles, technologiques ainsi que les connaissances, et à les adapter de manière à assurer une production de soins et de services répondant aux besoins présents et futurs de la population. À ce titre, la viabilité est une notion multidimensionnelle, qui requiert que le système public de santé et de services sociaux agisse simultanément sur plusieurs leviers afin de garantir sa pérennité.

Concrètement, le système doit assurer sa pérennité budgétaire, veiller à la suffisance et au maintien du capital humain, des ressources matérielles et technologiques ainsi que des connaissances, renforcer sa résilience face aux crises et aux chocs, et soutenir le développement, l'implantation et la pérennité des innovations.

JUSTIFICATION

La dimension de la viabilité permet d'évaluer la capacité du système de santé et de services sociaux à mobiliser et à préserver des ressources suffisantes pour répondre aux besoins présents et futurs de la population (Champagne et al., 2005; Lévesque et Sutherland, 2020; OCDE, 2024). Cette viabilité est essentielle pour garantir l'adaptabilité du système face aux évolutions démographiques, aux exigences croissantes des personnes usagères et aux chocs exogènes, tels que les crises sanitaires et les avancées technologiques (KCE, 2023; OCDE, 2024). En intégrant des capacités d'innovation et de mise en œuvre durable, un système de santé viable peut s'ajuster aux défis actuels tout en anticipant les besoins futurs (Thiebaut et al., 2020).

Mesurer la viabilité d'un système de santé assure qu'il peut fonctionner de manière durable et répondre aux besoins changeants de la population (Smith et al., 2009). À l'inverse, une viabilité fragilisée risque de compromettre les résultats cliniques et populationnels, mettant ainsi en péril la santé de la population. En évaluant les conditions de viabilité, les décideurs sont en mesure d'orienter les investissements et les politiques de santé vers des solutions maximisant les bénéfices pour les individus et la société, tout en préservant la durabilité financière (OCDE, 2024).

Sous-dimensions

Pérennité budgétaire

Définition	La pérennité budgétaire du système public de santé désigne la capacité d'un gouvernement à maintenir, dans le temps, un niveau de services de santé adapté aux besoins de la population tout en préservant l'équilibre et la crédibilité des finances publiques. Elle implique que le gouvernement soit en mesure d'assurer un niveau de financement adéquat du système de santé sans recourir à un ajustement majeur du fardeau fiscal, sans compromettre sa capacité à remplir les autres fonctions de l'État et sans alourdir le poids de la dette.
Justification	La pérennité budgétaire est un enjeu crucial pour les systèmes de santé, en raison de l'augmentation rapide des dépenses, résultant du vieillissement démographique, de l'innovation technologique et des attentes croissantes en matière de qualité des soins (OECD, 2015a; Cylus et al., 2022). Évaluer cette sous-dimension est essentiel pour déterminer la capacité d'un gouvernement à maintenir un financement adéquat tout en respectant ses contraintes fiscales, notamment alors que les dépenses de santé publiques devraient augmenter en moyenne de 1,5 point de PIB d'ici 2045 (OCDE, 2025b). Cette évaluation permet également d'anticiper les ajustements nécessaires pour combler les écarts de financement (European Commission, 2014; OECD, 2024). Des enjeux de pérennité budgétaire peuvent exposer le système à des mesures de consolidation susceptibles de réduire le volume des services, de détériorer la qualité des soins et d'aggraver les inégalités en santé (OECD, 2015a). En outre, cela limite les investissements dans les infrastructures et le personnel, fragilisant ainsi la résilience du système face aux crises sanitaires. À long terme, cette situation peut entraîner un cycle d'endettement et des réallocations budgétaires qui compromettent l'équité et la viabilité globale du système de santé (WHO, 2010). En revanche, un système de santé bénéficiant d'une bonne pérennité budgétaire est mieux positionné pour générer de la valeur pour la population. Un financement adéquat permet de réaliser des investissements durables dans les infrastructures et le personnel, améliorant ainsi la qualité des soins et l'accès aux services, et par le fait même les résultats de santé de la population (OECD, 2015b).
Exemples de mesures	• Dépenses publiques de santé par habitant et leur évolution • Dépenses de santé et de services sociaux du gouvernement sur ses dépenses de portefeuilles et leur évolution • Dépenses publiques de santé sur le PIB et leur évolution • Taux d'utilisation des services de santé par 1 000 habitants et leur évolution

Suffisance et maintien du capital humain et des ressources

Définition	La suffisance et le maintien des ressources désignent la capacité d'un système de santé et de services sociaux à acquérir, à entretenir et à retenir les ressources nécessaires à la production de soins et services répondant aux besoins actuels et futurs de la population, tout en atteignant les objectifs du système. Ces ressources comprennent le capital humain, les dimensions matérielles, technologiques, informationnelles, ainsi que les connaissances utiles aux décisions cliniques, organisationnelles et stratégiques.
Justification	La suffisance et le maintien des ressources constituent un levier essentiel du bon fonctionnement des systèmes de santé. Ils reposent sur la disponibilité d'équipes professionnelles aux compétences complémentaires, l'accès à des infrastructures et équipements de qualité répartis de manière équitable sur le territoire, ainsi que l'intégration de technologies alignées sur les avancées scientifiques. Cette capacité doit être soutenue par l'utilisation de données probantes permettant d'orienter la planification, l'ajustement et l'optimisation des pratiques et des services (Kuhlmann et al., 2024). L'atteinte de cette suffisance repose sur une planification alignée sur les besoins de la population, sur le soutien à la qualité de vie au travail, sur le développement continu des compétences et sur l'entretien des infrastructures et du matériel (Santé Canada, 2022; Soubra et al., 2025). L'évaluation de cette sous-dimension permet ainsi d'apprécier à quel point le système est en mesure de mobiliser et d'articuler de façon cohérente l'ensemble de ses intrants pour produire des soins et services sûrs, efficaces et de qualité, tout en maintenant sa performance face aux défis démographiques, épidémiologiques et technologiques (Papanicolas et al., 2022; WHO, 2000).
Exemples de mesures	• Suffisance projetée du nombre de professionnels essentiels à la production de soins • Taux de rétention à un an du personnel du RSSS • Proportion des heures d'absentéisme • Pourcentage des médecins omnipraticiens non participants au régime d'assurance maladie et pratiquant dans le secteur privé • Taux d'occupation des lits d'hôpital • Proportion des bâtiments en mauvais ou en très mauvais état

Innovation	
Définition	L'innovation dans les systèmes et organisations de santé et de services sociaux désigne le développement, l'introduction ou l'adaptation de pratiques, de processus, de technologies, de modalités de services ou de politiques, perçus comme nouveaux et pertinents, et adaptés aux besoins des populations ainsi qu'aux objectifs, valeurs et capacités des organisations. Qu'elles soient conçues en interne ou adoptées à partir d'expériences externes, ces innovations visent à générer des effets positifs, notamment sur l'efficacité ou l'efficience des soins et services, sur l'expérience des personnes usagères ou sur les résultats de santé et de bien-être.
Justification	L'évaluation de l'innovation permet de mesurer la capacité d'un système de santé à développer, à implanter, à adapter et à pérenniser de nouvelles pratiques, ainsi qu'à en mesurer les effets, tout en tenant compte de l'adéquation avec le contexte organisationnel et les besoins des populations. Elle fournit également des informations sur les facteurs qui peuvent faciliter ou freiner la mise en œuvre des innovations. Le développement d'une innovation est insuffisant en soi; son impact dépend de la capacité des organisations à l'adopter, à l'intégrer dans leurs pratiques courantes et à la soutenir sur le long terme (Damanpour et Evans, 1984). Des recherches montrent que la réussite de ces processus est fortement conditionnée par le contexte organisationnel et les mécanismes d'implantation (Greenhalgh et al., 2004; Rogers, 1995). Cette sous-dimension est centrale pour l'appréciation de la valeur produite par le système de santé. En l'absence de capacités structurées d'innovation et de mécanismes d'évaluation associés, le système s'expose à une performance sous-optimale, avec une capacité limitée d'adaptation aux besoins évolutifs des populations et une perte d'occasions pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, et améliorer la santé globale des populations (OCDE, 2024). L'importance de mesurer la capacité d'innovation dans les systèmes de santé est bien établie. Le McMaster Health Forum Canada (Wilson et al., 2024) et l'OMS (Nolte, 2018) recommandent de mettre en place des systèmes intégrés – combinant une gouvernance solide, des ressources adéquates et des mécanismes d'évaluation – afin de maximiser l'adoption et l'efficacité des innovations. L'évaluation de l'innovation dans les systèmes de santé est non seulement cruciale pour leur performance, mais elle est également déterminante pour assurer que les soins fournis répondent aux défis actuels et futurs.
Exemples de mesures	• Pourcentage d'utilisateurs pouvant consulter en ligne le sommaire de leurs visites en clinique médicale • Pourcentage de médecins de première ligne pouvant communiquer électroniquement avec des spécialistes ou autres professionnels hors clinique pour donner ou recevoir des conseils • Investissement en recherche et développement technologique dans le domaine de la santé par habitant • Proportion de traitements ou protocoles basés sur les dernières recommandations scientifiques

Résilience	
Définition	La résilience renvoie à la capacité du système de santé et de services sociaux, ainsi que de l'ensemble de la société, à anticiper, à gérer et à surmonter des crises ou des chocs soudains et majeurs. Ces événements peuvent provoquer d'importantes perturbations et avoir des répercussions sur la santé et le bien-être de la population, de même que sur la viabilité du système (Kruck, 2015; Kutzin et al., 2016; Levesque et al., 2020; OECD, 2020b; Thomas et al., 2020). Pour faire face à un choc ou à une crise, un système de santé et de services sociaux doit : • se préparer en amont, en renforçant ses capacités de prévention et d'anticipation; • s'adapter, afin de répondre aux besoins, de limiter les impacts sur la population et sur le système, et de maintenir ses fonctions essentielles; • se rétablir rapidement et efficacement, pour restaurer les fonctions et capacités altérées; • évoluer à partir des apprentissages tirés de l'événement, tant aux niveaux systémique et organisationnel qu'individuel (OECD, 2020b; OCDE, 2024).

