

**Pour une appréciation globale et
intégrée du système québécois de
services de santé et de services sociaux**

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

**Pour une appréciation globale et
intégrée du système québécois de
services de santé et de services sociaux**

Adopté par le Conseil de la santé et du bien-être
à la séance régulière des 18 et 19 novembre 2004

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

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

Édition produite par :

Le Conseil de la santé et du bien-être

1020, route de l'Église, bureau 700

Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9

Téléphone : (418) 643-3040

Télécopieur : (418) 644-0654

Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Recherche et rédaction

Marie-Alexandra Fortin

Jean Rousseau

Lionel Robert

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

www.csbe.gouv.qc.ca

Soutien technique

Gerard Donnelly

Ginette Langlois

Carole Noël

Céline Vaillancourt

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN : 2-550-43718-7

© Gouvernement du Québec

Coordination et édition

Anne Marcoux

MEMBRES DU CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

M^{me} Hélène Morais

Présidente

M. André Archambault

Directeur général

Auberge communautaire du Sud-Ouest

M. Christophe Auger

Directeur des ressources humaines

Confédération des syndicats nationaux

M^{me} Linda Beauchamp Provencher

Denturologiste

Présidente du conseil d'administration des

CLSC, CHSLD et CH de la MRC d'Asbestos

M. François Béland

Chercheur et professeur titulaire

GRIS – Faculté de médecine

Université de Montréal

M. Luc Boileau

Président-directeur général

*Agence de développement de réseaux
locaux de services de santé et de services
sociaux de la Montérégie*

M^{me} Gylaine Boucher

Directeure générale du Regroupement

*CLSC Jean-Olivier-Chénier et CHSLD
de la Rive et de Mirabel*

M. Yvon Caouette

Éducateur à la retraite

M. Paul-André Comeau

Professeur invité – ENAP

M^{me} Martine Couture

Directrice générale

CH. CHSLD. CLSC Cléophas-Claveau

M^{me} Jocelyne Dagenais

Sous-ministre adjointe

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Gisèle Dubé

*Coordonnatrice à la pastorale diocésaine
Diocèse de Gaspé*

M. Jacques Fiset

Directeur général

CLD Québec-Vanier

M. Michel Hamelin

Secrétaire adjoint

Ministère du Conseil exécutif

M^{me} Yolette Lévy

Conseillère municipale

Ville de Val-d'Or

M^{me} Louise-Andrée Moisan

Directrice des communications

Fédération québécoise des municipalités

M^{me} Marie Soleil Renaud

Psychologue

Centre hospitalier de Gaspé

M. André Thibault

Vice-président

Professeur

Université du Québec à Trois-Rivières

M^{me} Marielle Tremblay

Professeure

Université du Québec à Chicoutimi

M. Stanley Vollant

Chirurgien

Complexe hospitalier de la Sagamie

Chicoutimi

M^{me} Anne Marcoux

Secrétaire générale par intérim

AVANT-PROPOS

En février 2003, le Conseil de la santé et du bien-être recevait un mandat d'information sur les résultats du système de santé à la suite de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé au Canada. En décembre 2003, le gouvernement du Québec a déposé à l'Assemblée nationale le projet de loi 38 qui institue un Commissaire à la santé et au bien-être.

Depuis, le Conseil de la santé et du bien-être a soumis un mémoire à la Commission parlementaire des affaires sociales, dans lequel il recommande d'apporter plusieurs amendements à ce projet de loi. Il a également soumis une série de propositions, inspirées de ses valeurs et de son expérience, afin de guider le futur Commissaire dans la poursuite de sa mission et de ses responsabilités d'information, de consultation et d'appréciation.

Le présent document s'inscrit donc dans cette démarche et présente une approche que pourra emprunter le Commissaire afin d'apprécier le système de services de santé et de services sociaux de façon globale et intégrée, afin de soutenir le débat public, l'engagement citoyen et la prise de décision en matière de santé et de bien-être.

La présidente,

A handwritten signature in black ink, reading "Hélène Morais". The signature is written in a cursive style with a large initial 'H'.

Hélène Morais

SOMMAIRE

Le système de services de santé et de services sociaux est complexe. Ses multiples dimensions en font une réalité difficile à cerner et cela, notamment sur le plan de la performance. Dans un contexte de gestion par résultats où cette notion de performance tout comme la transparence et la reddition de comptes deviennent incontournables, une appréciation globale et intégrée du système s'impose.

C'est pourquoi, en réponse au mandat qui lui a été confié à la suite de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé au Canada conclu en 2003 et en accord avec la rencontre de septembre 2004 des premiers ministres provinciaux, le Conseil de la santé et du bien-être propose un cadre pour une appréciation globale et intégrée du système. Ce cadre s'inscrit dans la mise en place d'un Commissaire à la santé et au bien-être qui, selon le projet de loi 38, aura la responsabilité d'apprécier les résultats atteints par le système de services de santé et de services sociaux.

Le présent document se divise en quatre parties : la première énonce les visées du Conseil en considérant les exigences d'une démarche d'appréciation, la seconde présente le choix qui a été fait parmi les modèles d'évaluation existants en vue d'apprécier le système québécois, puis celui-ci est décrit dans toutes ses dimensions. La troisième partie présente des exemples d'indicateurs provenant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Canada et du Québec. Quelques-uns parmi ceux-ci sont retenus et utilisés dans une perspective d'opérationnalisation du cadre. La quatrième partie expose brièvement les éléments de mise en œuvre du cadre d'appréciation du système.

Tout d'abord, mentionnons que pour le Conseil, une appréciation de la performance du système doit servir à éclairer et soutenir de façon continue le débat public, l'engagement citoyen et la prise de décision. Pour ce faire, l'appréciation doit répondre à des exigences particulières. Elle doit d'abord être globale et intégrée, couvrir un ensemble de dimensions du système tout en prenant en compte les interrelations qui existent entre elles. Elle doit être adaptée aux caractéristiques du système québécois qui intègre les services de santé, les services sociaux et la santé publique. Elle doit aussi permettre de comparer la performance du système québécois à celle d'autres systèmes au Canada et ailleurs dans le monde. Cette comparaison pourra mettre en évidence les facteurs susceptibles d'influencer la performance et de l'améliorer. Elle pourra avoir une grande influence sur la façon de comprendre les enjeux et les orientations du système et sur la façon de prendre des décisions. La démarche d'appréciation doit, enfin, favoriser la participation éclairée des citoyens et citoyennes et accroître l'imputabilité au regard du système.

Pour répondre à ces exigences, le cadre de Champagne *et al.* (CSBE, 2004c) s'avère être le plus complet. En effet, quoique présentant plusieurs dimensions de la performance, la majorité des autres modes d'évaluation observés à travers le monde sont incomplets. La performance étant un concept complexe comprenant différentes dimensions liées notamment à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être, à l'efficacité, à la production de services de qualité, à l'acquisition des ressources, à l'adaptation aux besoins, à la participation citoyenne et au maintien des valeurs collectives de solidarité, d'équité, de justice, de respect et de sécurité, il faut se diriger vers un cadre permettant de regrouper cet ensemble de dimensions; ce que le cadre de Champagne *et al.* permet par la diversité de ses dimensions et des interrelations qui existent entre elles. Ce cadre couvre les dimensions de l'*adaptation* du système à son environnement, de l'*atteinte des buts* fondamentaux du système, du *maintien des valeurs* sociales et de la *production* de services de santé et de services sociaux par le système.

Pour apprécier ces dimensions de la performance et leurs nombreuses sous-dimensions, il faut identifier des éléments de mesure, les indicateurs. Des organisations telles que l'OMS, l'ICIS, Statistique Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et autres s'intéressent déjà à la formulation d'indicateurs pour évaluer la performance des systèmes de santé. Des exemples sont présentés en vue de formuler une proposition pour un cadre québécois d'appréciation de la performance du système de services de santé et de services sociaux, proposition qui comprend un ensemble d'indicateurs comparables pour lesquels les données sont disponibles au Québec et qui couvrent une réalité générale plutôt que spécifique. Ces indicateurs permettront en effet d'inspirer la sélection des indicateurs nécessaires pour l'opérationnalisation du cadre québécois d'appréciation. Il est possible dès lors de constater que la majorité des indicateurs employés ici et ailleurs touchent les dimensions de la *production* de services et de l'*atteinte des buts*, plus que les autres dimensions. Les efforts devront principalement être consacrés au développement d'indicateurs pour les dimensions et sous-dimensions de l'*adaptation* et du *maintien des valeurs*. Concernant cette dernière dimension, il sera important de permettre aux citoyens et citoyennes de s'exprimer sur les valeurs du système.

Plusieurs démarches restent à entreprendre en vue de réaliser un premier rapport d'appréciation du système. Le cadre proposé comporte des balises pour l'interprétation des informations et pour éclairer le jugement sur la performance d'ensemble du système. Reste maintenant à opérationnaliser ce cadre à l'aide d'orientations, d'objectifs et d'indicateurs, à adopter un guide d'interprétation accessible et à mettre en place les modalités propices à un engagement citoyen.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
1. Les exigences d'une démarche d'appréciation du système.....	11
1.1 S'assurer d'une appréciation globale et intégrée du système	11
1.2 Faire porter l'appréciation sur la réalité des services de santé, des services sociaux et de la santé publique.....	11
1.3 Pouvoir comparer la performance du système québécois	13
1.4 Favoriser la participation citoyenne et accroître l'imputabilité	13
2. Le choix d'un cadre d'appréciation.....	17
2.1 Le choix d'un modèle théorique	17
2.1.1 Les différents modes d'évaluation disponibles dans le monde.....	17
2.1.2 Le modèle intégrateur de Champagne <i>et al.</i>	18
2.2 Les dimensions et sous-dimensions du cadre proposé.....	21
2.2.1 Atteinte des buts fondamentaux du système.....	21
2.2.2 La production de services de santé et services sociaux par le système.....	22
2.2.3 L'adaptation du système à son environnement.....	23
2.2.4 Le maintien des valeurs sociales.....	28
2.3 Des éléments pour une interprétation globale et intégrée	29
3. Le choix des indicateurs pour le cadre d'appréciation	33
3.1 Des exemples d'indicateurs : le cas de l'OMS, du Canada et du Québec	34
3.1.1 L'Organisation mondiale de la santé	34
3.1.2 Le Canada et ses provinces.....	34
3.1.3 Le Québec.....	35
3.2 Un exemple pour le Québec : orientations, objectifs et indicateurs pour l'appréciation du système de services	36

4. Les éléments de mise en œuvre du cadre d’appréciation	41
Conclusion	43
Références	45
Annexe 1 Définition des différentes dimensions du cadre proposé.....	47
Annexe 2 OMS – Indicateurs en fonction des dimensions et sous-dimensions du cadre	49
Annexe 3 Canada – Indicateurs en fonction des dimensions et sous-dimensions du cadre	51
Annexe 4 Québec – Indicateurs en fonction des dimensions et sous-dimensions du cadre	55
Annexe 5 Québec – Exemples d’orientations et d’objectifs selon les dimensions et sous-dimensions du cadre	59
Annexe 6 Exemple de proposition – Orientations, objectifs et indicateurs pour l’appréciation de la performance du système	65

INTRODUCTION

Le Conseil de la santé et du bien-être propose, par le présent document, un cadre d'appréciation globale et intégrée du système de services de santé et de services sociaux pour soutenir le débat public, l'engagement citoyen et la prise de décision.

Ce projet s'inscrit dans le cadre du mandat confié au Conseil à la suite de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé au Canada du 5 février 2003. Avec l'entente intervenue entre les premiers ministres provinciaux en septembre 2004, le gouvernement du Québec s'engage à poursuivre sur la même lancée. Le plan d'action qui a alors été convenu entre les premiers ministres des provinces énonce le principe de *reddition de comptes et de transmission d'informations en permanence aux Canadiens et aux Canadiennes afin de les renseigner sur les progrès accomplis* (communiqué du 15 septembre 2004). Le gouvernement du Québec, en vertu de l'entente particulière qui est intervenue entre lui et le gouvernement fédéral, s'engage à faire lui-même rapport à sa population sur les progrès accomplis en fonction des objectifs qu'il s'est donnés en matière de services de santé. Il entend utiliser des indicateurs comparables et mutuellement convenus avec les autres gouvernements provinciaux.

Ce cadre d'appréciation globale et intégrée du système s'inscrit aussi dans la mise en place d'un Commissaire à la santé et au bien-être dont la responsabilité est ainsi définie dans le projet de loi 38 l'instituant : « *Aux fins d'améliorer la santé et le bien-être de la population, le Commissaire est responsable d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux en prenant en compte l'ensemble des éléments systémiques et interactifs de ce dernier et de fournir au gouvernement et à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux.* »

Le système de services de santé et de services sociaux est complexe, tout le monde en conviendra. « Les systèmes de santé subissent les pressions considérables exercées simultanément par quatre grandes forces : le développement des techniques, l'apparition de nouvelles connaissances sur les maladies et leurs traitements ainsi que sur les déterminants de la santé des populations, la mondialisation et, finalement, l'évolution démographique et l'apparition de nouvelles maladies. La population est inquiète. » (CSBE, 2004c)

Cette inquiétude est fondée. La vulnérabilité du système peut altérer les finalités ou les choix collectifs qui en sont le fondement. Les difficultés de contrôler l'augmentation de ses coûts peuvent menacer sa survie à long terme. De nouvelles technologies sont intégrées – parfois fort coûteuses – et parfois sans qu'une évaluation suffisante n'ait été faite. De nouvelles maladies apparaissent, certaines de l'intérieur même des hôpitaux.

Les ressources et les compétences font quelquefois défaut dans les établissements de soins pour personnes âgées. Des informations fragmentées sur le système, l'absence d'une connaissance globale, fiable et transparente, une participation du public de plus en plus ténue sur les choix fondamentaux à faire, voilà autant de facteurs de risque pour le système et de sujets d'inquiétude pour les citoyens et citoyennes.

Il existe un nombre considérable de données sur les systèmes de services de santé et sur les services sociaux, et ces données sont comparées, analysées et interprétées selon des méthodologies et des intérêts variés. Comment saisir et interpréter la dynamique et les résultats du système dans son ensemble de façon compréhensible? Comment faire une appréciation qui soit différenciée, distinguant les différentes composantes du système et intégrée, donnant une image d'ensemble? Comment nous comparer de façon globale et intégrée? Comment faire une appréciation qui aidera à accroître la reddition de comptes et l'imputabilité? Comment faire en sorte que cette appréciation contribue à accroître la capacité citoyenne d'agir sur le système, ses finalités, ses services, sa réforme et son évolution de façon continue?

Pour l'aider à répondre à ces questions et à élaborer un cadre d'appréciation globale et intégrée du système de services de santé et de services sociaux, le Conseil a fait appel à des experts qui l'ont éclairé sur les expériences d'évaluation des systèmes de santé et des services sociaux dans le monde et sur l'évaluation citoyenne. Ils lui ont aussi fourni différents rapports d'étude.

La première partie du document énonce les visées du Conseil en considérant les exigences d'une démarche d'appréciation. Dans un deuxième temps, un choix est fait parmi les modèles théoriques existants en vue d'apprécier le système québécois, puis celui-ci est décrit dans toutes ses dimensions. Pour chacune d'entre elles, des exemples d'indicateurs provenant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Canada et du Québec sont ensuite présentés. Quelques exemples parmi ceux-ci sont retenus et utilisés dans une perspective d'opérationnalisation du cadre. Finalement, les éléments de mise en œuvre du cadre d'appréciation du système sont brièvement exposés.

1. LES EXIGENCES D'UNE DÉMARCHE D'APPRÉCIATION DU SYSTÈME

Pour le Conseil, une appréciation de la performance du système pouvant éclairer et soutenir de façon continue le débat public, l'engagement citoyen et la prise de décision impose des exigences particulières : être globale et intégrée, traduire les valeurs et la réalité du système québécois de services de santé et de services sociaux, permettre de comparer la performance du système avec celle d'autres systèmes au Canada ou ailleurs dans le monde, de même que favoriser la participation citoyenne et accroître l'imputabilité.

1.1 S'assurer d'une appréciation globale et intégrée du système

Une première exigence consiste à fournir une appréciation globale et intégrée du système de services de santé, de services sociaux et de la santé publique. Globale : parce qu'elle doit embrasser la totalité du système et ne pas être réduite à l'examen de l'offre de services ou à un élément de celle-ci, telle l'attente à l'urgence, comme on est souvent tenté de le faire. Intégrée : parce que l'appréciation doit tenir compte des liens qui existent entre les dimensions de la performance et qui contribuent à leur évolution. En aidant à saisir la complexité du système et à l'interpréter, l'appréciation doit permettre, du même coup, de connaître et de comprendre plus clairement chacun de ses éléments.

La démarche d'appréciation devra permettre de porter un jugement sur la performance d'ensemble du système tout en prenant en compte les interrelations des dimensions telles que l'*atteinte des buts* fondamentaux du système, la *production* de services de santé et services sociaux par le système, l'*adaptation* du système à son environnement et le *maintien des valeurs* sociales.

1.2 Faire porter l'appréciation sur la réalité des services de santé, des services sociaux et de la santé publique

En plus de fournir une appréciation globale et intégrée, la démarche d'appréciation devra être adaptée aux caractéristiques du système québécois qui intègre les services de santé, les services sociaux et la santé publique.

Champagne *et al.* (CSBE, 2004c) incluent à l'intérieur du **système de services l'ensemble des interventions qui ont comme cible des problèmes sociaux ou de santé spécifiques**. Les services préventifs, palliatifs, diagnostiques et curatifs, tout comme les grandes fonctions de la santé publique (surveillance, protection et promotion de la santé, prévention des maladies, évaluation du système des services de santé, développement des compétences en santé publique) sont ainsi compris à l'intérieur du système de services.

Les conditions sociales, économiques, culturelles et démographiques qui affectent la capacité des personnes à vivre bien et longtemps ne sont cependant pas incluses dans cette définition.

Beaudoin (CSBE, 2004a) définit les **services sociaux** comme « des services existants ou prévus dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dont la fonction est de contribuer à la résolution de problèmes existant dans les rapports sociaux, d'en prévenir l'apparition et de satisfaire les besoins de socialité pour la réalisation du mieux-être des personnes en leur fournissant de manière équitable des services de qualité ».

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* définit l'approche de la **santé publique** en référant aux « actions sur les facteurs qui influencent la santé au profit de toute la population ou de groupes de personnes en particulier, à partir d'un diagnostic portant sur l'ensemble de la population ou sur des groupes ayant certains traits communs plutôt que sur les personnes prises isolément. (...) Par ses objectifs, le programme vise la modification des déterminants de la santé et du bien-être, l'amélioration de la santé ou du bien-être, ou la réduction des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ».

Services de santé spécifiques, services sociaux, santé publique se distinguent par les services qu'ils offrent, les expertises qu'ils mobilisent et leurs territoires d'intervention qui parfois se recouvrent ou se concurrencent. Certes, c'est la pression subie au sein des services de santé spécifiques qui apparaît la plus considérable : c'est le secteur où est concentrée la grande majorité des dépenses, celui pour lequel la demande est la plus forte et celui pour lequel le besoin d'évaluation est le plus grand. C'est aussi celui pour lequel on possède le plus de données.

Le système public québécois se distingue de celui des autres provinces canadiennes par une administration unique des services de santé et des services sociaux et par une importante organisation de la santé publique. Il comporte des ressources, des acteurs et des institutions qui interviennent dans le financement, l'organisation, la réalisation et l'évaluation d'actions ayant pour cibles des problèmes de santé et des problèmes sociaux spécifiques. Il a pour but de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des citoyens et des citoyennes et ce, dans le respect des valeurs de solidarité, d'équité, de justice sociale, d'égalité, de liberté, de respect, de civisme, de souci d'autrui et de sécurité.

Le système de services ne constitue pas une entité fermée sur elle-même. Il s'intègre à un vaste ensemble composé : a) d'une communauté civique et politique adhérant à des valeurs et ayant des besoins en matière de santé et de bien-être; b) de normes, d'idéologies et de rapports sociaux caractérisant la société québécoise; et c) d'un ensemble de politiques gouvernementales, d'organisations et d'institutions publiques et

parapubliques. Considérer cet ancrage du système invite à porter un regard à la fois interne et externe sur son évolution.

1.3 Pouvoir comparer la performance du système québécois

La démarche d'appréciation du système doit aussi permettre de comparer la performance de celui-ci avec celle d'autres systèmes au Canada et ailleurs dans le monde. Comme nous le verrons plus loin, à la partie 2, l'appréciation et la comparaison des systèmes de santé est un phénomène très répandu dans le monde.

La comparaison est requise puisque les informations sur les résultats du système contiennent rarement une signification dans l'absolu. La comparaison peut être réalisée à travers trois prismes différents. Le premier prisme est celui des comparaisons dans le temps. On compare entre deux périodes la valeur d'un indicateur, et on en examine l'évolution pour en tirer un certain nombre de constats et pour chercher les causes des différences observées. Le second prisme est celui de l'espace. On examine les différences que peut enregistrer un même indicateur, et ce, pour deux unités géographiques distinctes, afin d'en mesurer les écarts et en découvrir les causes. Le troisième prisme est normatif. Il s'agit d'objectifs quantifiables, d'un idéal souhaité. Les résultats de l'indicateur ne servent qu'à illustrer le degré de proximité ou d'éloignement de la norme à atteindre. L'appréciation peut être faite selon l'un ou l'autre de ces prismes, quelquefois même de manière simultanée avec plus d'un prisme (exemple : des comparaisons dans le temps et l'espace).

La comparaison des résultats du système de services pourra avoir une grande influence sur la façon de comprendre les enjeux et les orientations de ce système ainsi que sur la façon de prendre des décisions. La comparaison permettra aussi de mettre en évidence les facteurs susceptibles d'influencer la performance et de l'améliorer.

1.4 Favoriser la participation citoyenne et accroître l'imputabilité

En plus de traduire spécifiquement la réalité du système québécois de services de santé et de services sociaux de façon globale et intégrée et d'offrir une certaine comparabilité, la démarche d'appréciation devra favoriser la participation éclairée des citoyens et citoyennes et accroître l'imputabilité au regard du système.

Cette dernière exigence renvoie fondamentalement à la mission générale que le Conseil a définie pour le futur Commissaire, qui consiste à contribuer, par différents moyens, à la protection et à la promotion des valeurs au fondement de notre système collectif de santé et de bien-être, et, en premier lieu, des droits collectifs des citoyens et des citoyennes en la matière, soit le droit à un système de qualité, le droit à l'information et le droit à la participation. La responsabilité d'appréciation des résultats du système confiée au

Commissaire est liée à celles d'informer et de consulter les citoyens et les citoyennes, dans le but d'éclairer la prise de décision et le débat public. (CSBE, 2004f)

Par son appréciation du système, le Commissaire va transformer et intégrer en un ensemble solide, fiable et cohérent les informations disponibles sur le système de santé et de bien-être, y compris les savoirs que détiennent les citoyens et citoyennes à son sujet, que ce soit à titre d'utilisateur, de contribuable, de praticien, de gestionnaire ou d'employé. Pour ce faire, le Commissaire devra reconnaître la pertinence de ces savoirs et mettre en œuvre différentes stratégies de consultation afin de les recueillir, notamment par des groupes de travail, des audiences publiques et des forums délibératifs. Il devra également travailler en étroite collaboration avec le Forum citoyen, qui pourra l'orienter et le soutenir dans ses travaux. Les savoirs ainsi recueillis lui permettront à la fois de collecter des informations à propos des réalités du système et de porter un jugement qui reflète les valeurs des citoyennes et des citoyens québécois. (CSBE, 2004g)

Le savoir que constituera le Commissaire par sa démarche d'appréciation devra chercher à stimuler la participation active des citoyens et citoyennes, à éclairer leur jugement, à enrichir les débats d'idées sur les enjeux et l'avenir du système et, en bout de ligne, à éclairer la prise de décision collective. Le Commissaire pourra également aider les responsables du système à rester constamment à l'écoute des savoirs des citoyennes et des citoyens et, par le fait même, des valeurs de la société québécoise, notamment en accordant une place de choix à la participation citoyenne (CSBE, 2004g). Rappelons aussi que la santé et le bien-être sont conçus au Québec comme étant un bien commun, ce qui renvoie à une responsabilité première des autorités publiques en la matière, de même qu'à la reconnaissance d'une communauté civique et politique particulière, composée de concitoyens et de concitoyennes qui partagent un ensemble de normes et de valeurs et qui adhèrent à des choix collectifs (CSBE, 2004e). Ce partage de responsabilités se trouve également visé par l'appréciation que réalisera le Commissaire, qui devra accroître l'imputabilité au regard du système.

Mais qu'entend-t-on au juste par le concept d'imputabilité? Tel qu'il est défini par Dubois et Denis (2001), « le processus d'imputabilité suppose toujours l'engagement de différents acteurs ou groupes d'acteurs impliqués dans un réseau souvent complexe de *relations* dont l'enjeu est de faire en sorte que des parties assumant une *responsabilité* puissent *rendre compte* et expliquer les résultats des efforts consentis et les niveaux de *performance* atteints ».

Comme nous l'avons précisé dans la proposition du Conseil sur la participation et la consultation (CSBE, 2004b), les citoyens et citoyennes souhaitent une plus grande imputabilité de la part des décideurs, qu'ils fassent davantage preuve de transparence et d'ouverture. La participation citoyenne implique donc un meilleur partage de l'information et du pouvoir, le respect mutuel et la réciprocité entre les gouvernants et les citoyens et citoyennes. Cela engage donc une nouvelle façon de voir leurs relations, qui doivent être basées sur la confiance, l'ouverture et la rétroaction. Les citoyens reconnaissent également qu'ils ont non seulement des droits mais aussi des

responsabilités et qu'ils doivent être imputables de leurs actions devant leur communauté et leur gouvernement. La participation citoyenne peut donc être vue comme un moyen de promouvoir et de renforcer la responsabilité à la fois sur le plan vertical, soit du gouvernement aux citoyens puis de ces derniers au gouvernement, ainsi que sur le plan horizontal, c'est-à-dire entre citoyens. (Abelson et Gauvin, 2004; Mackinnon *et al.*, 2003; OCDE, 1997)

Selon ce qui ressort des travaux du Forum national sur la santé (1997) et résumé sur le site de Santé Canada : « Une population mieux renseignée exercera une influence sur la prise de décisions fondées sur des données probantes. (...) Si les usagers sont mieux renseignés et plus engagés, il en résultera de meilleures décisions et une plus grande imputabilité en matière de soins de santé. »

En apportant un meilleur éclairage sur la performance d'ensemble du système de services de santé et de services sociaux, la démarche d'appréciation pourra donc soutenir les multiples détenteurs de responsabilités dans leur devoir de reddition de comptes. La constitution d'un savoir fiable, cohérent, solide et facilement appropriable sur le système ainsi que la prise en compte de l'avis des citoyens et citoyennes fourniront des outils utiles au gouvernement pour prendre des décisions éclairées. La légitimité des décisions prises par les dirigeants sera aussi accrue par la participation des citoyens et citoyennes aux travaux du Commissaire.

L'imputabilité, comme toute autre exigence à une démarche d'appréciation, étant maintenant exposée, la deuxième partie du texte permettra quant à elle de préciser le choix fait parmi les modèles théoriques existants et les caractéristiques qui lui sont propres.