Résilience	
Justification	Mesurer la résilience du système de santé est essentiel, car elle détermine sa capacité à préserver la vie, à maintenir ses fonctions essentielles et à produire des résultats de santé positifs, quels que soient le contexte et le niveau de perturbation (Kruk et al., 2015; OMS, 2024). Les crises sanitaires, environnementales ou sociales exposent les systèmes à des chocs susceptibles de perturber simultanément la prestation des soins, la santé publique et les déterminants sociaux de la santé. Ces chocs mettent à l'épreuve l'ensemble du système et révèlent ses capacités réelles d'anticipation, d'absorption et d'adaptation (Fleming et al., 2022; Thomas et al., 2020). En l'absence de résilience suffisante, le système est exposé à un risque accru de ruptures opérationnelles, de détérioration rapide des résultats de santé et d'amplification des inégalités (Kruk et al., 2015; OECD, 2020b). L'évaluation de la résilience permet d'apprécier dans quelle mesure le système de santé et de services sociaux est préparé à absorber ces chocs, à maintenir ses services essentiels et à s'adapter de façon durable en intégrant les enseignements issus des crises. Cette capacité émerge de l'interaction entre la disponibilité des ressources, les mécanismes de gouvernance et de coordination, les capacités organisationnelles, la main-d'œuvre et l'engagement des communautés (Kruk et al., 2015). En ce sens, la résilience constitue un révélateur central de la performance systémique globale, renseignant sur les forces et les vulnérabilités du système face aux tensions et aux périodes de turbulence (Kutzin et al., 2016; Levesque et Sutherland, 2020). Cette sous-dimension est essentielle à la création de valeur. Un système de santé résilient est en mesure d'assurer la continuité des soins et services en contexte de perturbation, de protéger la santé et le bien-être des populations et de soutenir sa viabilité à long terme. Il consolide également la confiance citoyenne et renforce sa capacité d'apprentissage et d'amélioration continue, tant en période de crise qu'en situation normale (Fleming et al. 2022; Kruk et al., 2015; OECD, 2020b; OMS, 2024; Thomas et al., 2020).
Exemples de mesures	• Fréquence des mises à jour des plans d'urgence • Capacité excédentaire des établissements en ressources matérielles (lits, matériel, médicaments) • Taux de surmortalité pendant la période de crise • Temps nécessaire pour rétablir les services à leur niveau normal après une crise

Efficienne

DÉFINITION

L'efficienne désigne la capacité du système de santé et de services sociaux à obtenir le meilleur niveau de services et de résultats de santé et de bien-être compte tenu des ressources financières disponibles. Pour y parvenir, les ressources financières doivent être utilisées de façon optimale à chaque étape de production de soins et de services afin de maximiser les résultats de santé.

JUSTIFICATION

Cette définition s'inspire du concept de *Value for Money* (VfM) de Smith (2009), qui met l'accent sur l'optimisation des résultats obtenus pour les ressources financières utilisées, en allant au-delà de la simple réduction des coûts pour intégrer la qualité des soins, les résultats cliniques et le bien-être de la population. Cette perspective se distingue de la vision classique de l'efficienne, centrée sur l'ensemble des intrants (financiers, humains et matériels) et le ratio global résultats/intrants, en mettant l'accent sur l'usage judicieux des ressources financières pour maximiser la valeur produite.

Elle fournit ainsi un cadre pratique pour appuyer la prise de décision et la gestion des systèmes de santé, tout en intégrant les dimensions de qualité et de pertinence des résultats (Cylus et al., 2016).

La mesure de l'efficacité permet d'évaluer à quel point les ressources sont converties efficacement en intrants, lesquels sont transformés en services et, ultimement, en résultats de santé pour la population (Smith, 2009). Cette approche, qui repose sur l'utilisation optimale des ressources à chaque étape de la chaîne de production des services, contribue à améliorer les résultats cliniques et populationnels tout en limitant les inefficiences, et offre ainsi une vision systémique de l'organisation du système de santé (Smith, 2009).

L'efficacité occupe une place centrale dans les cadres internationaux et canadiens, où elle est reconnue comme un objectif fondamental de la performance (ICIS 2013; NHIPPC, 2017; OCDE, 2024; WHO, 2000). Dans une perspective de valeur, elle constitue un levier essentiel pour garantir que les ressources limitées sont utilisées de manière optimale pour maximiser les bénéfices pour la population et que le système limite le gaspillage tout en améliorant les résultats individuels et collectifs (Çelik, Khan et Hikmet, 2017; Papanicolas et al., 2022; Smith, 2009).

EXEMPLES DE MESURES

- Ratio coût/résultat
- Analyses configurationnelles mettant en relation les coûts avec des indicateurs de résultats

Équité du système de santé et de services sociaux

DÉFINITION

L'équité du système de santé et de services sociaux désigne l'absence d'écarts systématiques, injustes et évitables entre les groupes de population dans la distribution des ressources, dans l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services, de même que dans les résultats de santé et de bien-être.

Elle repose sur le principe selon lequel les ressources et les services doivent être organisés et offerts en fonction des besoins de santé des populations et des individus, sans que leurs caractéristiques personnelles, sociales ou territoriales soient à l'origine d'écarts injustes.

JUSTIFICATION

Dans les cadres contemporains d'évaluation de la performance et de la valeur des systèmes de santé, l'équité est largement reconnue comme une dimension centrale (OCDE, 2024; Rajan et al., 2023). Elle est généralement définie comme l'absence d'inégalités systématiques, évitables et injustes entre groupes de population (Whitehead, 1992; WHO, 2008).

L'équité peut être appréciée selon différents niveaux d'analyse. Certaines approches de l'équité en santé adoptent une perspective large, intégrant à la fois les résultats de santé et leurs déterminants (Braveman et Gruskin, 2003). D'autres se concentrent sur l'équité dans les soins et services, en examinant l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des soins en fonction des besoins (Starfield, 2001). Les cadres d'évaluation des systèmes de santé proposent pour leur part une perspective intégrée, où l'équité constitue une dimension transversale de la performance, liée à la distribution des ressources, des services et des résultats (Murray et Frenk, 2000; Papanicolas et Smith, 2013).

Dans cette optique, il importe de distinguer l'**équité en santé**, qui concerne les écarts d'état de santé entre groupes et reflète largement l'influence des déterminants sociaux, de l'**équité du système de santé**, qui renvoie à la manière dont les ressources et les services sont organisés et offerts en fonction des besoins

Sur le plan opérationnel, l'équité est généralement analysée en comparant la distribution des ressources, l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de même que les résultats de santé entre groupes de population (par exemple selon le revenu ou le territoire). De telles analyses tiennent compte des différences de besoins de santé, afin de neutraliser les écarts attendus et de mettre en évidence les écarts résiduels (O'Donnell et al., 2008). La littérature relative à l'organisation des services de santé considère généralement que ces écarts résiduels, après ajustement des besoins cliniques, relèvent du fonctionnement du système de santé et de services sociaux (O'Donnell et al. 2008).

Cette approche repose classiquement sur deux principes complémentaires (Culyer et Wagstaff, 1993) :

1. **Équité horizontale** : pour des besoins de santé égaux, les individus ou groupes devraient recevoir des niveaux comparables de ressources et de services;
2. **Équité verticale** : pour des besoins de santé différents, les individus ou groupes devraient recevoir des niveaux différenciés de ressources et de services, proportionnels à leurs besoins.

Dans une perspective de performance des systèmes de santé, l'équité implique également un accès universel sans obstacles associés à des caractéristiques non liées aux besoins, une qualité conforme aux standards de soins pour tous, et des résultats de santé sans écarts injustifiés entre groupes (WHO, 2008; Murray et Frenk, 2000).

L'équité constitue ainsi une dimension essentielle de la valeur des systèmes de santé : l'amélioration des résultats moyens ne suffit pas à caractériser cette valeur si elle s'accompagne du maintien d'écarts injustes entre groupes. L'évaluation de la valeur ne peut donc être dissociée de la manière dont les bénéfices du système sont répartis en fonction des besoins.