2. LE CHOIX D'UN CADRE D'APPRÉCIATION

La démarche d'appréciation devra, comme elle est exposée dans la partie précédente, répondre à bon nombre d'exigences. En tant qu'élément de base de l'appréciation, le cadre d'appréciation proposé pourra répondre à ces exigences à travers ses caractéristiques et dimensions. Il traduira ainsi une préoccupation du respect des spécificités du système québécois, du caractère global et intégré de l'appréciation, de la possibilité de comparer la performance du système québécois avec celle d'autres provinces et d'ailleurs dans le monde, ainsi que des processus de participation citoyenne et d'imputabilité.

2.1 Le choix d'un modèle théorique

Il existe plusieurs modes d'évaluation au Québec et ailleurs. Quels sont-ils? Quel pourrait être le meilleur parmi ceux-ci pour apprécier le système de services de santé et de services sociaux québécois, celui qui répondrait à nos exigences? Voyons les possibilités offertes.

2.1.1 Les différents modes d'évaluation disponibles dans le monde

Quand on consulte les différentes expériences d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé et des services sociaux, on se rend compte de deux choses : on évalue à peu près partout l'état de santé ou les problèmes sociaux, la production des services, la satisfaction des usagers et parfois les déterminants sociaux ; plusieurs produisent des indicateurs sans cadre d'interprétation d'ensemble.

Voyons différents exemples. Le cadre d'évaluation des services de santé proposé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) retient quatre dimensions principales : état de santé, déterminants non médicaux de la santé, performance du système de services, caractéristiques du système et de la communauté. Dans l'Accord canadien sur le renouvellement des soins de santé de 2003, les indicateurs retenus sont : l'accès aux services au moment opportun, la qualité des services, la viabilité (efficacité, efficacité), l'état de santé. Le modèle de l'Organisation mondiale de la santé distingue les buts du système (état de santé, satisfaction des attentes, équité de la contribution financière) et les fonctions pour les atteindre (administration générale, financement, prestation des services, production des ressources). Le modèle australien comporte trois grandes dimensions : état de santé, déterminants de la santé, performance du système de services. Le modèle de l'Organisation de coopération et de développement économiques est centré sur les résultats de santé, la réactivité, l'équité, l'efficacité. Le modèle britannique comprend : l'amélioration de la santé, l'accès approprié aux services, l'offre

efficace des services appropriés, l'efficacité, la satisfaction des clients, les résultats de santé liés aux services.

Cinq modèles d'évaluation des services sociaux destinés aux familles, aux jeunes et aux personnes en soins de longue durée ont été étudiés (Alberta, Colombie-Britannique (CB), France, Ontario, Royaume-Uni). Parmi ceux-ci, on retrouve de façon intégrale les dimensions suivantes : l'équité (Alberta, CB), la satisfaction des individus et des familles (Alberta, CB, Ontario), la continuité (CB), l'efficacité, l'efficacité et la productivité (Ontario, Alberta, CB, Royaume-Uni) et l'adaptation (CB) (CSBE, 2004a).

Quoique présentant plusieurs dimensions de la performance, ces modes d'évaluation sont incomplets. La performance étant un concept complexe comprenant différentes dimensions liées notamment à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être, à l'efficacité, à la production de services de qualité, à l'acquisition des ressources, à l'adaptation aux besoins, à la participation citoyenne et au maintien des valeurs collectives de solidarité, d'équité, de justice, de respect et de sécurité, il faut se diriger vers un cadre permettant de regrouper cet ensemble plus complet de dimensions.

2.1.2 Le modèle intégrateur de Champagne *et al.*

Le modèle intégrateur pour l'appréciation de la performance des systèmes de santé proposé par Champagne *et al.* (CSBE, 2004c) et utilisé par André Beaudoin (CSBE, 2004a) pour les services sociaux, est retenu par le Conseil de la santé et du bien-être. Ce modèle suggère d'apprécier quatre fonctions du système de services sociaux et de santé :

1. Sa capacité à *atteindre ses buts* fondamentaux.
2. Sa capacité à *produire* des services qui répondent à des critères ou normes de qualité.
3. Sa capacité à *agir dans son environnement* pour acquérir des ressources et pour s'adapter.
4. Son rôle de *médiateur actif des valeurs sociales*, c'est-à-dire sa capacité à actualiser les fonctions du système sur la base de ces valeurs.

Le modèle intégrateur comprend donc quatre dimensions :

1. L'atteinte des buts.
2. La production des services.
3. L'adaptation du système à son environnement.
4. Le maintien et le développement des valeurs.

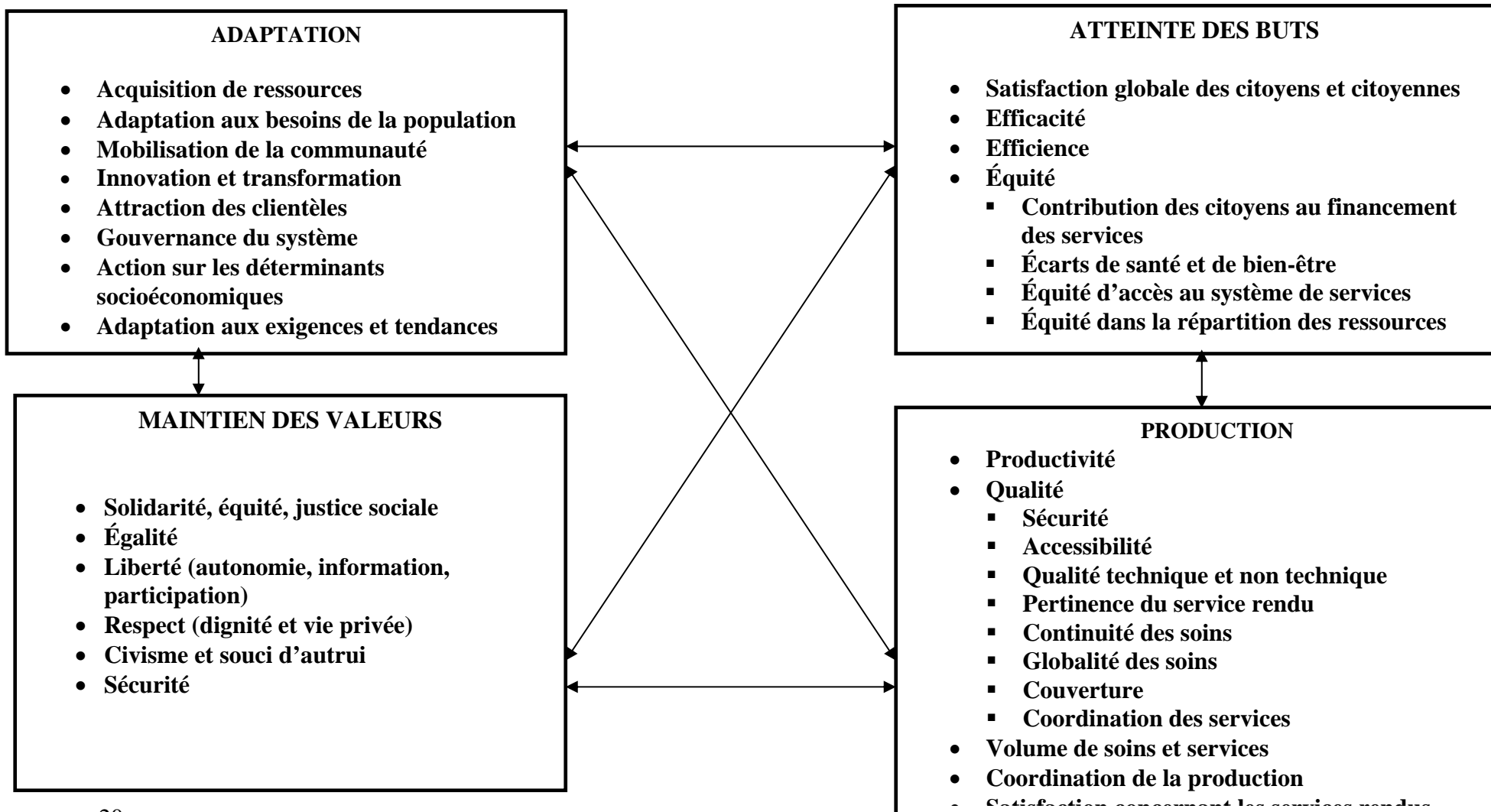
Ces quatre dimensions qui sont interreliées et qui couvrent l'ensemble du système comportent à leur tour chacune un certain nombre de sous-dimensions dont le nombre varie d'une à l'autre¹.

Le modèle intégrateur de Champagne *et al.* (CSBE, 2004c) représente bien la complexité de la performance en regroupant une diversité de dimensions et sous-dimensions. Il est « fondé sur une vision très générale des fonctions que doit remplir toute organisation dans un environnement » (Sicotte *et al.*, 1998). C'est pourquoi celui-ci a été retenu par le Conseil comme modèle théorique pour le cadre d'appréciation de la performance du système de services de santé et de services sociaux québécois. Le Conseil ayant tenu à respecter l'intégrité du modèle dans l'élaboration d'un cadre, les dimensions et sous-dimensions choisies sont les mêmes que celles présentées dans le modèle intégrateur de Champagne *et al.*, à quelques exceptions près.

Pour une meilleure compréhension du cadre d'appréciation élaboré par le Conseil, le voici présenté de façon schématisée.

1. Pour plus de détails sur le modèle intégrateur de Champagne *et al.*, voir le document *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS*, publié par le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE, 2004c).

CADRE D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX



2.2 Les dimensions et sous-dimensions du cadre proposé

En vue de fournir plus de précisions quant aux propriétés des différents aspects couverts par le cadre proposé, cette partie du texte présente successivement chacune de ses quatre dimensions et définit ses différentes sous-dimensions. Toutes les définitions des sous-dimensions sont aussi présentées sous forme de tableau à l'**annexe 1**.

2.2.1 Atteinte des buts fondamentaux du système

La grande finalité du système consiste à maintenir et améliorer la santé et le bien-être des citoyens et citoyennes. Le système de services de santé et de services sociaux constitue en effet l'un des grands moyens de protection sociale dont la société s'est dotée pour obvier aux iniquités sociales.

Parmi les nombreux buts que poursuit le système, nous en retenons quelques-uns aux fins d'appréciation : la satisfaction globale des citoyens à l'égard du système, l'efficacité, l'efficience et l'équité.

Satisfaction globale des citoyens et des citoyennes

La satisfaction fait référence à l'évaluation générale que font les citoyens et les citoyennes du système de services de santé ou de services sociaux.

Efficacité

L'efficacité réfère à l'atteinte des résultats escomptés, relativement à l'amélioration et au maintien de la santé des personnes et des populations, ainsi qu'à la contribution des services à la prise en charge des problèmes de santé et des problèmes sociaux. L'efficacité correspond aux *résultats de santé et aux résultats sociaux attribuables aux services du système*.

Efficience

L'efficience correspond aux résultats de santé et sociaux obtenus en fonction des sommes qui ont été investies dans le système.

Équité

L'équité correspond à la valeur de solidarité et à la responsabilité collective de répartir de façon juste (en fonction des besoins) les services de santé, de même que de réduire les inégalités de santé entre les individus, les groupes, les régions, etc.

L'équité peut être appréciée en fonction de la contribution des citoyens et citoyennes au financement des services, des écarts de santé et de bien-être entre les citoyens, de l'équité d'accès au système de services et de l'équité dans la répartition des ressources.

2.2.2 La production de services de santé et services sociaux par le système

Tout comme l'atteinte de buts fondamentaux du système, la production occupe une place stratégique au sein du système de services de santé et de services sociaux. Il s'agit en effet d'une dimension centrale dans l'appréciation du système. Elle constitue le noyau de l'organisation. Elle comporte des sous-dimensions toutes liées étroitement à l'offre de services du système, aux éléments concrètement produits par le système. C'est donc cette dimension qui est généralement la plus en vue dans la société, dans les médias notamment.

Selon le cadre proposé, la *production* est divisée en cinq sous-dimensions : la productivité, la qualité, le volume de soins et de services, la coordination de la production et la satisfaction des citoyens concernant les services rendus. Ces sous-dimensions sont définies en ces termes :

Productivité

La productivité correspond à l'optimisation de la production de services en fonction des ressources disponibles.

Qualité

Lorsqu'on parle de qualité, on fait référence à un ensemble d'attributs du processus qui favorisent le meilleur résultat possible, tel qu'il est défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc définie par la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles et sociales sur plusieurs dimensions du processus.

La qualité comprend : la sécurité, l'accessibilité, la qualité technique (justesse, compétence d'exécution), la qualité non technique (contexte tangible, respect, courtoisie, soutien, communication), la pertinence du service rendu, la continuité des soins, la globalité des soins (approche globale), la couverture (gamme des services disponibles) et la coordination des services.

Volume de soins et de services

Le volume de soins et de services dispensés par le système de santé et de services sociaux correspond à la quantité de services offerts à la population québécoise sous plusieurs formes.

Coordination de la production

La coordination de la production réfère à l'ensemble des arrangements formels qui permettent un agencement logique des parties. C'est l'« action tendant à accorder, conjuguer et rationaliser l'activité d'autorités ou de services différents poursuivant des objectifs de nature identique ou voisine » (*Le grand dictionnaire terminologique*) par rapport à la production de services de santé et de services sociaux.

La coordination telle qu'elle est définie ici se situe à un niveau plus élevé dans le processus que celle qui est définie pour la sous-dimension de la qualité.

Satisfaction des citoyens concernant les services rendus

La satisfaction concernant les services rendus renvoie à l'expression de la satisfaction d'une personne à la suite de l'obtention d'un service. C'est l'expérience vécue par l'individu au sein du système et l'interprétation qu'il en fait, exprimée de diverses façons.