Sous-dimensions

Équité de ressources	
Définition	L'équité de ressources désigne la distribution des ressources matérielles, technologiques, financières, humaines et informationnelles au sein du système de santé et sur l'ensemble du territoire, selon les besoins des différents groupes de population. Elle vise à assurer une allocation des ressources du système permettant de réduire les écarts injustifiés d'accès et de prestation des services liés au contexte ou au lieu de résidence.
Justification	Cette sous-dimension permet d'évaluer si les ressources matérielles, humaines, financières, technologiques et informationnelles sont réparties de manière à répondre aux besoins des individus et des différents groupes de population. La littérature souligne qu'une distribution inéquitable des ressources contribue aux écarts dans l'accès aux soins, la qualité des services et, indirectement, les résultats de santé (Blas et Kurup, 2010; Braveman et al., 2011; Whitehead, 1992). L'équité de ressources vise à réduire les inégalités évitables, en particulier pour les populations défavorisées, et s'inscrit dans les objectifs de couverture universelle et de justice sociale en santé (Marmot, 2005; Solar et Irwin, 2010). En assurant une allocation des ressources plus proportionnée aux besoins, le système de santé peut améliorer l'accès aux services et soutenir une utilisation plus appropriée des soins (Culyer, 2007; WHO, 2015).
Exemples de mesures	- Allocation des ressources financières selon les besoins de santé relatifs des populations dans les différentes régions - Dépense par habitant ajustée en fonction des niveaux de besoins de santé selon les régions - Nombre de médecins ou d'infirmières par 1 000 habitants ajusté en fonction des niveaux de besoins de santé selon les régions

Équité d'accès	
Définition	L'équité d'accès aux soins et aux services désigne l'absence d'écarts systématiques, injustes et évitables dans la capacité des individus et des groupes de population à obtenir les soins de santé et les services sociaux dont ils ont besoin. Elle implique que les services soient accessibles en temps opportun, offerts par du personnel qualifié et disponibles sans obstacles financiers, organisationnels, géographiques, culturels ou liés à la discrimination.
Justification	L'évaluation de l'équité d'accès permet de mesurer la capacité du système de santé et de services sociaux à assurer un accès aux soins et aux services dont les individus et les groupes de population ont besoin, sans discrimination ni avantage injustifié, et indépendamment des caractéristiques non liées aux besoins de santé, telles que le revenu, le lieu de résidence ou le statut social (ICIS, 2013; MSSS, 2012; OCDE, 2024). Cette dimension est essentielle dans un cadre d'évaluation de la valeur, car un système performant doit permettre un accès équitable aux soins et aux services pour l'ensemble de la population, y compris les groupes en situation de vulnérabilité, afin de réduire les inégalités évitables et de soutenir l'amélioration du bien-être global (Papanicolas et al., 2022; Rajan, 2023).
Exemples de mesures	- Proportion de personnes ayant accès à un dispensateur de soins le jour même ou le lendemain selon le statut socioéconomique ou la région de résidence - Pourcentage de la population ayant un besoin non comblé de services en santé mentale selon la langue parlée, le statut socioéconomique, la région de résidence ou l'appartenance à un groupe vulnérable

Équité de qualité	
Définition	L'équité de qualité des soins et des services désigne l'absence d'écarts systématiques, injustes et évitables dans la qualité des soins reçus par les personnes usagères, entre les groupes de population définis selon leurs caractéristiques personnelles, sociales ou territoriales. Elle implique que les soins soient adaptés aux besoins de santé propres à chaque personne, tout en étant dispensés selon des standards de qualité équivalents sur les plans technique et relationnel.
Justification	Cette sous-dimension permet d'évaluer la capacité du système de santé et de services sociaux à offrir des soins de qualité conformes aux bonnes pratiques cliniques et adaptés aux besoins des personnes usagères, de manière cohérente entre les groupes de population et indépendamment de leurs caractéristiques personnelles, sociales ou territoriales (ICIS, 2013; IOM, 2001; OCDE, 2024). Elle permet d'identifier et de réduire les écarts injustes dans la prestation des services, afin que la qualité des soins soit déterminée par les besoins de santé plutôt que par des facteurs organisationnels ou des caractéristiques non liées aux besoins (ICIS, 2013; Thiebaut et al., 2020). La mesure de l'équité de qualité contribue ainsi à apprécier la valeur produite par le système en analysant dans quelle mesure celui-ci assure des soins conformes aux standards de qualité et aux besoins des populations, de façon équitable entre les groupes de population.
Exemples de mesures	• Pourcentage de la population ayant été traitée injustement lorsqu'elle a reçu des soins de santé en raison de son âge, de son sexe, de son genre, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son origine ethnique, de sa religion ou de ses croyances • Pourcentage de médecins de première ligne déclarant que leur milieu de pratique traite souvent injustement les personnes usagères selon leur origine ethnique • Taux de disparité territoriale dans le suivi régulier avec le même professionnel de santé

Équité de résultats	
Définition	L'équité de résultats désigne l'absence d'écarts systématiques, injustes et évitables dans les résultats de santé et de bien-être entre les personnes ou les groupes de population, incluant les résultats cliniques et populationnels. Elle implique que les différences observées dans l'état de santé global, la capacité fonctionnelle ou le bien-être ne soient pas attribuables à des facteurs non liés aux besoins de santé, tels que les caractéristiques sociales, économiques, culturelles ou territoriales.
Justification	L'évaluation de l'équité de résultats vise à apprécier dans quelle mesure les bénéfices produits par le système de santé et de services sociaux en matière de santé et de bien-être sont distribués au sein de la population sans écarts systématiques et injustifiés selon des facteurs sociaux, organisationnels ou systémiques non liés aux besoins de santé (ICIS, 2013; 2018; Murray et Evans, 2003; Murray et Frenk, 2000; WHO, 2000). L'équité de résultats est étroitement liée à la finalité du système de santé et de services sociaux, soit le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Elle mobilise les dimensions d'efficacité clinique et d'efficacité populationnelle, en intégrant l'ensemble des interventions cliniques et des actions de santé publique, et en analysant la distribution des résultats de santé après la prise en compte des différences de besoins de santé. Elle permet de mettre en évidence les écarts persistants ou émergents entre groupes de population, d'orienter les politiques vers les populations les plus défavorisées et d'apprécier dans quelle mesure le système contribue à une amélioration durable et équitable de l'état de santé de la population (KCE, 2023; Rajan et al., 2023; Greenley et al., 2024; OCDE, 2024; Papanicolas et al., 2022). L'équité de résultats constitue une dimension centrale de la valeur des systèmes de santé. Un système qui améliore les résultats de santé moyens tout en maintenant des écarts injustifiés entre groupes compromet sa capacité à répondre aux objectifs collectifs de santé. À l'inverse, la réduction de ces écarts contribue à renforcer la cohésion sociale et la confiance envers le système (Greenley et al., 2024; Rajan et al., 2023).
Exemples de mesures	• Taux d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires comparés entre régions ou groupes socioéconomiques • Taux de maintien à domicile des bénéficiaires des services à domicile comparés entre régions ou groupes socioéconomiques • Taux de couverture au dépistage du cancer du sein comparés entre régions ou groupes socioéconomiques

Protection sociale

DÉFINITION

La protection sociale désigne l'ensemble des dispositifs, politiques et mécanismes publics visant à protéger les individus et les communautés face aux situations de vulnérabilité et à réduire les impacts sociaux et économiques des difficultés rencontrées au cours de la vie (maladie, vieillesse, perte d'autonomie, incapacité, exclusion sociale, chômage, etc.). Elle contribue à réduire la précarité et à renforcer la résilience des individus et des communautés.

Elle repose sur des leviers structurels, financiers et institutionnels – tels que les politiques publiques, les lois et règlements, les programmes gouvernementaux et les dispositifs administratifs – ainsi que sur la coordination intersectorielle.

Bien que la protection sociale relève de plusieurs secteurs, le système de santé et de services sociaux y contribue principalement de manière structurelle et financière, notamment en :

- assurant la couverture publique des soins de santé et des services sociaux;
- soutenant des mécanismes de protection financière (ex. : couverture des médicaments, réduction des coûts directs pour les usagères et usagers);
- finançant, soutenant ou coordonnant certains programmes sociaux et communautaires (ex. : soutien aux personnes proches aidantes, services de répit, accompagnement des personnes itinérantes, insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap);
- participant aux politiques publiques et aux actions intersectorielles visant à renforcer le filet de sécurité global et à orienter les populations vulnérables vers les services appropriés.

JUSTIFICATION

Dans la littérature internationale, deux grandes définitions de la protection sociale coexistent : une définition large, qui englobe l'ensemble des politiques publiques et des actions visant à protéger les individus contre les risques sociaux et économiques de la vie (chômage, maladie, vieillesse, perte d'autonomie, exclusion sociale, etc.), et une définition plus ciblée, centrée sur les mécanismes de protection financière liés à la santé, tels que la couverture des soins et la limitation des dépenses catastrophiques.

Dans les travaux fondateurs de l'OMS – notamment le *World Health Report 2000* (WHO, 2000) –, la protection financière est présentée comme l'un des objectifs intrinsèques des systèmes de santé, au même titre que l'amélioration de la santé et la réactivité. Murray et Frenk (2000) précisent que cette fonction vise à éviter que les ménages ne subissent des dépenses catastrophiques ou un appauvrissement en raison de problèmes de santé, tout en assurant une contribution équitable au financement du système. Les cadres récents liés à la couverture sanitaire universelle vont dans le même sens : la protection financière est considérée comme un pilier central du système de santé, complémentaire à l'accessibilité et à la qualité des services (Kutzin, 2013).

Parallèlement, la protection sociale au sens large recouvre un champ beaucoup plus vaste. Selon l'OMS (WHO, 2014), elle comprend des politiques visant à soutenir les individus face à des risques sociaux et économiques comme le chômage, la maladie, la perte d'autonomie, la vieillesse, le logement ou l'exclusion sociale. L'Organisation internationale du travail (ILO, 2017) ajoute que ces mécanismes ont pour objectif de protéger la population contre les pertes de revenu liées à divers aléas de la vie.

Contrairement aux interventions de promotion et de prévention en santé, qui visent à agir sur les déterminants de santé et les facteurs de risque, la protection sociale vise à protéger les individus et les populations contre les conséquences sociales et économiques des aléas de la vie, notamment ceux liés à la santé.

L'évaluation de cette dimension permet ainsi d'apprécier la capacité du système à générer de la valeur pour la population en protégeant les individus et les groupes contre les risques sociaux et économiques qui menacent leur bien-être.

Sous-dimensions

Protection financière

Définition	La protection financière désigne la capacité du système de santé et de services sociaux à protéger les individus et les familles contre le risque que les coûts des soins et services entraînent un fardeau économique excessif ou des dépenses catastrophiques. Elle vise à garantir que chacun peut accéder aux soins nécessaires sans compromettre sa situation économique, tout en y contribuant de manière proportionnelle selon ses moyens. Elle inclut la notion d' accessibilité financière , c'est-à-dire la possibilité pour tous d'obtenir les soins et services nécessaires sans obstacles financiers, ainsi que l' équité de la contribution financière , qui consiste à répartir le financement du système de manière proportionnelle à la capacité de paiement des ménages.
Justification	La protection financière est reconnue comme un objectif central des systèmes de santé performants et de la couverture sanitaire universelle (Kutzin, 2013; Murray et Frenk, 2000; WHO, 2000). Elle vise à prévenir l'exposition des individus et des ménages à un fardeau économique excessif lié aux dépenses de santé et à garantir que l'accès aux soins n'est pas conditionné par la capacité à payer (Papanicolas et al., 2022). En soutenant une redistribution équitable du financement des soins, cette sous-dimension contribue au principe de justice sociale et constitue un levier essentiel pour promouvoir l'équité et la valeur produite par le système de santé, notamment en protégeant les populations vulnérables contre les dépenses catastrophiques (Murray et Evans, 2003; Murray et Frenk, 2000; OECD, 2024; Solar et Irwin, 2010; WHO, 2000).
Exemples de mesures	• Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou services pour des raisons financières • Part des dépenses de santé payées directement par les ménages (dépenses <i>out-of-pocket</i>) par rapport aux revenus • Indice de progressivité de la contribution financière au système de santé

Couverture publique de soins et services

Définition	La couverture publique de soins et services désigne l'étendue des soins de santé et des services sociaux couverts par le système public et financés majoritairement par des mécanismes collectifs, auxquels la population est admissible selon des principes d'universalité. Elle reflète la capacité du système à garantir une protection universelle face aux besoins de santé et sociaux essentiels, en assurant que les services couverts sont effectivement accessibles à la population, indépendamment de sa capacité de paiement.
Justification	L'évaluation de la couverture publique permet d'apprécier dans quelle mesure le système de santé et de services sociaux assure un accès universel aux soins et services nécessaires, en limitant le recours aux dépenses privées et en garantissant que les services sont non seulement disponibles, mais aussi effectivement utilisables par les personnes usagères. Reconnue comme un pilier central de la performance des systèmes de santé, la couverture publique garantit que l'accès aux services essentiels n'est pas conditionné par la capacité de payer des ménages (Murray et Frenk, 2000; OECD, 2024; WHO, 2000). En assurant une prise en charge collective des coûts et une mutualisation des risques, elle contribue à réduire les paiements directs et à prévenir les dépenses catastrophiques pour les ménages. Une couverture publique adéquate renforce ainsi l'équité et la protection financière des populations, tout en soutenant la valeur globale produite par le système de santé (Rajan et al., 2023; Smith et al., 2020).
Exemples de mesures	• Pourcentage des médicaments prescrits couverts par le régime public • Pourcentage de services essentiels non couverts par le système public (ex. : services psychosociaux, psychologiques, dentaires) • Proportion de la population ayant besoin d'un service non couvert et devant recourir à un paiement direct • Proportion de la population ayant besoin d'un service couvert, mais qui n'a pu y accéder en pratique en raison du manque de disponibilité

Protection contre les impacts sociaux et économiques

Définition	Cette sous-dimension désigne la capacité du système de santé et de services sociaux à protéger les individus et les communautés face aux situations de vulnérabilité, au-delà des soins directs, en atténuant les impacts sociaux et économiques des difficultés rencontrées dans la vie (maladie, vieillesse, perte d'autonomie, incapacité, exclusion sociale, chômage, etc.). Elle repose sur des leviers structurels et institutionnels mobilisés par le système de santé, incluant : • le financement, le soutien et la coordination de programmes sociaux et communautaires (p. ex. soutien aux proches aidants, services de répit, accompagnement des personnes itinérantes, insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap); • la participation à des politiques publiques et à des actions intersectorielles visant à renforcer le filet de sécurité global et à orienter les personnes usagères vers les ressources appropriées.
Justification	Cette sous-dimension permet d'évaluer dans quelle mesure le système de santé et de services sociaux protège et soutient les populations vulnérables confrontées aux conséquences sociales et économiques de la vie (p. ex. vieillesse, perte d'autonomie, maladie, incapacités, exclusion sociale) (Murray et Frenk, 2000; Solar et Irwin, 2010; OMS, 2016; OMS et Banque mondiale, 2012). Elle renseigne sur la capacité du système à mobiliser des leviers structurels, tels que l'influence sur les politiques publiques, la coordination intersectorielle avec des domaines comme l'habitation, l'emploi, le revenu. Elle vise également à évaluer le rôle du système dans le financement, le soutien ou la coordination de programmes sociaux ou communautaires (ex. : soutien aux proches aidants, services de répit, accompagnement des personnes itinérantes, soutien à l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap), afin d'atténuer les impacts sociaux et économiques et de renforcer la résilience des populations concernées (CDSS, 2008; ILO, 2017; OECD, 2015b; Solar et Irwin, 2010). L'évaluation de cette sous-dimension est essentielle pour apprécier la valeur du système, en mettant en évidence sa capacité à protéger les populations vulnérables et à réduire les inégalités sociales et économiques.
Exemples de mesures	• Proportion de la population vivant en insécurité financière • Proportion de la population vivant de l'insécurité alimentaire • Taux d'endettement catastrophique lié à des événements de santé • Taux de participation sociale des personnes âgées

Durabilité environnementale

DÉFINITION

La durabilité environnementale désigne la capacité du système de santé et de services sociaux à réduire son empreinte environnementale tout en s'adaptant aux changements et aux dégradations des écosystèmes.

Elle englobe à la fois les actions visant à diminuer les émissions de gaz à effet de serre, les contaminants, les polluants, les déchets et la consommation de ressources, ainsi que celles qui anticipent les risques environnementaux, renforcent la résilience du système et contribuent à la préservation, à la restauration et au soutien d'environnements favorables à la santé.

JUSTIFICATION

La durabilité environnementale constitue une composante clé de la valeur et de la viabilité des systèmes de santé et de services sociaux (Dolcini et al, 2025; Hensher et McGain, 2020). Elle reflète la capacité du système à réduire ses impacts environnementaux directs et à s'inscrire de manière cohérente dans les objectifs de durabilité globale, particulièrement face aux risques majeurs que les changements climatiques font peser sur la santé des populations (Brundtland Commission, 1987; Hensher et McGain, 2020; OCDE, 2024; Otto et al, 2020; Papanicolas et al, 2022; Rajan et al, 2023; WHO, 2023).

Cette dimension est désormais reconnue comme une composante structurante de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. L'OMS (Rajan et al, 2023) et l'OCDE (2024) insistent sur la nécessité de l'intégrer aux cadres d'évaluation, tandis que la littérature récente identifie des indicateurs opérationnels concrets, notamment en matière de gestion de l'énergie et des déchets, de consommation d'eau, d'émissions de gaz à effet de serre, de mobilité et d'infrastructures climato-résilientes (Dolcini et al, 2025; Seppanen et Or, 2025).

Toutefois, la durabilité environnementale ne saurait se limiter à la seule réduction de l'empreinte écologique du système de santé. Elle implique également de prendre en compte les impacts sanitaires de la dégradation des écosystèmes, tels que l'effondrement de la biodiversité, la pollution de l'eau et des sols, ou la perturbation des habitats naturels, lesquels augmentent les interactions entre humains et animaux et favorisent l'émergence de zoonoses (INSPQ, s. d.). Ces enjeux s'inscrivent pleinement dans l'approche *One Health* promue par l'OMS, qui reconnaît l'interdépendance étroite entre la santé humaine, la santé animale et la santé des écosystèmes, et appelle à transformer les systèmes de santé pour mieux anticiper et gérer les risques sanitaires d'origine environnementale (WHO, s. d.).

L'intégration de la durabilité environnementale dans un modèle d'évaluation de la valeur permet ainsi d'appréhender conjointement l'impact environnemental des soins et la capacité du système à faire face aux défis contemporains de santé publique, de justice sociale et de viabilité écologique. Elle contribue à élargir la notion de valeur aux enjeux de bien commun, de pérennité des soins et de responsabilité intergénérationnelle.

Sous-dimensions

Réduction de l’empreinte environnementale du système

Définition	Cette sous-dimension désigne les actions visant à réduire les impacts environnementaux directs du système de santé, notamment les émissions de gaz à effet de serre, la consommation énergétique, les déchets et l'utilisation de ressources matérielles.
Justification	Le secteur de la santé contribue de manière significative aux impacts environnementaux, notamment par les émissions de gaz à effet de serre (GES), la consommation de ressources et la production de déchets (OCDE, 2024; Rajan et al., 2023). La littérature internationale souligne que la réduction de cette empreinte est essentielle non seulement pour la santé planétaire, mais aussi pour la viabilité des soins (Hale et al., 2024; Hensher et McGain, 2020; OCDE, 2024; Papanicolas et al., 2023). Dans cette perspective, des stratégies ciblées – telles que la réduction des soins inutiles, la maîtrise de la consommation énergétique et la gestion responsable des déchets – sont reconnues comme des leviers prioritaires pour diminuer l’impact environnemental du système de santé, tout en soutenant sa performance globale.
Exemples de mesures	• Émissions de GES du système de santé (totales ou par établissement) • Consommation énergétique par établissement ou par type de service • Proportion de déchets biomédicaux recyclés ou éliminés selon des procédés à faible impact • Taux de réduction des plastiques à usage unique dans les établissements