La satisfaction des personnes ayant reçu les services est une mesure prise régulièrement. Bien qu'elle ne témoigne pas directement de la qualité des services reçus, elle est révélatrice de la relation du citoyen avec le système et essentielle pour compléter l'évaluation de la qualité.

2.2.3 L'adaptation du système à son environnement

L'adaptation, dans un contexte d'administration publique, c'est l'« action, pour une organisation, de modifier une conduite, une situation ou des règles en fonction de l'évolution du milieu, de conditions nouvelles ou d'une situation particulière » (*Le grand dictionnaire terminologique*).

Diverses réalités de l'environnement du système le confrontent dans ses façons de faire et d'être, l'incitant à effectuer des changements en son sein, à s'adapter. Ces réalités feront en sorte que les acteurs du système seront amenés à se remettre en question ou à revoir leur façon :

- d'acquérir des ressources;
- de s'adapter aux besoins de la population;
- de mobiliser la communauté;
- d'innover et de transformer le système;
- d'attirer des clientèles;
- de contribuer à la bonne gouvernance;
- d'agir sur les déterminants socioéconomiques;
- de s'adapter aux autres exigences et tendances.

Ces aspects auxquels le système doit s'adapter se définissent plus précisément de cette façon :

Acquisition des ressources

Cette sous-dimension peut se mesurer par le nombre et la nature des acquisitions sur le plan des ressources financières, humaines ou technologiques pendant une période donnée.

L'acquisition et la redistribution des ressources financières constituent des leviers majeurs d'action et d'évolution du système. Ces fonctions sont conditionnées notamment par les sources et le niveau de financement, les politiques fiscales et économiques, les priorités gouvernementales et ministérielles, les divers critères de répartition des enveloppes budgétaires, les modes de rémunération des professionnels, les modes de gestion, les modes d'organisation des services, la part du financement qui relève du privé.

Le système doit par ailleurs acquérir et maintenir la main-d'œuvre appropriée. Cette capacité du système est aussi déterminée par plusieurs facteurs : la planification de la main-d'œuvre, les orientations du secteur de l'éducation, les politiques d'embauche, de gestion et de développement, les conditions de rémunération, les réglementations professionnelles, les changements des pratiques et de l'organisation des services, la négociation des conditions de travail et leurs répercussions sur les autres dimensions de l'appréciation, etc.

Il faudra aussi accorder une attention particulière aux critères et processus de décision entourant le choix des nouvelles technologies en santé (coût, efficacité, origine, etc.) et aux capacités d'adaptation du système à ces nouvelles technologies. Il faudra enfin chercher à comprendre ce qui détermine les priorités des principaux champs de recherche et les liens entre les établissements de santé et les groupes de recherche et les laboratoires.

Adaptation du système aux besoins de la population

L'adaptation du système aux besoins de la population consiste à connaître jusqu'à quel point les ressources et la structuration du système s'ajustent aux besoins des citoyens et des citoyennes. Cette sous-dimension mènera à prendre en compte le vieillissement de la population, les disparités régionales, les milieux de vie défavorisés et vulnérables, la question des différences liées au genre et à l'appartenance à des communautés culturelles.

Cette capacité du système à s'adapter aux besoins pourra être examinée notamment au regard de ses progrès à constituer une première ligne forte et une organisation de services décentralisée à l'échelle locale.

Mobilisation de la communauté

La mobilisation de la communauté correspond à l'étendue et à l'intensité du capital social, du soutien et de l'appui qu'elle reçoit du système. Elle peut être mesurée par le

nombre d'activités du milieu communautaire ou encore par l'engagement des citoyens et des citoyennes aux activités et instances de participation du système

Pour comprendre la capacité du système à mobiliser la communauté, on doit notamment porter attention aux rôles respectifs des acteurs du milieu communautaire (organismes sans but lucratif et ressources intermédiaires) et aux conditions particulières qui entourent leurs activités. Il faut aussi apporter un éclairage sur le poids économique de ces acteurs ainsi que sur leurs impacts politiques et sociaux.

Innovation et transformation du système

La capacité du système à innover et à se transformer est souvent associée à sa capacité de répondre aux nouveaux besoins et attentes de la population, à être efficace et efficient, ainsi qu'à intégrer les orientations et les connaissances dans la décision et l'action. La recherche et l'intégration des nouvelles technologies ou, encore, l'ouverture à la participation accrue des citoyens et des citoyennes à la prise de décision sont d'autres sources d'innovation souvent mentionnées. Il faudra bien définir la capacité du système à innover et à se transformer en fonction des valeurs retenues. Cette capacité d'innovation est souvent perçue comme une condition de viabilité du système.

Attraction des clientèles

L'attraction des clientèles correspond à la capacité du système à traiter les personnes d'une façon telle qu'elles soient portées à vouloir utiliser de nouveau les services lorsque cela est nécessaire.

Gouvernance du système

La gouvernance du système fait référence à la manière dont ses activités sont orientées, guidées et coordonnées.

Selon les termes de l'*Encyclopédie de l'Agora* (2004), « qui dit gouvernance dit guider/orienter. Il s'agit du processus par lequel les organisations humaines, qu'elles soient privées, publiques ou civiques, prennent elles-mêmes la barre pour se gouverner. L'étude de la gouvernance comprend :

- l'examen de la distribution des droits, des obligations et des pouvoirs qui soutiennent les organisations;
- l'étude des modes de coordination qui sous-tendent les diverses activités d'une organisation et qui en assurent la cohérence;
- l'exploration des sources de dysfonctionnement organisationnel ou d'inadaptation à l'environnement qui aboutissent à une performance plutôt terne;

- et, finalement, l'établissement de points de référence, la création d'outils et le partage de connaissances, afin d'aider les organisations à se renouveler lorsque leur système de gouvernance accuse des lacunes. »

Action sur les déterminants socioéconomiques

L'action sur les déterminants socioéconomiques se définit comme étant le rôle joué par le système pour coopérer avec les différents secteurs d'activité qui ont un impact sur l'état de santé et le bien-être de la population et qui améliore l'effet du système de services sur cet état.

Adaptation du système aux autres exigences et tendances

L'adaptation aux exigences et tendances, c'est l'adaptation à l'environnement, aux forces internes et externes influençant le système, y compris les éléments précités.

Par exemple, on pourra juger comment le système s'adapte aux médecines parallèles en cernant leur importance, en précisant leur positionnement par rapport au système de services de santé et de services sociaux et en considérant les différentes interventions gouvernementales, notamment sur le plan des lois et des normes qui les régissent.

La mondialisation doit aussi être prise en considération en tant que force avec laquelle le système interagit. Elle introduit de nouvelles contraintes aux États et ouvre la voie à la redéfinition de certaines politiques nationales de façon à intégrer les nouvelles normes ayant été adoptées sur le plan mondial. Un des objets sur lesquels il faudra se pencher est l'effet des accords de libéralisation du commerce et, plus particulièrement, les clauses qui peuvent amener une remise en question des mesures de protection sociale. Un autre objet qui devra retenir l'attention concerne les débats politiques et normatifs ainsi que les changements institutionnels à l'intérieur des organismes internationaux préoccupés par les enjeux en matière de santé. Il faudra aussi porter attention aux débats entourant la définition du droit à la santé qui ont lieu dans le cadre des travaux de l'Organisation mondiale de la santé et de ceux de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, sans compter les discussions qui peuvent être faites par l'UNESCO sur des sujets connexes. La pertinence de prêter attention à ces discussions ne s'explique pas uniquement par le fait qu'elles peuvent influencer les politiques gouvernementales québécoises, mais également par le fait que des groupes de citoyens peuvent aussi s'y référer pour rappeler au gouvernement ses engagements et pour lancer des débats publics.

2.2.4 Le maintien des valeurs sociales

Le maintien des valeurs sociales est une manière d'assurer la vitalité et la protection du système contre les dérives. Cette dimension sera appréciée sous l'angle de la capacité du système à incarner les valeurs pour faciliter et contraindre les dimensions qui précèdent : la capacité du système à atteindre ses buts fondamentaux (dimension 1), à produire des services (dimension 2), et à agir sur son environnement pour acquérir des ressources et pour s'adapter (dimension 3). Les valeurs ne sont pas des objets identifiables. Ce sont des symboles, des représentations qui guident et inspirent nos actes, nos décisions, nos projets. Une valeur est un horizon qui inspire l'action; elle propose un idéal normatif que

nos actes s'efforcent d'atteindre ou d'incarner. L'appréciation du système de services de santé et de services sociaux implique que l'on effectue d'abord des choix normatifs et moraux qui amèneront à privilégier une interprétation spécifique des valeurs et des droits collectifs des citoyens et citoyennes en matière de santé et de bien-être. Il faut se référer, pour ce faire, aux valeurs collectives qui sont en adéquation avec les choix sociétaux faits par l'ensemble des citoyennes et citoyens québécois et qui sont au fondement du système de santé et de bien-être.

Le Conseil propose la nomenclature suivante de ces valeurs collectives, tout en rappelant qu'elles devront être discutées et définies par les citoyens et citoyennes, notamment au cours du processus d'élaboration d'une Déclaration des droits et responsabilités des citoyens et citoyennes en matière de santé et de bien-être (CSBE, 2004d). Ainsi, il apparaît que la **solidarité**, l'**équité** et la **justice sociale**, qui sont au fondement de toute **redistribution équitable des ressources** et de toute **lutte contre l'exclusion**, sont trois éléments incontournables, de même que l'**égalité des citoyens face au système** et le **refus de toute forme de discrimination injustifiée**. La liberté est aussi une valeur fondamentale de notre système, qu'elle prenne la forme de l'**autonomie individuelle** face aux choix thérapeutiques fondés sur l'information accessible, de la **liberté d'action** que doit reconnaître l'État à tout citoyen désireux de participer aux débats et décisions, de la **liberté d'information**, qui exige du système une nécessaire transparence, ou de la **liberté de parole** et de contestation qui sous-tend le droit de porter plainte. Le **respect de la dignité** et le **respect de la vie privée** de tous, y compris des personnes les plus vulnérables, le **civisme** et le **souci d'autrui** font aussi partie des valeurs collectives qui doivent être respectées par le système de santé et de bien-être. Finalement, la **protection** et la **sécurité** des citoyens et citoyennes sont des valeurs qui devraient faire l'objet d'aucun compromis. Il doit y avoir consensus sur ces manières d'être et d'agir reconnues comme idéales. Les acteurs du système collaborent pour réaliser de façon efficiente le projet collectif auquel ils participent.

Par ailleurs, le **climat organisationnel** fait aussi partie du *maintien des valeurs*. Il peut être défini en ces termes : [traduction] « une vaste catégorie de variables, organisationnelles plutôt que psychologiques, qui décrivent le contexte organisationnel des actions des individus. Ces variables organisationnelles comprennent les pratiques interpersonnelles (le climat social) et les significations établies avec intersubjectivité qui découlent de processus organisationnels logiques. » (Glick, 1988). Le climat organisationnel est animé par les valeurs précédemment définies et contribue à leur maintien au sein du système. Il constitue un facteur de la performance du système.

2.3 Des éléments pour une interprétation globale et intégrée

Comme nous venons de le voir, les dimensions du cadre couvrent un grand nombre d'aspects de la performance du système. Elles sont aussi étroitement liées entre elles. De l'*atteinte des buts* au *maintien des valeurs* sociales en passant par la *production* et

l'*adaptation* du système, des liens se tissent de façon à mettre en relation les dimensions et sous-dimensions entre elles. Ces interrelations devront être illustrées à l'intérieur d'un guide d'interprétation qui éclairera le jugement à porter sur la performance d'ensemble du système et ses comparaisons.

En guise d'exemple, voici quelques pistes d'interprétation appliquées à la dimension du *maintien des valeurs*. Cette illustration, qui pourrait donner le ton au guide d'interprétation qui sera élaboré ultérieurement, démontre le caractère global et intégré du cadre d'appréciation tout en fournissant des pistes de réflexion pour la démarche d'appréciation liée à cette dimension.

Le maintien des valeurs sociales : un exemple d'appréciation globale et intégrée

En plus d'éclairer l'appréciation des trois dimensions précédentes, la dimension du *maintien des valeurs* guidera l'appréciation des résultats des différents processus mis en œuvre dans le système pour la gestion des enjeux éthiques et du climat organisationnel. Plus encore, l'ensemble des dimensions, en raison de l'étroite relation qui les relie toutes entre elles, auront une influence mutuelle sur l'appréciation globale qui sera faite à l'aide du cadre d'appréciation du système.

C'est ainsi que pour apprécier la situation des valeurs de solidarité, d'équité et de justice sociale, de redistribution équitable des ressources et de toute lutte contre l'exclusion, on pourra utiliser les résultats de la dimension 1 sur l'équité dans la distribution des ressources. On aura alors recours, notamment, à des données financières ainsi qu'à des informations issues de consultations menées auprès d'organisations de la société civile et des citoyens et citoyennes². On devra organiser cette collecte d'informations de manière à susciter des débats publics éclairés sur les enjeux liés à ces valeurs, entre autres sur le thème de l'allocation des ressources.

Pour apprécier l'égalité des citoyens face au système, on pourra s'appuyer sur les comparaisons entre régions, tant sur le plan de l'offre de services que de l'état de santé et de bien-être, qu'on aura effectuées pour les autres dimensions, et les soumettre au débat public.

Pour apprécier le refus de toute forme de discrimination injustifiée, le respect de l'autonomie individuelle, de la dignité et de la vie privée, on pourra utiliser les données (plaintes ou enquêtes) du Protecteur des usagers, du Protecteur du citoyen, de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, de la Commission d'accès à l'information ou celle des ordres professionnels. On pourra, de plus, procéder à une analyse de contenu de la presse à ces sujets et de consultations menées auprès de citoyens et citoyennes, des comités d'éthique clinique et autres. On pourra aussi évaluer le degré de clarté et d'application des politiques des établissements à ces chapitres.