Adaptation du système aux changements environnementaux

Définition	Cette sous-dimension désigne la capacité du système de santé et de services sociaux à anticiper et à prévenir les conséquences sanitaires de la dégradation des écosystèmes, du changement climatique et des interactions entre santé humaine, santé animale et santé environnementale, ainsi qu’à y répondre efficacement. Cette sous-dimension reconnaît l’interdépendance entre ces composantes pour réduire l’émergence de risques sanitaires, renforcer la résilience institutionnelle et assurer une continuité de la prestation des soins dans un contexte environnemental instable.
Justification	Au-delà de la réduction de leur empreinte environnementale, les systèmes de santé sont confrontés à la nécessité de s’adapter aux changements environnementaux et aux risques écologiques croissants pour la santé. Dans ce contexte, ils doivent adapter leurs infrastructures, leurs modèles de soins, leurs dispositifs de surveillance et leurs modes de gouvernance afin d’anticiper ces risques et de protéger durablement la santé des populations. Cette adaptation s’inscrit dans une perspective intégrée conforme à l’approche <i>One Health</i> (WHO, s. d.), qui reconnaît les interdépendances entre la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale de même que la nécessité de réponses coordonnées face aux risques complexes. Ces adaptations reposent sur l’existence de cadres structurants, d’objectifs explicites, de capacités organisationnelles et institutionnelles adéquates, ainsi que de mécanismes de suivi et de veille permettant d’intégrer les signaux environnementaux dans la planification et la prise de décision. La littérature souligne notamment l’importance de la préparation aux événements climatiques extrêmes, de la surveillance intégrée des risques sanitaires d’origine environnementale et de la résilience des infrastructures et des services de santé face aux perturbations écologiques (Hensher et McGain, 2020; Rajan et al., 2023; Otto et al., 2020; WHO, 2023). Dans cette perspective, l’évaluation de cette sous-dimension permet d’apprécier la capacité du système à générer de la valeur à long terme, en alignant sa performance sur les impératifs environnementaux et sociétaux contemporains. Elle renseigne sur la manière dont le système contribue aux principes de développement durable et à la responsabilité intergénérationnelle, en conciliant la protection de la santé des populations actuelles avec la préservation des conditions de santé futures (Brundtland Commission, 1987; Hensher et McGain, 2020; OCDE, 2024; Otto et al., 2020; Rajan et al., 2023).
Exemples de mesures	• Pourcentage de régions ayant un plan d’adaptation climatique pour le système de santé et les services sociaux • Existence des programmes de surveillance intégrée des zoonoses et des pathogènes émergents

6. CONCLUSION

Le modèle d'évaluation de la valeur du Commissaire fournit un cadre structurant et opérationnel qui permet de clarifier la notion de valeur jusqu'ici faiblement conceptualisée dans le domaine de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. En intégrant à la fois les résultats individuels, populationnels et sociétaux, il propose une vision globale et cohérente de la valeur produite par le système. Tout en se concentrant sur les aspects directement attribuables au système lui-même, le modèle reconnaît que ces résultats peuvent également être influencés par d'autres facteurs ou secteurs – tels que le logement, le revenu, l'emploi, l'éducation, les habitudes de vie ou l'environnement physique – soulignant ainsi la complexité et l'interdépendance des déterminants de la santé.

Ce travail se distingue par une démarche méthodologique structurée, reposant sur une phase initiale de conceptualisation incluant des consultations citoyennes, des revues de littérature et une validation itérative des dimensions, des définitions et des mesures avec des experts. Une étape de délibération éthique et d'analyse normative a également permis d'assurer que les dimensions retenues sont alignées sur les valeurs de la société québécoise. Cette démarche a favorisé une mise en dialogue des savoirs citoyens, scientifiques, professionnels et organisationnels, tout en conduisant à des arbitrages éclairés qui ont parfois remis en question certaines décisions initiales et permis d'en confirmer ou d'en ajuster d'autres. L'ensemble de ce processus a permis d'identifier et de définir de manière opérationnelle les dimensions et sous-dimensions de la valeur, rendant possible leur traduction en indicateurs concrets et mesurables.

Le modèle a ensuite été mis à l'épreuve dans le cadre du projet *Grands repères*, qui vise à évaluer la valeur du système de santé et de services sociaux québécois et qui a constitué sa première application empirique. Lors de cette première itération, certaines dimensions du modèle – notamment l'amélioration de la santé et du bien-être, la réponse aux priorités et aux besoins de la population, ainsi que la viabilité et l'efficacité du système – ont été opérationnalisées sous forme d'indicateurs et d'analyses. Cette mise en œuvre a permis de tester la cohérence interne du modèle, d'en démontrer le caractère opérationnel et d'en valider la capacité à soutenir une évaluation structurée et reproductible de la valeur produite par le système. L'exercice a également contribué à affiner certaines définitions et certains choix méthodologiques, confirmant la robustesse du modèle tout en mettant en lumière ses marges d'amélioration.

Avec le projet *Grands repères*, le modèle a surtout permis de porter un jugement normatif structuré sur les différentes dimensions et sous-dimensions de la valeur. La réalisation de sa pleine portée analytique et dynamique – notamment pour mieux comprendre les interactions entre les dimensions, les trajectoires d'évolution et les effets systémiques à plus grande échelle – représente une perspective de développement et de recherche à poursuivre dans les années à venir.

En reliant étroitement les concepts à des indicateurs concrets et mesurables, le modèle dépasse une approche strictement théorique et permet de porter un jugement éclairé sur la valeur du système. Il facilite le partage d'une compréhension commune entre les décideurs, les gestionnaires, les professionnels et les chercheurs, soutient l'alignement des initiatives aux niveaux clinique, collectif et intersectoriel du système, et agit comme un levier stratégique pour orienter l'action, suivre les résultats et identifier les occasions d'amélioration. Il contribue ainsi à la construction d'un système de santé et de services sociaux capable de maximiser la valeur pour l'ensemble de la société, tout en assurant sa pérennité et sa cohérence avec les valeurs sociétales.

ANNEXE 1.

RÉSULTATS DES GROUPES NOMINAUX

Dans chacun des groupes, chacune des attentes exprimées par les participantes et participants a été associée à la dimension de la performance correspondante. Ainsi, 11 dimensions ont été identifiées comme étant les plus importantes pour les participantes et participants.

Le tableau ci-dessous présente le rang de chacune des 11 dimensions dans chacun des groupes. On observe que :

- l'accessibilité a été rapportée comme étant prioritaire dans chacun des groupes;
- les déterminants sociaux de la santé et les soins axés sur la personne ont été rapportés dans 6 groupes sur 7;
- l'accessibilité financière, la continuité, la convivialité et la qualité technique ont été rapportées dans 5 groupes sur 7;
- les services adaptés aux besoins de la population et les soins adaptés aux besoins des personnes ont été rapportés dans 4 groupes sur 7;
- la prévention et l'efficacité ont été rapportées dans 3 groupes sur 7.

Rang des dimensions identifiées comme importantes dans les sept groupes nominaux

Dimension	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Fréquence
Accessibilité organisationnelle, géographique, culturelle et équité d'accès	3	1	1	2	2	1	4	7/7
Soins axés sur la personne (humanisme, décision partagée, globalité)	5	5	3		1	2	5	6/7
Déterminants sociaux	9	4	4	4	9	4		6/7
Accessibilité financière et équité	1	2		1		3	1	5/7
Continuité et coordination		6	8		5	5	7	5/7
Convivialité	7		2		7	5	8	5/7
Qualité technique	10		7	3		7	3	5/7
Services adaptés aux besoins de la population	4			5	7		6	4/7
Soins adaptés aux besoins des personnes	7	3	6		2			4/7
Prévention	2				4		2	3/7
Efficacité	6		5		6			3/7

Note : Une case vide signifie que la dimension n'a pas été identifiée comme prioritaire dans le groupe.

Rappelons que le poids donné à chaque dimension (en pourcentage) a été calculé dans chacun des groupes. Par la suite, comme présenté dans le tableau ci-dessous, un poids moyen attribué à chaque dimension a été calculé, en faisant la moyenne des poids obtenus dans chacun des groupes. On constate ainsi que la dimension ayant le poids moyen le plus élevé est l'accessibilité, tandis que les dimensions avec les plus faibles poids moyens sont la continuité et l'efficacité.

Poids moyen des dimensions identifiées comme importantes dans l'ensemble des groupes nominaux

Dimension valorisée	Termes utilisés dans les groupes nominaux	Poids moyen (%)
Accessibilité organisationnelle, géographique, culturelle et équité d'accès	- Accès rapide (prise de rendez-vous et délais) - Accessibilité géographique, organisationnelle, financière, culturelle et informationnelle - Disponibilité et rapidité des services - Personnel suffisant et ressources disponibles - Accès sans délai et en temps opportun - Accessibilité en temps opportun pour toutes et tous, peu importe la région ou l'origine ethnique - Proximité des services et services à domicile - Équité d'accès pour tous - Diversité, inclusion, absence de discrimination et équité intergénérationnelle	21%

Dimension valorisée	Termes utilisés dans les groupes nominaux	Poids moyen (%)
Accessibilité financière et équité	• Universalité, équité et gratuité • Accessibilité financière (public), gratuité au point de service • Élargissement de la couverture du panier de services du régime public • Financement et prestation publics (pas privés) • Panier de services élargi et gratuit	12%
Soins axés sur la personne (humanisme, décision partagée, globalité)	• Usagers considérés comme des êtres humains : respect et dignité • Humanisation : ne pas être un numéro, empathie, écoute, chaleur humaine, courtoisie • Bienveillance, humanité, empathie et respect • Qualité « humaine », compassion et respect • Approche humaine, soins personnalisés et dignité • Partenariat avec les patients, les personnes proches aidantes et les équipes pluridisciplinaires • Prise de décision partagée • Valorisation et reconnaissance des personnes proches aidantes / reconnaître leur savoir • Soutien aux personnes proches aidantes • Approche holistique et globale • Recours aux différentes disciplines, décroisement et démedicalisation	10%
Prévention	• Mettre l'accent sur la prévention • Planification proactive et anticipation des besoins (voir venir) • Prise en charge sur un continuum de soins • Éducation à la santé	6%
Déterminants sociaux de la santé	• Capacité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé • Ancrage dans le milieu de vie et accès aux besoins de base (ex. : sécurité alimentaire, services sociaux) • Intégration des ressources communautaires et multisectorielles • Approches préventives et multidisciplinaires • Couverture des services sociaux et réponse aux besoins de base dans la dignité • Développement durable	6%
Qualité technique	• Pertinence des soins / soins appropriés • Soins fournis au bon endroit, par la bonne personne • Compétence du personnel / expertise adaptée aux besoins • Qualité technique des soins • Pratiques fondées sur les données probantes (<i>evidence based practice</i>)	5%
Soins adaptés aux besoins des personnes	• Soins adaptés aux besoins du patient • Services spécialisés selon les besoins • Répondre aux besoins des patients • Soins adaptés aux besoins de chacun et soins personnalisés	5%
Convivialité	• Connaissance des services disponibles • Compréhension de la structure du système • Savoir à quelle porte cogner • Simplicité et facilité des processus • Processus fluides (<i>smooth</i>) • Communication plus fluide • Information adaptée au niveau de littératie des personnes • Bonne communication aux usagères et usagers sur le fonctionnement du système • Documentation complète sur les services • Supports d'information adaptés (médium adéquat)	4%
Services adaptés aux besoins de la population	• Allocation efficace des ressources, selon les besoins • Connaître les besoins populationnels et s'y adapter • Valorisation du soutien à domicile et désinstitutionalisation • Allocation de ressources adaptée aux besoins • Décroisement des pratiques professionnelles, démedicalisation • Valorisation des services sociaux et du communautaire	4%

ANNEXE 2.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DU MODÈLE D'ÉVALUATION DE LA VALEUR DU COMMISSAIRE AVEC EXEMPLES D'INDICATEURS

Dimension	Sous-dimension	Sous-sous-dimension	Exemples de mesures
Maintien et amélioration de la santé et du bien-être	Efficacité populationnelle	–	• Espérance de vie • Mortalité évitable • Mortalité infantile • Perception de l'état de santé • Taux de vaccination • Couverture au dépistage du cancer colorectal • Faible poids à la naissance
	Efficacité clinique	–	• Mortalité hospitalière • Survie relative à 5 ans au cancer • Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances

Dimension	Sous-dimension	Sous-sous-dimension	Exemples de mesures
Réponse aux priorités et aux besoins de la population	Réponse globale du système	–	- Taux de confiance populationnelle à l'égard du système de santé et de services sociaux - Satisfaction globale à l'égard du système de santé et de services sociaux - Évaluation globale de la qualité des soins et services rendus - Taux de concordance entre priorités et rendement perçu
	Accessibilité en temps opportun	–	- Délais moyens entre la demande de consultation et la prise en charge - Pourcentage de patients vus dans les délais recommandés - Pourcentage de patients ayant rapporté avoir reçu les services dans des délais raisonnables
	Soins et services axés sur la personne	Humanisme	- Interactions personnelles courtoises et respectueuses avec les personnes usagères - Implication des personnes usagères dans la prise de décisions
		Convivialité	- Informations faciles à comprendre - Facilité à prendre un rendez-vous - Simplicité des processus - Parcours de soins fluides
		Continuité et coordination	- Avoir un professionnel régulier - Connaissance des antécédents médicaux par les professionnels - Aide à organiser les soins reçus ailleurs qu'à la clinique
		Globalité	Prise en compte de l'ensemble des besoins physiques, psychologiques et sociaux par les professionnelles et professionnels de santé
Viabilité	Qualité technique	–	- Polypharmacie chez les personnes âgées - Taux de sepsie à l'hôpital - Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours
	Pérennité budgétaire	–	- Dépenses publiques de santé par habitant et leur évolution - Dépenses de santé et de services sociaux du gouvernement sur ses dépenses de portefeuilles et leur évolution - Dépenses publiques de santé sur le PIB et leur évolution - Taux d'utilisation des services de santé par 1 000 habitants et leur évolution
	Suffisance du capital humain et des ressources	–	- Suffisance projetée du nombre de professionnels essentiels à la production de soins - Taux de rétention à un an du personnel du RSSS - Proportion des heures d'absentéisme - Pourcentage des médecins omnipraticiens non participants au régime d'assurance maladie et pratiquant dans le secteur privé - Taux d'occupation des lits d'hôpital - Proportion des bâtiments en mauvais ou en très mauvais état
	Innovation	–	- Pourcentage d'usagers pouvant consulter en ligne le sommaire de leurs visites en clinique médicale - Pourcentage de médecins de première ligne pouvant communiquer électroniquement avec des spécialistes ou autres professionnels hors clinique pour donner ou recevoir des conseils - Investissement en recherche et développement technologique dans le domaine de la santé par habitant - Proportion de traitements ou protocoles basés sur les dernières recommandations scientifiques
	Résilience	–	- Fréquence des mises à jour des plans d'urgence - Capacité excédentaire des établissements en ressources matérielles (lits, matériel, médicaments) - Taux de surmortalité pendant la période de crise - Temps nécessaire pour rétablir les services à leur niveau normal après une crise

Dimension	Sous-dimension	Sous-sous-dimension	Exemples de mesures
Efficiencia	–	–	- Ratio coût/résultat - Analyses configurationnelles mettant en relation les coûts avec des indicateurs de résultats
Équité du système de santé et de services sociaux	Équité de ressources	–	- Allocation des ressources financières selon les besoins de santé relatifs dans les différentes régions - Dépense par habitant ajustée selon le niveau de besoins selon les régions - Nombre de médecins ou d'infirmières par 1 000 habitants ajusté en fonction des niveaux de besoins de santé selon les régions
	Équité d'accès	–	- Proportion de personnes ayant accès à un dispensateur de soins le jour même ou le lendemain selon le statut socioéconomique ou la région de résidence - Pourcentage de la population ayant un besoin non comblé de services en santé mentale selon la langue parlée, le statut socioéconomique, la région de résidence ou l'appartenance à un groupe vulnérable
	Équité de qualité	–	- Pourcentage de la population ayant été traitée injustement lorsqu'elle a reçu des soins de santé en raison de son âge, de son sexe, de son genre, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son origine ethnique, de sa religion ou de ses croyances - Pourcentage de médecins de première ligne déclarant que leur milieu de pratique traite souvent injustement les personnes usagères selon leur origine ethnique - Taux de disparité territoriale dans le suivi régulier avec le même professionnel de santé
	Équité de résultats	–	- Taux d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires comparés entre régions ou groupes socioéconomiques - Taux de maintien à domicile des bénéficiaires des services à domicile comparés entre régions ou groupes socioéconomiques - Taux de couverture au dépistage du cancer du sein comparés entre régions ou groupes socioéconomiques
Protection sociale	Protection financière	–	- Pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins ou services pour des raisons financières - Part des dépenses de santé payées directement par les ménages (<i>dépenses out-of-pocket</i>) par rapport aux revenus - Indice de progressivité de la contribution financière au système de santé
	Couverture publique de soins et services	–	- Pourcentage des médicaments prescrits couverts par le régime public - Pourcentage de services essentiels non couverts par le système public (ex. : services psychosociaux, psychologiques, dentaires) - Proportion de la population ayant besoin d'un service non couvert et devant recourir à un paiement direct - Proportion de la population ayant besoin d'un service couvert mais qui n'a pu y accéder en pratique en raison du manque de disponibilité
	Protection contre les impacts sociaux et économiques	–	- Proportion de la population vivant en insécurité financière - Proportion de la population vivant de l'insécurité alimentaire - Taux d'endettement catastrophique lié à des événements de santé - Taux de participation sociale des personnes âgées
Durabilité environnementale	Réduction de l'empreinte environnementale du système	–	- Émissions de GES du système de santé (totales ou par établissement) - Consommation énergétique par établissement ou par type de service - Proportion de déchets biomédicaux recyclés ou éliminés selon des procédés à faible impact - Taux de réduction des plastiques à usage unique dans les établissements
	Adaptation du système aux changements environnementaux	–	- Pourcentage de régions ayant un plan d'adaptation climatique pour le système de santé et les services sociaux - Existence des programmes de surveillance intégrée des zoonoses et des pathogènes émergents

BIBLIOGRAPHIE

- Association pour la santé publique du Québec (ASPQ). (2023, février). *Livre de la réduction de la maladie au Québec*. <https://aspq.org/app/uploads/2024/01/2024-livrereductionmaladie-aspq-vf.pdf>
- Babbie, E. (1994). *The Practice of social research*. Wadsworth.
- Belgian Health Care Knowledge Center (KCE). (2023). *Performance of the belgian health system: revision of the conceptual framework and indicators set*. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2023-06/KCE_370_Performance_Revision_framework_conceptual_Report.pdf
- Berwick, D. M., Nolan, T. W. et Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs (Project Hope)*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Blas, E. et Kurup, A.S. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563970>
- Bodenheimer, T. et Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Boelen, C. et Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). *Vers l'unité pour la santé : Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*. Document de travail. <https://iris.who.int/handle/10665/67346>
- Braveman, P., et Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of epidemiology and community health*, 57(4), 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Braveman, P. A., Kumanyika, S., Fielding, J., Laveist, T., Borrell, L. N., Manderscheid, R. et Troutman, A. (2011). Health disparities and health equity: the issue is justice. *American journal of public health*, 101 Suppl 1(Suppl 1), S149–S155. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300062>
- Brook, R. H. et Kosecoff, J. B. (1998). Competition and quality. *Health affairs (Project Hope)*, 7(3), 150–161. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.7.3.150>
- Brundtland Commission. (1987). *Notre avenir à tous : Rapport de la Commission mondiale pour l'environnement et le développement*. <https://www.are.admin.ch/fr/1987-le-rapport-brundtland>
- Burwell S. M. (2015). Setting value-based payment goals – HHS efforts to improve U.S. health care. *The New England journal of medicine*, 372(10), 897–899. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1500445>