2. Voir à ce sujet le document du Conseil intitulé *Participation et consultation des citoyennes et des citoyens en matière de santé et de bien-être* (CSBE, 2004b).

La liberté d'action, la liberté d'information et la liberté de parole seront appréciées par le biais du respect et de la promotion des droits collectifs correspondants : droit à la participation et droit à l'information.

Pour apprécier le degré de civisme et le souci d'autrui qui se manifestent dans le système de santé et de bien-être, on pourra évaluer les codes d'éthique, les énoncés de valeurs, les déclarations de services et les règles de conduite formulés par les établissements, réseaux et agences afin de réguler le comportement des différents acteurs du système les uns envers les autres (praticiens/usagers, praticiens/employés, employés/gestionnaires, employés/usagers, usagers/gestionnaires, etc.). Toutefois, pour vraiment évaluer ce qui se passe en réalité, on devra se mettre à l'écoute des savoirs des citoyens, des acteurs du système (usagers, praticiens, employés) et mener des consultations *ad hoc* dans le but de comprendre ce que deviennent ces différents énoncés de principe dans les pratiques quotidiennes.

Pour être en mesure d'évaluer l'importance qu'accorde le système à la protection et à la sécurité des citoyens et citoyennes, on devra apprécier les politiques qui ont été élaborées à ce sujet par les organismes, les établissements et les ordres professionnels et les comparer avec ce qui se passe réellement et qui provient d'enquêtes qualitatives menées dans des établissements et cliniques privées ou des médias.

L'ensemble des dimensions du cadre et les liens qui les unissent étant maintenant décrits, plusieurs exemples d'indicateurs utilisés par l'Organisation mondiale de la santé, le Canada et le Québec pour apprécier les systèmes de services de santé ou de services sociaux doivent être donnés. Ces exemples, classés selon les dimensions du cadre proposé, pourront inspirer le choix d'orientations, d'objectifs et d'indicateurs applicables à l'appréciation du système québécois de services de santé et de services sociaux.

3. LE CHOIX DES INDICATEURS POUR LE CADRE D'APPRÉCIATION

Le cadre proposé, tel qu'il vient d'être exposé dans ses différentes dimensions et sous-dimensions, constitue le point de départ de l'appréciation du système. Des éléments de mesure devront être élaborés pour apprécier les dimensions et sous-dimensions de la performance du système de services de santé et de services sociaux. Les indicateurs, choisis si possible à partir d'orientations et d'objectifs, constitueront les outils de mesure venant compléter le cadre.

Pour une meilleure compréhension, il importe avant tout de définir quelques concepts. Les orientations sont à la base de l'appréciation et correspondent à ce que le système tend à atteindre ou devrait tendre à atteindre en rapport avec ses différentes fonctions traduites ici par les quatre dimensions du cadre : atteinte des buts, production des services, acquisition des ressources et adaptation, maintien des valeurs. Les objectifs et les indicateurs sont étroitement liés aux orientations. Les objectifs sont chiffrés ou non et doivent être réalisés à l'intérieur d'une période déterminée.

Un indicateur constitue pour sa part un « paramètre significatif utilisé pour mesurer les résultats obtenus, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux ou le contexte. Les données obtenues périodiquement par l'indicateur sont quantitatives ou qualitatives » (*Le grand dictionnaire terminologique*). Pierre Voyer (2000) en parle pour sa part en ces termes : « Un indicateur est un élément ou un ensemble d'éléments d'information significative, un indice représentatif, une statistique ciblée et contextualisée selon une préoccupation de mesure, résultant de la collecte de données sur un état, sur la manifestation observable d'un phénomène ou sur un élément lié au fonctionnement d'une organisation. » Un lien de cause à effet doit aussi exister entre les objectifs et les résultats obtenus à partir des mesures que constituent les indicateurs.

Le choix des indicateurs pour apprécier le système devra être fait avec parcimonie. Si le but de l'appréciation est la gestion continue de la performance d'une organisation, le nombre d'indicateurs retenus sera plus grand que si le but en est la reddition de comptes à la population ou l'information. Considérant les exigences d'appréciation énoncées en première partie – traduire la réalité du système, fournir une appréciation globale et intégrée du système, soutenir la participation et l'imputabilité et permettre la comparaison – les indicateurs choisis devraient être plus globaux et correspondre à chacune des dimensions du cadre. Ils seront en nombre restreint, une trentaine si possible. Le choix des indicateurs dépendra aussi de la disponibilité, de la fiabilité et de la validité³ des sources de données.

3. Pour plus de précisions sur ces critères, voir le document de Champagne *et al.* (CSBE, 2004c).

Dans la première section qui suit, l'examen des indicateurs utilisés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Canada et le Québec permettra d'en identifier pour l'appréciation du système québécois de services de santé et de services sociaux et ainsi, dans la deuxième section du texte et à titre d'illustration, de soumettre une proposition contenant une trentaine d'indicateurs parfois associés à des orientations, et à des objectifs, correspondant aux dimensions du cadre proposé et tentant de répondre au besoin de comparabilité.

3.1 Des exemples d'indicateurs : le cas de l'OMS, du Canada et du Québec

Bon nombre d'indicateurs sont employés aux plans national et international pour évaluer la performance de systèmes de services de santé surtout, mais aussi des services sociaux. Dans la tendance mondiale actuelle, qui incite les différentes administrations publiques à vouloir offrir des services axés sur les résultats et transparents ainsi qu'à rendre des comptes aux populations à ce sujet, de nombreux indicateurs sont développés au Canada et ailleurs. L'OMS et le Canada ont créé des modèles d'évaluation dont les indicateurs peuvent être particulièrement significatifs dans le cadre d'une démarche d'appréciation de la performance du système québécois de services de santé et de services sociaux. Ne serait-ce que pour combler le besoin de comparabilité, ceux-ci méritent d'être pris en considération lors de la détermination d'indicateurs pour le Québec.

3.1.1 L'Organisation mondiale de la santé

L'Organisation mondiale de la santé retient certains indicateurs pour évaluer la performance des systèmes, indicateurs présentés dans le *Rapport de la santé dans le monde 2000*. Champagne *et al.* (CSBE, 2004c) les ont classés à l'intérieur du modèle intégrateur qu'ils proposent. En se référant à cette classification, il est possible de constater que les indicateurs employés par l'OMS pour l'appréciation de la performance des systèmes de santé couvrent pour la plupart la dimension *atteinte des buts*, mais aussi les dimensions *production* et *adaptation* du modèle.

Un tableau, à l'**annexe 2**, présente les indicateurs de l'OMS classés selon la proposition de Champagne *et al.*

3.1.2 Le Canada et ses provinces

La rencontre fédérale-provinciale sur la santé tenue en septembre 2004 a permis aux premiers ministres des provinces et aux représentants fédéraux de s'entendre entre autres sur la nécessité de rendre des comptes à la population canadienne sur l'accès en temps opportun à des soins de qualité et sur la réduction des délais d'attente. Mais ce n'est pas le seul moment où la transparence et la reddition de comptes ont été discutées par les acteurs canadiens en santé. Un effort de concertation pour produire des indicateurs comparables pour l'appréciation des services de santé a déjà été fait par les différentes

provinces canadiennes au sein d'un comité fédéral-territorial-provincial, le Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultat (CÉRIR). Quatorze domaines d'indicateurs ont été sélectionnés par ce comité en 2002.

Le Canada s'est donc doté, à plusieurs niveaux et à diverses occasions, d'indicateurs pour mesurer la performance en santé et services sociaux, tant à l'échelle nationale que provinciale ou locale. Ces indicateurs ont été développés et ont été utilisés notamment dans le cadre de l'*Accord sur le renouvellement des soins de santé de 2003* (Accord 2003) ainsi que par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dans le cadre de l'*Initiative du carnet de route... lancer le processus* (2000). Comme on peut le constater en regard des indicateurs présentés dans ces documents, les dimensions couvertes par le modèle proposé sont, comme pour l'OMS, majoritairement les dimensions *atteinte des buts*, *production* et *adaptation*. Le nombre d'indicateurs couvrant la dimension *atteinte des buts* est encore une fois très élevé comparativement aux autres dimensions.

Champagne *et al.* ont ici aussi effectué une classification en fonction des dimensions du modèle proposé. Cette classification est présentée à l'**annexe 3**.

3.1.3 Le Québec

Le Québec, à l'occasion de la réunion des premiers ministres sur les soins de santé en 2004, s'est engagé, au même titre que les autres provinces canadiennes, à rendre des comptes aux citoyens et citoyennes sur la performance du système de services de santé et de services sociaux et à respecter un principe de transparence. En vertu de l'entente qui est intervenue entre les différentes parties lors de cette rencontre, le Québec s'est engagé à faire lui-même rapport auprès de ses citoyens et citoyennes par le biais d'indicateurs comparables développés à la suite de travaux conjoints avec les autres provinces. Soixante-dix indicateurs ont été retenus à cet effet. Un rapport, présentant les résultats de dix-huit de ces indicateurs sélectionnés, a été produit par le Québec en novembre 2004 (MSSS, 2004).

Certains de ces indicateurs, additionnés de quelques autres provenant de diverses organisations du système de services de santé et de services sociaux québécois, sont classés par rapport aux dimensions du modèle et illustrés à l'**annexe 4** du présent document. Comme dans le cas de l'OMS et du Canada, ceux-ci couvrent davantage les dimensions *atteinte des buts* et *production* qu'*adaptation* ou *maintien des valeurs*.

Un tableau, présenté à l'**annexe 5**, offre une perspective de ce qui est défini en matière d'objectifs au sein du système de services de santé et de services sociaux québécois.

3.2 Un exemple pour le Québec : orientations, objectifs et indicateurs pour l'appréciation du système de services

En regard de ces indicateurs proposés par l'OMS et le Canada, et de ce qui se fait déjà au Québec, tout comme en gardant en tête l'importance qui doit être accordée à la comparabilité des résultats, il est possible de cerner certaines orientations, objectifs et indicateurs pouvant être employés à l'appréciation de la performance du système de services québécois. Le choix d'indicateurs doit être fait à partir de certains critères dont :

- la disponibilité des données au Québec;
- l'utilisation de ces indicateurs à l'échelle mondiale ou nationale (ce qui permettra la comparaison);
- la nature de ce qui est couvert par l'indicateur (général plutôt que spécifique).

Suivant ces critères, voici un ensemble d'indicateurs, classés selon les dimensions du cadre, pouvant être utilisés pour apprécier la performance du système de services de santé et de services sociaux québécois. Ces indicateurs se retrouvent aussi à l'intérieur de la proposition faite à l'**annexe 6** du présent document, proposition qui est bonifiée d'exemples d'orientations et d'objectifs.

Atteinte des buts

- Taux de réadmission
 - à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) : Taux rajusté selon les risques d'une réadmission non prévue après une sortie de l'hôpital à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (de 15 à 84 ans) (sous-dimension *efficacité*)
 - à la suite d'une pneumonie : Taux rajusté selon les risques d'une réadmission non prévue après une sortie de l'hôpital à la suite d'une pneumonie (de 15 à 84 ans) (sous-dimension *efficacité*)
- Taux de mortalité après 30 jours
 - chez les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde: Taux de mortalité à l'hôpital toutes causes confondues, ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'IAM (de 20 à 105 ans) (sous-dimension *efficacité*)
 - chez les patients hospitalisés à la suite d'un accident vasculaire cérébral : Taux de mortalité à l'hôpital toutes causes confondues, ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC) (de 20 à 105 ans) (sous-dimension *efficacité*)

- Taux de survie net après 365 jours chez les personnes victimes d'un infarctus aigu du myocarde (sous-dimension *efficacité*)
- Taux de survie net après 180 jours chez les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral (sous-dimension *efficacité*)
- Taux de survie relatif après cinq ans (sous-dimension *efficacité*)
 - Cancer du poumon : Taux de survie relative normalisé selon l'âge dans les cinq ans suivant un cancer du poumon (sous-dimension *efficacité*)
 - Cancer de la prostate : Taux de survie relative normalisé selon l'âge dans les cinq ans suivant un cancer de la prostate (sous-dimension *efficacité*)
 - Cancer du sein : Taux de survie relative normalisé selon l'âge dans les cinq ans suivant un cancer du sein (sous-dimension *efficacité*)
 - Cancer colorectal : Taux de survie relative normalisé selon l'âge dans les cinq ans suivant un cancer colorectal (sous-dimension *efficacité*)
- Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement:
 - Taux normalisé selon l'âge de décès dus aux infections bactériennes chez les personnes de 5 à 64 ans (sous-dimension *efficacité*)
 - Taux normalisé selon l'âge de décès dus au cancer du col de l'utérus chez les femmes de 15 à 64 ans (sous-dimension *efficacité*)
 - Taux normalisé selon l'âge de décès dus aux maladies hypertensives chez les personnes de 35 à 64 ans (sous-dimension *efficacité*)
 - Taux normalisé selon l'âge de décès dus à la pneumonie ou à la bronchite non précisée chez les personnes de 5 à 49 ans (sous-dimension *efficacité*)
- Réadmissions pour certaines conditions :
 - Taux de réadmission pour infarctus aigu du myocarde (sous-dimension *efficacité*)
 - Taux de réadmission pour la pneumonie (sous-dimension *efficacité*)
 - Taux de réadmission pour une hémorragie gastro-intestinale (sous-dimension *efficacité*)
- Taux de récidive des jeunes contrevenants sous ordonnance de probation avec suivi (sous-dimension *efficacité*)
- Stabilité des placements d'enfants pris en charge à long terme (sous-dimension *efficacité*)
- Nombre d'heures d'évaluation-orientation travaillées par évaluation terminée (sous-dimension *efficience*)
- Nombre d'heures travaillées par adolescent en excluant le personnel de l'hébergement (sous-dimension *efficience*)