- Çelik, Y., Khan, M. et Hikmet, N. (2017). Achieving value for money in health: a comparative analysis of OECD countries and regional countries. *The International journal of health planning and management*, 32(4), e279–e298. <https://doi.org/10.1002/hpm.2375>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*.
- Champagne, F., Hartz, Z., Brousselle, A. et Contandriopoulos, A.-P. (2011). L'appréciation normative. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 87-104). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.6304>
- Champagne, F. et Dubé-Linteau, A. (2023, 22 mars). *Quelques réflexions sur la valeur*. Document de travail [document inédit].
- Clarke, S., Ells, C., Thombs, B. D. et Clarke, D. (2017). Defining elements of patient-centered care for therapeutic relationships: A literature review of common themes. *Eur J Pers Cent Healthc*. 5(3), 362–372. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/articles/f7623j468>
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (s. d.). Fiche méthodologique. *Délibération éthique et Forum de consultation*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Autres/CSBE-FicheMethodologique_Deliberation_Ethique_Forum.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2022). *La dimension de l'accessibilité du cadre d'évaluation de la performance du CSBE. Fiche technique*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Fiches_techniques/CSBE-Fiche_accessibilite.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2026). *Quelles sont les priorités et les perceptions de la population québécoise à l'égard du système de santé et de services sociaux? Résultats d'un sondage réalisé en 2024 auprès de plus de 4 600 répondants*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2026/Documents_methodologiques/CSBE-Sondage_priorite_V2-WEB.pdf
- Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). (2008). *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Culyer, A. J. et Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of health economics*, 12(4), 431–457. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(93\)90004-x](https://doi.org/10.1016/0167-6296(93)90004-x)
- Culyer A. J. (2007). Equity of what in healthcare? Why the traditional answers don't help policy – and what to do in the future. *HealthcarePapers*, 8 Spec No, 12–26. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2007.19216>

- Cylus, J., Papanicolas, I. et Smith, P.C. (2016). *Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management*. Policy Brief 27. World Health Organization.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28783269/>
- Cylus, J., Williams, G., Carrino, L., Roubal, T. et Barber, S. (2022). Population ageing and health financing: A method for forecasting two sides of the same coin. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 126(12), 1226–1232. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.004>
- Damanpour, F. et Evan, W.M. (1984) Organizational innovation and performance: The problem of organizational lag. *Administrative Science Quarterly*, 29, 392–409.
<https://doi.org/10.2307/2393031>
- Delbecq, A.L., Van de Ven, A.H. et Gustafson, D. H. (1975) *Group Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Processes*. Scott, Foresman Glenview.
- Dolcini, M., Ferrè, F., Brambilla, A. et Capolongo, S. (2025). Integrating environmental sustainability into hospitals performance management systems: a scoping review. *BMC health services research*, 25(1), 764. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12928-x>
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. 1). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Health Administration Press.
- Donabedian A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
<https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Émond, A., Gosselin, J. C. et Dunnigan, L. (2010, mars). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S. et Stange, K.C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29(8), 1489–1495. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>
- European Commission. (2014, octobre). *Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pension, health care and long-term care policies*. Occasional papers 201.
https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/pdf/ocp201_en.pdf
- Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). (2019, 26 juin). *Defining value in Value-Based Healthcare*. European Commission.
- Fleming, P., O'Donoghue, C., Almirall-Sanchez, A., Mockler, D., Keegan, C., Cylus, J., Sagan, A. et Thomas, S. (2022). Metrics and indicators used to assess health system resilience in response to shocks to health systems in high income countries–A systematic review. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 126(12), 1195–1205. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.001>

- Frankena, W. K. (1967). Value and valuation. Dans P. Edwards (dir.), *The Encyclopedia of philosophy* (vol. 8, p. 229–232). Macmillan Publishing Co.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Walker, J. D., Stoke, D. M., Cleary, P. D. et Delbanco, T. L. (1993). What patients really want. *Health management quarterly: HMQ*, 15(3), 2–6.
- Glynn, J. J. (1985). Value for money auditing – An international review and comparison. *Financial Accountability & Management*, 1(2), 113–128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.1985.tb00248.x>
- Gray, M. (2015, 7 mai). *The triple value agenda must be our focus this century*. NHS Confederation. Consulté le 6 janvier 2026 à l'adresse <https://www.nhsconfed.org/articles/triple-value-agenda-must-be-our-focus-century>
- Gray, M., Wells, G. et Lagerberg, T. (2017). Optimising allocative value for populations. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(4), 138–143. <https://doi.org/10.1177/0141076817698653>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Jossey-Bass.
- Hale, I., Green, S., Davis, M. et Nowlan, J. (2024). Les soins primaires sous l'angle de la santé planétaire : Tenir compte de la durabilité environnementale est bénéfique pour les patients et les cliniciens. *Canadian Family Physician / Médecin de famille canadien*, 70(4), 233–237. <https://doi.org/10.46747/cfp.7004233>
- Health Quality Ontario (HQO). (2015). *Quality matters: Realizing excellent care for all*. <https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/pr/realizing-excellent-care-for-all-en.pdf>
- Health Quality & Safety Commission New Zealand. (HQSC). (2016). *From knowledge to action: A framework for building quality and safety capability in the New Zealand health system*. <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Our-work/Leadership-and-capability/Building-leadership-and-capability/Publications-resources/From-knowledge-to-action-Oct-2016.pdf>
- Hensher, M. et McGain, F. (2020). Health care sustainability metrics: building a safer, low-carbon health system. *Health affairs (Project Hope)*, 39(12), 2080–2087. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01103>
- Hurst, J. et Jee-Hughes, M. (2001). *Performance measurement and performance management in OECD health systems*. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 47. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2001/01/performance-measurement-and-performance-management-in-oecd-health-systems_g17a14e5/788224073713.pdf

- International Labour Organization (ILO). (2017). *World social protection report 2017–19. Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40dcomm/%40publ/documents/publication/wcms_604882.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2013). *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/performance-measurement-framework-for-canadian-health-system-fr.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2018, avril). *À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité. Regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/defining-stratifiers-measuring-health-inequalities-2018-fr-web.pdf>
- Institute of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2021, juin). *Énoncé de principes et fondements éthiques – Cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS-Enonce-de-principes-2021_VF.pdf
- Institut national de santé publique (INSPQ). (s. d.). *Zoonoses et maladies émergentes*. Consulté en janvier 2026 à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/zoonoses>
- Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry: Methodology for behavioral science*. Chandler Publishing Company.
- Kelley, E. et Hurst, J. (2006). *Health care quality indicators project: conceptual framework*. OECD Health Working Papers No. 23. <https://dx.doi.org/10.1787/440134737301>
- Khan, G., Kagwanja, N., Whyte, E., Gilson, L., Molyneux, S., Schaay, N., Tsofa, B., Barasa, E. et Olivier, J. (2021). Health system responsiveness: a systematic evidence mapping review of the global literature. *International journal for equity in health*, 20(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01447-w>
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T. et Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet (London, England)*, 385(9980), 1910–1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., Malata, A., et Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

- Kuhlmann, E., Falkenbach, M., Brînzac, M. G., Correia, T., Panagioti, M., Rechel, B., Sagan, A., Santric-Milicevic, M., Ungureanu, M. I., Wallenburg, I. et Burau, V. (2024). Tackling the primary healthcare workforce crisis: time to talk about health systems and governance—a comparative assessment of nine countries in the WHO European region. *Human resources for health*, 22(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12960-024-00965-2>
- Kutzin J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Kutzin, J. et Sparkes, S. P. (2016). Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(1), 2. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.165050>
- Levesque, J. F. et Sutherland, K. (2020). Combining patient, clinical and system perspectives in assessing performance in healthcare: an integrated measurement framework. *BMC health services research*, 20(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4807-5>
- Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet (London, England)*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- McClellan, M.B., Feinberg, D. T., Bach, P. B., Chew, P., Conway, P., Leschly, N., Marchand, G., Mussallem, M.A. et Teeter, D. (2017, 17 mars). *Payment reform for better value and medical innovation. A vital direction for health and health care*. Discussion paper. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/03/Payment-Reform-for-Better-Value-and-Medical-Innovation.pdf>
- Mead, N. et Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012, novembre). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Systeme_et_services_de_sante/organisation-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/mesure-analyse-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2024). *Rapport du directeur national de santé publique – Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003836>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) / Comité de transition. (2024, mai). *Mise en œuvre de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Premier rapport d'étape*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003728/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) / Comité de transition. (2024, septembre). *Mise en œuvre de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Deuxième rapport d'étape*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003783/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) / Comité de transition. (2025, janvier). *Mise en œuvre de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Troisième rapport d'étape et rapport final*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003859/>
- Mirzoev, T. et Kane, S. (2017). What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ global health*, 2(4), e000486. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000486>
- Murray, C. J. et Frenk, J. (dir.). (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717–731.
- Murray, C. J. et Evans, D. B. (2003). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9241562455>
- National Academy of Medicine (NAM). (2017, 17 mars). *Payment reform for better value and medical innovation. A vital direction for health and health care*. Discussion paper. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/03/Payment-Reform-for-Better-Value-and-Medical-Innovation.pdf>
- National Audit Office (NAO). (2011). *Successful Commissioning Toolkit: Assessing Value for Money* [page archivée le 2 août 2024]. Consulté en février 2026 à l'adresse: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20240802045128/https://www.nao.org.uk/successful-commissioning/>
- National Health Information and Performance Principal Committee (NHIPPC). (2017). *The Australian health performance framework*. <https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/learn-more-about-the-framework>
- Nolte, E. (2018). *How do we ensure that innovation in health service delivery and organization is implemented, sustained and spread?* World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies. <https://iris.who.int/handle/10665/331980>
- Nolte, E., Merkur, S. et Anell, A. (2020). Person-centredness: exploring its evolution and meaning in the health system context. Dans Anell, A., Nolte, E. et Merkur, S. (dir.), *Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges* (p. 19–40). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108855464.005>