- Taux d'occupation des places reconnues au permis d'établissement en unité de vie ou foyer de groupe pour toutes les lois (sous-dimension *efficience*)
- Durée prévue du séjour par rapport à la durée réelle : Nombre moyen de jours réels par rapport à la durée prévue de séjour dans des hôpitaux de soins de courte durée (sous-dimension *efficience*)
- Proportion des dépenses de santé du quintile le plus pauvre de la population par rapport au quintile le plus riche (sous-dimension *équité*)

Production

- Coût quotidien des activités par contrevenant en milieu communautaire (sous-dimension *productivité*)
- Pourcentage des centres de petite enfance qui sont des milieux appropriés pour le développement des enfants (sous-dimension *productivité*)
- Coûts unitaires en famille d'accueil (sous-dimension *productivité*)
- Nombre d'enfants en attente d'application de mesures (sous-dimension *qualité*)
- Difficulté à obtenir des services de santé courants ou suivis : Pourcentage des personnes ayant eu de la difficulté à obtenir des services de santé courants ou suivis (sous-dimension *qualité*)
- Difficulté à obtenir de l'information ou des conseils en matière de santé : Pourcentage des personnes ayant eu de la difficulté à obtenir de l'information ou des conseils en matière de santé (sous-dimension *qualité*)
- Difficulté à obtenir des soins immédiats : Pourcentage des personnes ayant eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur (sous-dimension *qualité*)
- Pourcentage des citoyens ayant un médecin de famille (sous-dimension *qualité*)
- Délai d'attente déclaré pour une chirurgie (sous-dimension *qualité*)
- Délai d'attente déclaré pour une visite chez un médecin spécialiste (sous-dimension *qualité*)
- Accès aux services à domicile : Nombre de personnes qui reçoivent des services de soins à domicile par tranche de 100 000 habitants, tous les âges (P/T) (sous-dimension *qualité*)
- Erreurs et incidents : Nombre d'erreurs et incidents médicaux déclarés (p. ex., surveillance des maladies, réactions indésirables aux médicaments) (sous-dimension *qualité*)
- Erreurs et incidents : Taux d'enfants blessés (gravement ou mortellement) après que la décision sur la sécurité et le développement compromis eut été prise et avant la fin de l'application des mesures (sous-dimension *qualité*)

- Satisfaction des patients :
 - Pourcentage de la population des adultes qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont l'ensemble des services ont été fournis (sous-dimension *satisfaction concernant les services rendus*)
 - Pourcentage de la population des adultes qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les services reçus à l'hôpital ont été fournis (sous-dimension *satisfaction concernant les services rendus*)
 - Pourcentage de la population des adultes qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les services communautaires reçus ont été fournis (sous-dimension *satisfaction concernant les services rendus*)
 - Pourcentage de la population des adultes qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les services reçus d'un médecin de famille ou un autre médecin ont été fournis (sous-dimension *satisfaction concernant les services rendus*)

Adaptation

- Distribution selon l'âge des fournisseurs qui pratiquent, par spécialité (ressources humaines) (sous-dimension *acquisition des ressources*)
- Nombre de fournisseurs qui entrent dans le système et le quittent chaque année, par spécialité (ressources humaines) (sous-dimension *acquisition des ressources*)
- Progrès dans la mise en place de systèmes d'information (systèmes d'information) (sous-dimension *acquisition des ressources*)
- Pourcentage des adultes qui font une contribution sans rétribution à des organisations à but non lucratif, à des causes charitables, à des activités de développement communautaire ou aidants naturels (sous-dimension *acquisition des ressources*)
- Pourcentage des dépenses pour les cinq plus importants problèmes de santé par rapport aux besoins. (sous-dimension *acquisition des ressources*)

Maintien des valeurs

Aucun exemple d'indicateur associé au *maintien des valeurs* n'a été retrouvé parmi ceux utilisés au Québec, au Canada et ailleurs.

Cette proposition, qui tient compte des critères ci-haut mentionnés, est le résultat d'une sélection effectuée parmi les exemples illustrés dans les annexes 2 à 5. Ces indicateurs sont parfois employables tels quels, mais généralement perfectibles. Dans plusieurs cas, aucun indicateur ni objectif n'ont été cernés pour les sous-dimensions, ce qui implique que l'on devra définir des objectifs et développer de nouveaux indicateurs qui y sont rattachés. Les sources de données associées aux indicateurs suggérés sont d'ailleurs précisées à l'intérieur du tableau, tout comme quelques indicateurs utilisés par d'autres

provinces ou pays. Des sources de données devront aussi être relevées parmi les banques existantes et, même, de nouvelles données devront tout simplement être désormais recueillies.

Les efforts devront principalement être axés sur le développement d'indicateurs pour les dimensions et sous-dimensions *adaptation* et *maintien des valeurs*, car, malgré le fait qu'il y a un certain nombre d'indicateurs applicables à l'appréciation de l'*adaptation* du système, ils ne couvrent pas la totalité des sous-dimensions. Concernant la dimension *maintien des valeurs*, il sera important de permettre aux citoyens et citoyennes de s'exprimer sur les valeurs à privilégier pour ensuite développer des indicateurs.

Il est à noter que la comparabilité des indicateurs entre aussi en compte dans leur choix. Cependant, pour atteindre un niveau de comparabilité adéquat, il faut s'assurer de la correspondance entre les interprétations qui sont faites de chaque indicateur par l'ensemble des acteurs s'y référant dans l'appréciation du système.

Malgré toutes les démarches qui restent à réaliser pour développer de nouveaux indicateurs québécois, notre exemple de proposition pourra inspirer la sélection qui sera faite ultérieurement. Cette sélection devra être effectuée lorsque les orientations et objectifs que l'on veut se donner pour le système québécois de services de santé et de services sociaux auront été discutés et seront établis.

4. LES ÉLÉMENTS DE MISE EN ŒUVRE DU CADRE D'APPRÉCIATION

Les éléments du cadre étant définis, certaines étapes restent à être complétées en vue de débiter la démarche d'appréciation de la performance du système de services de santé et de services sociaux proprement dite. Certains outils et processus supplémentaires doivent en effet être développés pour réaliser l'appréciation.

Pour ce faire, des acteurs du système tels que des intervenants des agences régionales, des professionnels du réseau, des experts et des membres d'organisations de la société civile seront interpellés. Ceux-ci devront former un comité qui aura le rôle de délibérer sur les orientations et objectifs en termes de performance du système, tout comme sur les indicateurs qui seront choisis pour apprécier le système. Un guide d'interprétation des dimensions et sous-dimensions devra être produit. On devra bien saisir les forces existantes au Québec en matière d'évaluation et de participation citoyenne à l'évaluation. Les valeurs étant à la base de l'appréciation, on devra aussi se pencher sur la question et préciser les valeurs actuelles du système. La participation citoyenne sera alors nécessaire et pourra s'exprimer sous forme de consultation élargie.

L'ampleur du travail qui reste à faire en vue de réaliser un premier rapport d'appréciation du système est relativement considérable. Le cadre proposé comporte des balises pour l'interprétation des informations et pour éclairer le jugement sur la performance d'ensemble du système. Reste maintenant à opérationnaliser ce cadre à l'aide d'orientations, d'objectifs et d'indicateurs qui doivent être précisés. Comme il est possible de le constater en regard de l'exemple de proposition qui a été présenté à la partie 3.2, plusieurs indicateurs ont déjà été développés au Québec ainsi que par diverses provinces et organisations canadiennes. Des données québécoises sont aussi disponibles en grand nombre pour apprécier le système. Un choix devra être fait pour déterminer un nombre limité d'indicateurs liés directement aux orientations et objectifs que l'on se sera alors donnés. Les indicateurs choisis pourront faire partie des indicateurs déjà utilisés ou être développés pour l'occasion. La sélection faite permettra de choisir des éléments qui seront utiles tant à la production d'un premier rapport d'appréciation qu'à ceux qui suivront, des questions essentielles liées à l'ensemble du processus d'appréciation étant alors aussi débattues. Une fois le choix d'orientations, d'objectifs et d'indicateurs fait et plusieurs autres questions étant éclaircies, la démarche d'appréciation de la performance du système de services de santé et de services sociaux pourra être entreprise et un premier rapport produit.

CONCLUSION

Il y a un rôle du système de services de santé et de services sociaux que l'on ne souligne pas suffisamment, soit la fonction préventive qu'il exerce « par le sentiment de confiance qu'il contribue à créer au sein de la population » (CSBE, 2004c). La valeur du système est donc double : par les services qu'il offre et par ce qu'il est. Il est, avec l'éducation et la sécurité du revenu, un instrument majeur de protection sociale, sans doute le plus important pour une population vieillissante. Il contribue donc à la santé et au bien-être des citoyens et citoyennes de ces deux manières.

Le débat public constant sur le système, qui semble sans issue, mine cette confiance. D'où l'utilité d'apprécier la performance du système de services de santé et de services sociaux, y compris la santé publique.

Aux fins d'améliorer la santé et le bien-être, l'appréciation fournira aux citoyens et citoyennes ainsi qu'au gouvernement les éléments nécessaires à une compréhension des grands enjeux dans le domaine de la santé et du bien-être. La démarche proposée donnera la parole aux citoyens et citoyennes et entre autres à des praticiens, administrateurs et chercheurs du domaine de la santé et du bien-être. Elle permettra une appréciation globale et intégrée du système de services de santé et de services sociaux, ainsi que la santé publique, couvrant l'ensemble de ses fonctions de base : l'atteinte des buts, la production de services, l'adaptation et le maintien des valeurs. Elle permettra aussi de comparer la performance du système québécois avec celle de systèmes d'autres provinces ou d'autres pays, tout en favorisant l'accroissement de l'imputabilité sur un plan horizontal et vertical, entre les citoyens et citoyennes et le gouvernement.

RÉFÉRENCES

ABELSON, Julia, et François-Pierre GAUVIN. (2004) *Engaging Citizens : One Route to Health Care Accountability*, Ottawa, Canadian Policy Research Network, 53 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2003) *Avis sur L'institution d'un Commissaire à la santé*, Québec, 46 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004a) *Développement d'un cadre d'appréciation de la performance des services sociaux au Québec*, rapport de BEAUDOIN, André, Québec, 65 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004b) *Participation et consultation des citoyennes et des citoyens en matière de santé et de bien-être*, Québec, 59 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004c) *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle ÉGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, rapport de CHAMPAGNE, F., et al., Québec, 174 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004d) *Une Déclaration des droits des citoyennes et des citoyens en matière de santé et de bien-être. Finalités et démarche d'élaboration*, Québec, 53 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004e) *Valeurs fondamentales et enjeux de citoyenneté en matière de santé et de bien-être*, Québec, 43 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004f) *Pour définir la mission, la vision et les valeurs du Commissaire à la santé et au bien-être*, Québec, 43 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004g) *Les savoirs des citoyens et citoyennes : un outil pour comprendre la santé et le bien-être*, Québec, 43 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, Jean-Louis DENIS et Carl-Ardy DUBOIS. (2000) *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de services*, Montréal, Université de Montréal, 48 p.

DUBOIS, Carl-Ardy, et Jean-Louis DENIS. (2001) *De la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Clair : Le façonnement socio-historique de l'imputabilité*, Département de la santé publique, Montréal, GETOS, 17 p.
http://www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/comm_cast-nepveu.pdf.

ENCYCLOPÉDIE DE L'AGORA, <http://agora.qc.ca/encyclopedie.nsf>.

GLICK, W.H. (1988) « Response : organizations are not central tendencies : shadowboxing in the dark, round 2 », *Academy of management review*, vol. 13, No.1, p. 133-137.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la santé et des services sociaux. (2004) *Points saillants du Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, Québec, 102 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2000) *Initiative du carnet de route... lancer le processus*, Ottawa, 40 p.

LE GRAND DICTIONNAIRE TERMINOLOGIQUE, www.granddictionnaire.com.

MACKINNON, M.P. *et al.* (2000) *Citizens' Dialogue on Canada's Future: A 21st Century Social Contract*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks, www.cprn.org.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. (1997) *Consultation et communications : Intégrer des intérêts multiples dans l'élaboration des politiques; gérer les relations avec les médias*, Gestion publique, Études Hors Série n°7, Paris, Les Éditions de l'OCDE.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2000) *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève, 205 p.

SANTÉ CANADA. (2003) Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, communiqué, <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/accord.html>.

SANTÉ CANADA. (1997) Forum national sur la santé, « Création d'une culture de prise de décisions fondées sur des données probantes » in *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. II, Rapports de synthèse et documents de référence, disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/forum_sante/publications/finvol2/culture/index.html.

SICOTTE, C., F. CHAMPAGNE et A.C. CONTANDRIOPOULOS. (1998) « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Rupture*, Revue transdisciplinaire en santé, vol. 6, n°1, p. 34-46.

VOYER, Pierre. (2000) *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2^e édition, 446 p.