- Norman-Major, K. (2011). Balancing the Four Es; or Can We Achieve Equity for Social Equity in Public Administration? *Journal of Public Affairs Education*, 17(2), 233–252. <https://doi.org/10.1080/15236803.2011.1200164>
- Nundy, S., Cooper, L. A., et Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. *JAMA*, 327 (6), 521–522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
- OCDE. (2024). Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Un cadre renouvelé. https://www.oecd.org/fr/publications/repenser-l-evaluation-de-la-performance-des-systemes-de-sante_04e8cdb9-fr.html
- OCDE. (2025). *Panorama de la santé 2025. Les indicateurs de l'OCDE*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/2f564c6c-fr.pdf
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. et Lindelow, M. (2008). Measuring and explaining inequity in health service delivery. Dans O. O'Donnell, E. van Doorslaer, A. Wagstaff et M. Lindelow (dir.), *Analyzing health equity using household survey data: A guide to techniques and their implementation* (p. 177–186). World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6933-3>
- OECD. (2015a). *Fiscal sustainability of health systems. Bridging health and finance perspectives*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2015/09/fiscal-sustainability-of-health-systems_glg52d72/9789264233386-en.pdf
- OECD (2015b). *Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service Delivery*. <https://doi.org/10.1787/9789264233775-en>
- OECD. (2020a). *Waiting times for health services. Next in line*. OECD health policy studies. <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>
- OECD. (2020b). *A systemic resilience approach to dealing with Covid-19 and future shocks. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID 19)*. <https://doi.org/10.1787/36a5bdfb-en>
- OECD. (2024). *Fiscal sustainability of health systems. How to finance more resilient health systems when money is tight?* https://www.oecd.org/en/publications/fiscal-sustainability-of-health-systems_880f3195-en.html
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2000). *Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/fa4.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241565042>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2024). *Boîte à outils pour la résilience*. <https://www.who.int/fr/publications/b/61594>

- Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2012). *Rapport mondial sur le handicap 2011*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/publications/item/9789241564182>
- Otto, I. M., Donges, J. F., Cremades, R., Bhowmik, A., Hewitt, R. J., Lucht, W., Rockström, J., Allerberger, F., McCaffrey, M., Doe, S. S. P., Lenferna, A., Morán, N., van Vuuren, D. P. et Schellnhuber, H. J. (2020). Social tipping dynamics for stabilizing Earth's climate by 2050. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(5), 2354–2365. <https://doi.org/10.1073/pnas.1900577117>
- Ozawa, S. et Sripad, P. (2013). How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social science & medicine* (1982), 91, 10–14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.005>
- Papanicolas, I. et Smith, P. C. (2013). *Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/health-system-performance-comparison-an-agenda-for-policy-information-and-research>
- Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A. et Figueras, J. (Eds). (2022). *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*. World Health Organization et European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590192/>
- Pirsig, R. (1974). *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance*. Bantam Books.
- Plsek, P. E., et Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625–628. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>
- Porter, M. E. et Teisberg, E. O. (2004). *Redefining competition in health care*. *Harvard business review*, 82(6), 64–136. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15202288/>
- Porter, M. E. et Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press. <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=21319>
- Porter M. E. (2010). What is value in health care? *The New England journal of medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., et Mitchell, J. B. (2000). *Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems* (2^e éd.). Jossey-Bass.
- Rajan, D., Papanicolas, I., Karanikolos, M., Koch, K., Roher-Herold, K., Rechel, B., Greenley, R., Lessof, S. et Figueras, J. (dir). (2023). *Health system performance assessment: A renewed global framework for policy-making*. World Health Organization et European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-performance-assessment-a-renewed-global-framework-for-policy-making>

- Rankin, N. M., McGregor, D., Butow, P. N., White, K., Phillips, J. L., Young, J. M., Pearson, S. A., York, S. et Shaw, T. (2016). Adapting the nominal group technique for priority setting of evidence-practice gaps in implementation science. *BMC medical research methodology*, 16(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0210-7>
- Reeves, C. A. et Bednar, D. A. (1994). Defining quality: Alternatives and implications. *The Academy of Management Review*, 19(3), 419–445. <https://doi.org/10.2307/258934>
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4^e ed.). Free Press.
- Roux-Levy, P.-H. et Poitras, M.-E. (2024, février). *Les systèmes de collecte de données incluant des PROMs et des PREMs pour soutenir la prise de décision axée sur la valeur*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapports_experts/CSBE-Rapport_PREMs_PROMs_01.pdf
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sanmartin, C., Houle, C., Tremblay, S. et Berthelot, J.-M. (2002). Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. *Rapports sur la santé*, 13(3), 17–24. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf?st=n1Dr5Ald>
- Santé Canada. (2022, 2 novembre). *Rapport sommaire du Symposium sur les ressources humaines en santé*. Gouvernement du Canada. Consulté le 7 janvier 2026, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/rapport-sommaire-symposium.html>
- Schwandt, T.A. (2005). Values. Dans S. Mathison (dir.), *Encyclopedia of Evaluation*. Sage.
- Scriven M. (1991). *Evaluation Thesaurus* (4^e édition). Sage.
- Seppanen, A.-V. et Or, Z. (2025, septembre). *La soutenabilité environnementale des systèmes de santé. Une revue de littérature sur l'empreinte écologique des systèmes de santé et les mesures visant à réduire son impact : vers un cadre d'action en France*. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). <https://www.irdes.fr/recherche/2025/rapport-595-la-soutenabilite-environnementale-des-systemes-de-sante.html>
- Smith. P.C. (2009, septembre). *Measuring value for money in healthcare: concepts and tools*. Centre for Health Economics University of York. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringValueForMoneyInHealthcareConceptsAndTools.pdf>

- Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I. et Leatherman, S. (dir.). (2009). *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences-challenges-and-prospects>
- Smith, P. C., Sagan, A., Siciliani, L., Panteli, D., McKee, M., Soucat, A. et Figueras, J. (dir.). (2020). *Building on value-based health care: Towards a health system perspective*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33844486/>
- Solar O. et, Irwin A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Debates, policy & practice, case studies. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
- Soubra, R., Ayari, S., Ebosiri, Y., Alami, H., Castonguay, F., Bosson-Rieutort, D., Sourial, N. et Clavel, N. (2025). *Repenser la planification, la gestion et le développement de la main-d'œuvre en santé: état de situation, solutions innovantes et recommandations pour sortir de la crise*. CIRANO, 2025 PR-07. <https://doi.org/10.54932/YSEF4466>
- Starfield B. (2001). Improving equity in health: a research agenda. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 31(3), 545–566. <https://doi.org/10.2190/DGJ8-4MQW-UP9J-LQC1>
- Starfield, B., Shi, L. et Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L. et Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Sage Publications.
- Thiebaut, G.-C., Lavoie, C., Labrecque-Pégoraro, S. et Maillet, L. (2020). *Pour des trajectoires de soins et services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure*. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHU. https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Pour_des_trajectoires_de_soins_et_de_services_performantes__Un_outillage_pour_l'E2%80%99analyse_et_la_mesure.pdf
- Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J. et Karanikolos, M. (2020). *Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies*. World Health Organization et European Observatory on Health Systems and Policies. <https://iris.who.int/handle/10665/332441>
- Valentine, N. B., De Silva, A., Kawabata, K., Darby, C., Murray, C. J. et Evans, D.B. (2003). *Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization*. World Health Organization.
- Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

- Wilson M.G., Bhuiya A., DeMaio P., Gauvin F.P., Moat K.A., Cura J. et Lavis J.N. (2024, 26 mars). *Evidence brief: Creating an integrated innovation system to enable the adaptation and uptake of health-system innovations in Canada*. McMaster Health Forum. https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/evidence-briefs/hlth-innovation-eb.pdf?sfvrsn=a8a092fb_6
- Wooldridge, B. et Bilharz, B. (2017). Social Equity: The Fourth Pillar of Public Administration. Dans A. Farazmand (dir.), *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5_2383-1
- World Health Organization (WHO). (s. d.). *One health*. Consulté en janvier 2026 à l'adresse https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1
- World Health Organization (WHO). (2000). *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. https://www.who.int/publications/i/item/924156198X?utm_source=chatgpt.com
- World Health Organization (WHO). (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health – Final report of the commission on social determinants of health*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- World Health Organization (WHO). (2010). *The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
- World Health Organization (WHO). (2014) *World social protection report 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf
- World Health Organization (WHO). (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026. Placing people and communities at the centre of health services. Executive summary*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/47e5be8b-2ce5-45e8-af79-b9ccf848515d/content>
- World Health Organization (WHO). (2015). *Monitoring health inequality: an essential step for achieving health equity*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-his-hsi-2015-1>
- World Health Organization (WHO). (2021). *From value for money to value-based health services: a twenty-first century shift*. WHO policy brief. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020344>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081888>