ANNEXE 1 DÉFINITION DES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DU CADRE PROPOSÉ

Dimension	Sous-dimension	Définition
Atteinte des buts	Satisfaction globale des citoyens	Niveau d'appréciation des citoyens et citoyennes à l'égard du système.
	Efficacité	Résultats de santé attribuables aux services du système.
	Efficiace	Résultats de santé en fonction des sommes investies.
	Équité	Responsabilité collective de solidarité pour répartir de façon juste (en fonction des besoins) les services de santé/ la santé entre les individus, des groupes, des régions, etc.
Production	Productivité	Optimisation de la production en fonction des ressources.
	Qualité	Ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible tel qu'il est défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc définie par la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles, de consommation et sociales sur plusieurs dimensions du processus.
	Volume des soins et services	Quantité de soins donnés aux citoyens sous plusieurs formes.
	Coordination de la production	Ensemble des arrangements formels qui permettent un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée.
	Satisfaction concernant les services rendus	Niveau d'appréciation exprimé par le citoyen à partir d'un ou des services qui lui ont été rendus à l'intérieur du système.
Adaptation	Acquisition de ressources	Nombre d'acquisitions des ressources humaines ou matérielles pour une organisation (ou une partie d'une organisation) ou une période donnée.
	Adaptation aux besoins de la population	Dans quelle mesure les ressources et la structuration du système s'ajustent aux besoins de la population concernée.
	Mobilisation de la communauté	Étendue et intensité du capital social du système, du soutien et de l'appui dont il bénéficie.
Adaptation	Innovation et transformation	Capacité du système à innover et à se transformer.

Dimension	Sous-dimension	Définition
	Attraction des clientèles	Capacité du système à traiter les patients de façon qu'ils soient portés, en général, à vouloir utiliser les services de nouveau lorsque cela est nécessaire.
	Gouvernance du système	Manière dont les activités du système sont orientées, guidées et coordonnées.
	Action sur les déterminants socio-économiques	Rôle joué par le système pour mobiliser les différents secteurs d'activité qui ont des répercussions sur la santé et le bien-être des citoyens et citoyennes.
	Adaptation aux exigences et tendances	Adaptation à l'environnement, aux forces externes affectant le système (nouvelles technologies, mondialisation, vieillissement...).
Maintien des valeurs	<p>Consensus sur les valeurs du système</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solidarité; - Équité; - Justice sociale; - Redistribution des ressources; - Égalité des citoyens (lutte contre l'exclusion et refus de la discrimination); - Liberté (de conscience, d'action, d'information et de parole); - Le respect (de la dignité et de la vie privée); - Le civisme; - Le souci d'autrui; - La sécurité (ce qui comprend la protection); - La participation citoyenne; 	Consensus sur les manières d'être et d'agir reconnues comme idéales. Système commun de références permettant aux acteurs de coopérer pour réaliser de façon efficiente le projet collectif auquel ils participent.
	Climat organisationnel	« Une vaste catégorie de variables, organisationnelles plutôt que psychologiques, qui décrivent le contexte organisationnel des actions des individus. Ces variables organisationnelles comprennent les pratiques interpersonnelles (le climat social) et les significations établies avec intersubjectivité qui découlent de processus organisationnels logiques. »

ANNEXE 2 OMS – INDICATEURS EN FONCTION DES DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DU CADRE

Dimension	Sous-dimension	Indicateur	Source
Atteinte des buts	Satisfaction globale des citoyens		
	Efficacité	Probabilité de décéder avant 5 ans (mortalité infantile) ou entre 15 et 59 ans (hommes et femmes)	Rapport sur la santé dans le Monde, 2000 (OMS)
		Espérance de vie à la naissance (hommes et femmes)	
		Décès par cause, sexe et strate de mortalité	
		Charge de morbidité en AVCI (années de vie corrigée de l'incapacité) par cause sexe et strate de mortalité	
		EVCI (espérance de vie corrigée de l'incapacité) à la naissance et à l'âge de 60 ans	
		Distribution de l' EVCI entre les individus	
		Années de vie en incapacité attendues à la naissance (hommes et femmes)	
		% de la durée de vie en incapacité (hommes et femmes)	
		Indice de l'égalité de survie des enfants	
Efficiencie			
Équité	Rapport total des dépenses totales du ménage pour la santé sur le montant permanent de son revenu situé au-dessus du minimum de subsistance	Rapport sur la santé dans le Monde, 2000 (OMS)	
	Distribution de la réactivité (groupes désavantagés sur le plan de la réactivité)		
Production	Productivité		
	Qualité	Autonomie et confidentialité (respect de la personne)	Rapport sur la santé dans le Monde, 2000 (OMS)
		Rapidité de la prise en charge	
		Accès au réseaux d'aide sociale pendant les soins	
	Volume de soins et de services		
	Coordination de la production		
Satisfaction concernant les services rendus			

Conseil de la santé et du bien-être

Dimension	Sous-dimension	Indicateur	Source
Adaptation	Acquisition de ressources		
	Adaptation aux besoins de la population	Respect de la dignité	Rapport sur la santé dans le Monde, 2000 (OMS)
		Qualité de l'environnement	
		Choix du prestataire de soins (attention accordée au client)	
	Mobilisation de la communauté		
	Innovation et transformation		
	Action sur les déterminants socio-économiques		
	Attraction des clientèles		
	Gouvernance du système		
	Action sur les déterminants socio-économiques		
Adaptation aux exigences et tendances			
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs		
	Climat organisationnel		

ANNEXE 3 CANADA – INDICATEURS EN FONCTION DES DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DU CADRE

Dimension	Sous-dimension	Indicateur	Source	
Atteinte des buts	Satisfaction globale des citoyens et citoyennes			
	Efficacité	Hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe	ICIS	
		Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement, taux normalisés selon l'âge: - Infections bactériennes - Cancer du col de l'utérus - Maladies hypertensives - Pneumonie et bronchite non précisée		
		Hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires		
		Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM)		
		Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un accident vasculaire cérébral		
		Taux de réhospitalisation après un IAM		
		Taux de réhospitalisation pour cause d'asthme		
		Taux de réhospitalisation après une prostatectomie		
		Taux de réhospitalisation après une hystérectomie		
		Taux de réadmission après une pneumonie		
		Réadmission pour certaines conditions		Accord 2003
		Réadmission pour insuffisance cardiaque globale, hémorragie gastro-intestinale		
		Taux de mortalité pour divers types de cancers		
	Taux de survie pour divers types de cancers			
	Pourcentage des Canadiens et Canadiennes physiquement actifs			
	Pourcentage des Canadiens et Canadiennes satisfaisant à l'IMC recommandé			
	Années potentielles de vie perdue			
	Espérance de vie sans incapacité			
	Efficience	Cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation	ICIS	
Durée prévue du séjour par rapport à la durée réelle			ICIS	
Équité	Proportion des dépenses de santé du quintile le plus pauvre de la population par rapport au quintile le plus riche	Saskatchewan		
Production	Productivité	Comparaison des mesures de productivité (Optimisation de l'investissement)	Accord 2003	
		Coût quotidien des activités par contrevenant en milieu communautaire	Ontario	

Dimension	Sous-dimension	Indicateur	Source
	Productivité	Pourcentage des centres de petite enfance qui sont des milieux appropriés pour le développement des enfants	Alberta
	Qualité	Vaccination contre la grippe, 65 ans et plus (accessibilité)	ICIS
		Mammographie de dépistage, femmes de 50 à 69 ans (accessibilité)	
		Test de Papanicolaou, femmes de 18 à 69 ans (accessibilité)	
		Vaccination des enfants (accessibilité)	
		Accouchement vaginal après césarienne (caractère approprié)	
		Césariennes (caractère approprié)	
		Erreurs et incidents médicaux déclarés (p. ex., surveillance des maladies, réactions indésirables aux médicaments) - détermination par l'Institut de la sécurité du patient proposé (Sécurité)	
		Ensemble des services de soins de santé (satisfaction)	
		Soins en milieu hospitalier (satisfaction)	
		Soins fournis par les médecins (satisfaction)	
		Soins communautaires (satisfaction)	
		Télé Santé/ information en ligne (satisfaction)	
		Volume de soins et de services	
	Coordination de la production		
	Satisfaction concernant les services rendus		
Adaptation	Acquisition de ressources	Distribution selon l'âge des fournisseurs qui pratiquent, par spécialité (ressources humaines)	Accord 2003
		Nombre de fournisseurs qui entrent dans le système et le quittent chaque année, par spécialité (ressources humaines)	
		Prévision sur 10 ans pour les fournisseurs dont on prévoit l'entrée dans le système (formés au Canada, en provenance d'autres pays) (ressources humaines)	
		Nombre et type de matériel installé (ressources matérielles)	
		Nombre de professionnels spécialisés utilisant de l'équipement diagnostic (ressources matérielles)	
		Volume/ temps d'attente pour l'IRM, la tomodensitométrie (ressources matérielles)	
		Progrès dans la mise en place de systèmes d'information (système. d'information)	

Pour une appréciation globale et intégrée du système québécois
de services de santé et de services sociaux

Dimension	Sous-dimension	Indicateur	Source
Adaptation	Acquisition de ressources	Degré de normalisation de l'information recueillie et communiquée aux fins de décision fondée sur des données probantes (système d'information)	Accord 2003
		Degré d'utilisation de la technologie, fondée sur des données probantes (système d'information)	
		Pourcentage des adultes qui font une contribution sans rétribution à des organisations à but non lucratif, à des causes charitables, à des activités de développement communautaire ou aidants naturels	Alberta
	Adaptation aux besoins de la population	Pourcentage des dépenses pour les cinq plus importants problèmes de santé par rapport aux besoins.	Saskatchewan
	Mobilisation de la communauté		
	Innovation et transformation		
	Attraction des clientèles		
Gouvernance du système			
Action sur les déterminants socioéconomiques			
Adaptation aux exigences et tendances			
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs		
	Climat organisationnel		

ANNEXE 4 QUÉBEC – INDICATEURS EN FONCTION DES DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DU CADRE

Dimension	Sous-dimension	Indicateur	Source
Atteinte des buts	Satisfaction globale des citoyens et des citoyennes		
	Efficacité	Espérance de vie ajustée selon l'état de santé	Stat. Can. (ENSP 1996-1997 et ESCC cycle 1.1)
		Mortalité infantile : nombre et taux de décès chez les enfants de moins de 1 an pour 1000 naissances vivantes	Stat. Can. et données provinciales
		Taux de mortalité : cancer du poumon	
		Taux de mortalité : cancer de la prostate	
		Taux de mortalité cancer du sein	
		Taux de mortalité : cancer colorectal	
		Taux de mortalité : infarctus aigu du myocarde	
		Taux de mortalité : accident vasculaire cérébral	
		Années potentielles de vie perdues : suicide	
		Années potentielles de vie perdues : blessures accidentelles	
		Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde	
		Taux de réadmission à la suite d'une pneumonie	
		Taux de mortalité après 30 jours chez les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde	
		Taux de mortalité après 30 jours chez les patients hospitalisés à la suite d'un accident vasculaire cérébral	
		Taux de survie net après 365 jours chez les personnes victimes d'un infarctus aigu du myocarde	STC-ICIS
		Taux de survie net après 180 jours chez les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral	
Taux de survie relatif après cinq ans : cancer du poumon	Stat. Can. et données provinciales		

Dimension	Sous-dimension	Indicateur	Source
Atteinte des buts	Efficacité	Taux de survie relatif après cinq ans : cancer de la prostate	Stat. Can. Et données provinciales
		Taux de survie relatif après cinq ans : cancer du sein	
		Taux de survie relatif après cinq ans : cancer colorectal	
		Taux de récurrence des jeunes contrevenants sous ordonnance de probation avec suivi	Centres jeunesse
		Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse (continuité)	
		Nombre moyen de délégations par adolescent de 12 à 17 ans, en suivi des mesures LJC (continuité)	
		Nombre moyen d'autorisations par application de mesures (continuité)	
	Efficience	Nombre d'heures d'évaluation-orientation travaillées par évaluation terminée	
		Nombre d'heures travaillées par adolescent en excluant le personnel de l'hébergement	
		Taux d'occupation des places reconnues au permis d'établissement en unité de vie ou foyer de groupe pour toutes les lois	
Équité			
Production	Productivité		
	Qualité	Difficulté à obtenir des services de santé courants ou suivis	Stat. Can. (Enquête sur l'accès aux services de santé)
		Difficulté à obtenir de l'information ou des conseils en matière de santé	
		Difficulté à obtenir des soins immédiats	
	Pourcentage des citoyens ayant un médecin de famille	Statistique Canada	
	Délai d'attente déclaré pour une chirurgie		
	Délai d'attente déclaré pour une visite chez un médecin spécialiste	Provinces	
	Délai d'attente pour une chirurgie cardiaque (P/T)		
Délai d'attente pour une chirurgie de remplacement de la hanche (P/T)			
Délai d'attente pour une chirurgie de remplacement du genou (P/T)			

Dimension	Sous-dimension	Indicateur	Source
Production	Qualité	Délai d'attente en radiothérapie pour un cancer de la prostate (P/T)	Provinces
		Délai d'attente en radiothérapie pour un cancer du sein (P/T)	
		Taux d'enfants blessés (gravement ou mortellement) après que la décision sur la sécurité et le développement compromis eut été prise et avant la fin de l'application des mesures	Centres jeunesse
		Nombre d'enfants en attente d'application de mesures	
	Volume de soins et de services	Nombre de personnes qui reçoivent des services de soins à domicile par tranche de 100 000 habitants, tous les âges (P/T)	Provinces
	Coordination de la production		
	Satisfaction concernant les services rendus	Satisfaction des patients par rapport aux services reçus d'un médecin de famille ou un autre médecin	Stat. Can. (Enquête sur l'accès aux services de santé)
		Satisfaction des patients par rapport à l'ensemble des services de santé reçus	Statistique Canada (ESCC)
		Satisfaction des patients par rapport aux services hospitaliers	
		Satisfaction des patients par rapport aux soins communautaires	
Satisfaction des patients par rapport aux services Info-santé			
Satisfaction des patients par rapport aux services hospitaliers			
Appréciation des patients de la qualité de l'ensemble des soins de santé reçus		Statistique Canada	
Appréciation des patients de la qualité des soins communautaires			
Appréciation des patients de la qualité des soins de santé reçus à Info-santé			
Adaptation	Acquisition de		

Dimension	Sous-dimension	Indicateur	Source
	ressources Adaptation aux besoins de la population Mobilisation de la communauté Innovation et transformation Attraction des clientèles Gouvernance du système Action sur les déterminants socio-économiques Adaptation aux exigences et tendances		
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs Climat organisationnel		

ANNEXE 5 QUÉBEC – EXEMPLES D’ORIENTATIONS ET D’OBJECTIFS SELON LES DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DU CADRE

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif	
Atteinte des buts	Satisfaction globale des citoyens et citoyennes			
	Efficacité	Vérifier l'efficacité de tous les programmes d'intervention auprès de la population par la mise en place d'indicateurs ou de descripteurs de résultats attendus définis préalablement à toute implantation		
	Efficience	Offrir au citoyen québécois les meilleurs services au meilleur coût possible, et ce, en tenant compte des particularités du milieu et du contexte dans lequel ces services sont donnés		Diminuer de près de X % la proportion des patients hospitalisés dont l'épisode de soins ne nécessitait pas une admission au cours de la prochaine année.
				Obtenir un indice comparatif d'hospitalisation pour certains DRG reconnus comme potentiellement réalisables en chirurgie d'un jour égal ou inférieur à un (1) au cours de la prochaine année.
				Obtenir un ratio moyen heures d'évaluation-orientation travaillées/ évaluation terminée inférieur ou égal à un écart-type de la moyenne provinciale de la prochaine année.
				Obtenir un ratio moyen heures travaillées par adolescent en excluant le personnel de l'hébergement inférieur ou égal à un écart-type de la moyenne provinciale au cours de la prochaine année.
	Obtenir un taux moyen d'occupation au cours de la prochaine année des places reconnues au permis d'établissement en unité de vie ou en foyer de groupe pour toutes les lois qui soit équivalent à la moyenne provinciale avec un écart maximal d'un écart type.			
	Équité			
Production	Productivité			

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif
	Qualité	Augmenter l'accessibilité des citoyens aux services de santé et de services sociaux du réseau sociosanitaire québécois (ACCESSIBILITÉ)	<p>Diminuer de 25 % le délai moyen nécessaire pour admettre un patient externe à la suite de la libération d'un lit au cours des deux prochaines années.</p> <p>Diminuer de X % le délai d'attente en salle d'urgence, de l'inscription jusqu'au congé et ce, au cours de la prochaine année.</p> <p>Diminuer de X % le délai d'attente pour l'obtention de services de radiothérapie pour le cancer du sein, de la prostate au cours de la prochaine année.</p> <p>Diminuer de X % le délai d'attente pour l'obtention d'un pontage cardiaque, le remplacement de la hanche ou du genou au cours des 18 prochains mois.</p> <p>Diminuer de X % la proportion des individus qui utiliseront des services hospitaliers à l'intérieur de leur région de résidence au cours des deux prochaines années.</p> <p>Augmenter au cours de la prochaine année à X % la proportion de la population ayant un médecin de famille.</p> <p>Augmenter de 15 % la proportion de la population inscrite auprès d'un groupe de médecine familiale au cours des deux prochaines années.</p> <p>Diminuer de X % le délai d'attente pour l'obtention de services médicaux, et ce, au cours des deux prochaines années.</p> <p>Vacciner 95 % de la population des 65 ans et plus contre l'influenza au cours des trois prochaines années.</p> <p>Diminuer de 15% le nombre d'enfants en attente d'application de mesures au cours de la prochaine année.</p> <p>Augmenter au cours des deux prochaines années, à X % la proportion de la population ayant accès à un fournisseur de soins qualifiés de base.</p> <p>Diminuer à X % au cours des trois prochaines années la proportion de la population déclarant avoir de la difficulté à voir un spécialiste.</p> <p>Augmenter à X %, au cours des deux prochaines années, la proportion des patients ayant attendu moins d'un an pour une chirurgie électorive.</p>
Production	Qualité		Augmenter de X % au cours des deux prochaines années le taux de mammographies chez les femmes de 50 à 69 ans.

Pour une appréciation globale et intégrée du système québécois
de services de santé et de services sociaux

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif
			Augmenter de X % la proportion de femmes de 18 à 69 ans ayant subi un test Pap au cours des trois dernières années.
		Utiliser les ressources consacrées au mieux-être des citoyens de manière pertinente, c'est-à-dire en n'utilisant que ce qui est jugé nécessaire pour répondre aux besoins de celui-ci dans un perspective de maintien ou d'amélioration de sa condition physique ou mentale (PERTINENCE)	D'ici deux ans, avoir un indice comparatif de la durée de séjour égal ou inférieur à la moyenne provinciale de 2002.
			D'ici deux ans, atteindre un taux d'accouchement vaginal après césarienne égal ou inférieur à la moyenne provinciale de 2002.
			D'ici deux ans, atteindre un taux d'accouchement par césarienne égal ou inférieur à la moyenne provinciale de 2002.
		Assurer à tous les citoyens des services à la fine pointe de la connaissance et du développement technologique (QUALITÉ TECHNIQUE)	
		Prendre en compte les avis et les souhaits des usagers du système de services de santé et des services sociaux lors de l'expression des moyens qu'ils entendent mettre en œuvre pour collaborer à l'amélioration de leur état de mieux-être (RESPECT)	
		Créer un environnement sécuritaire qui réduit à leur plus faible expression les risques d'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique des individus (SÉCURITÉ)	Diminuer de 5 % le taux d'erreurs liées à la médication au cours des deux prochaines années.
Production	Qualité		Diminuer de X % le taux d'incidents/accidents déclarés (attaques d'un patient par un autre, fugue ou disparition).

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif
			Diminuer de X % le taux d'erreurs et accidents médicaux déclarés (mauvais médicament ou mauvaise posologie).
			Diminuer de 5 % le taux de mortalité observé parmi les DRG à faible risque de mortalité.
			Diminuer de 5 % le taux de fracture de la hanche.
			Diminuer de X % le taux d'erreurs et accidents médicaux déclarés (mauvais médicament ou mauvaise posologie).
			Diminuer de X % le taux de complications post-opératoires.
			Diminuer de X % le taux de mortalité post-opératoire
			Diminuer de X % le taux de complications à la suite d'une anesthésie.
			Diminuer de 5 % le taux d'enfants blessés (gravement ou mortellement) après que la décision sur la sécurité et le développement compromis eut été prise et avant la fin de l'application des mesures au cours des deux prochaines années.
Adaptation	Volume de soins et de services		
	Coordination de la production		
	Satisfaction concernant les services rendus		
	Acquisition de ressources		
	Adaptation aux besoins de la population		
	Adaptation aux exigences et tendances		
Adaptation	Gouvernance du système		

Pour une appréciation globale et intégrée du système québécois
de services de santé et de services sociaux

	Sous-dimension	Orientation	Objectif
	Action sur les déterminants socio-économiques		
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs du système		
	Climat organisationnel		

ANNEXE 6 EXEMPLE DE PROPOSITION – ORIENTATIONS, OBJECTIFS ET INDICATEURS POUR L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif	Indicateur	Source
Atteinte des buts	Satisfaction globale des citoyens				
	Efficacité			1. Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) : Taux rajusté selon les risques d'une réadmission non prévue après une sortie de l'hôpital à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (de 15 à 84 ans)	ICIS (base de données sur les congés des patients)
				1. Taux de réadmission à la suite d'une pneumonie : Taux rajusté selon les risques d'une réadmission non prévue après une sortie de l'hôpital à la suite d'une pneumonie (de 15 à 84 ans)	
				2. Taux de mortalité après 30 jours chez les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde: Taux de mortalité à l'hôpital toutes causes confondues, ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'IAM (de 20 à 105 ans)	ICIS (base de données sur la morbidité hospitalière)
				2. Taux de mortalité après 30 jours chez les patients hospitalisés à la suite d'un accident vasculaire cérébral : Taux de mortalité à l'hôpital toutes causes confondues, ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC) (de 20 à 105 ans)	
				3. Taux de survie net après 365 jours chez les personnes victimes d'un infarctus aigu du myocarde	STC-ICIS
4. Taux de survie net après 180 jours chez les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral					
Atteinte des buts	Efficacité			5. Taux de survie relatif après cinq ans (cancer du poumon) : Taux de survie relative normalisé selon l'âge dans les cinq ans suivant un cancer du poumon	Stat. Can. et données provinciales

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif	Indicateur	Source
				<p>5. Taux de survie relatif après cinq ans (cancer de la prostate) : Taux de survie relative normalisé selon l'âge dans les cinq ans suivant un cancer de la prostate</p> <p>5. Taux de survie relatif après cinq ans (cancer du sein) : Taux de survie relative normalisé selon l'âge dans les cinq ans suivant un cancer du sein</p> <p>5. Taux de survie relatif après cinq ans (cancer colorectal) : Taux de survie relative normalisé selon l'âge dans les cinq ans suivant un cancer colorectal</p> <p>6. Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement: aux normalisé selon l'âge de décès dus aux infections bactériennes chez les personnes de 5 à 64 ans</p> <p>6. Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement : Taux normalisé selon l'âge de décès dus au cancer du col de l'utérus chez les femmes de 15 à 64 ans</p>	<p>ICIS (codes 001, 005, 020 à 041, 320, 382, 383, 390 à 392, 680 à 686, 711 et 730 180, 401 à 405, 481 à 486, 490 de la CIM-9)</p>
Atteinte des buts	Efficacité			<p>6. Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement : Taux normalisé selon l'âge de décès dus aux maladies hypertensives chez les personnes de 35 à 64 ans</p>	<p>ICIS (codes 001, 005, 020 à 041, 320, 382, 383, 390 à 392, 680 à 686, 711 et 730 180, 401 à 405, 481 à 486, 490 de la CIM-9)</p>

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif	Indicateur	Source
				6. Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement : Taux normalisé selon l'âge de décès dus à la pneumonie ou à la bronchite non précisée chez les personnes de 5 à 49 ans	
				7. Réadmissions pour certaines conditions : Taux de réadmission pour infarctus aigu du myocarde	Accord 2003
				7. Réadmissions pour certaines conditions : Taux de réadmission pour la pneumonie	
				7. Réadmissions pour certaines conditions : Taux de réadmission pour une hémorragie gastro-intestinale	
				8. Taux de récurrence des jeunes contrevenants sous ordonnance de probation avec suivi	Centres jeunesse **
				9. Stabilité des placements d'enfants pris en charge à long terme	Royaume-Uni *
Atteinte des buts	Efficience	Offrir au citoyen québécois les meilleurs services au meilleur coût possible, et ce, en tenant compte des particularités du		10. Nombre d'heures d'évaluation-orientation travaillées par évaluation terminée	Centres jeunesse
				11. Nombre d'heures travaillées par adolescent en excluant le personnel de l'hébergement	
				12. Taux d'occupation des places reconnues au permis d'établissement en unité de vie ou foyer de groupe pour toutes les lois	

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif	Indicateur	Source
		milieu et du contexte dans lequel ces services sont donnés		13. Durée prévue du séjour par rapport à la durée réelle : Nombre moyen de jours réels par rapport à la durée prévue de séjour dans des hôpitaux de soins de courte durée	ICIS
	Équité			14. Proportion des dépenses de santé du quintile le plus pauvre de la population par rapport au quintile le plus riche	Saskatchewan *
Production	Productivité			15. Coût quotidien des activités par contrevenant en milieu communautaire	Ontario *
				16. Pourcentage des centres de petite enfance qui sont les mieux appropriés pour le développement des enfants	Alberta *
				17. Coûts unitaires en famille d'accueil	Royaume-Uni *
	Qualité	Augmenter l'accessibilité des citoyens aux services de santé et de services sociaux du réseau sociosanitaire québécois		18. Nombre d'enfants en attente d'application de mesures	Centres jeunesse
Production	Qualité	Augmenter l'accessibilité des citoyens aux services de santé et de services sociaux du réseau sociosanitaire québécois		19. Difficulté à obtenir des services de santé courants ou suivis : Pourcentage des personnes ayant eu de la difficulté à obtenir des services de santé courants ou suivis	Stat. Can. (Enquête sur l'accès aux services de santé 2001 et ESCC cycle 1.1 2000-2001)

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif	Indicateur	Source
				20. Difficulté à obtenir de l'information ou des conseils en matière de santé : Pourcentage des personnes ayant eu de la difficulté à obtenir de l'information ou des conseils en matière de santé	
				21. Difficulté à obtenir des soins immédiats : Pourcentage des personnes ayant eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur	
			Augmenter, au cours de la prochaine année, à X % la proportion de la population ayant un médecin de famille	22. Pourcentage des citoyens ayant un médecin de famille	
Production	Qualité		Augmenter au cours des prochains deux ans à X % la proportion des patients ayant attendu moins d'un an pour une chirurgie élective	23. Délai d'attente déclaré pour une chirurgie	Statistique Canada

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif	Indicateur	Source
			Diminuer à X % au cours des trois prochaines années la proportion de la population déclarant avoir de la difficulté à voir un spécialiste	24. Délai d'attente déclaré pour une visite chez un médecin spécialiste	Statistique Canada
				25. Accès aux services à domicile : Nombre de personnes qui reçoivent des services de soins à domicile par tranche de 100 000 habitants, tous les âges (P/T)	Bases de données administratives provinciales
		Créer un environnement sécuritaire qui réduit à leur plus faible expression les risques d'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique des individus	Diminuer de X % le taux d'erreurs et incidents /accidents médicaux déclarés (mauvais médicament ou mauvaise posologie)	26. Erreurs et incidents : Nombre d'erreurs et incidents médicaux déclarés (p. ex., surveillance des maladies, réactions indésirables aux médicaments) (Sécurité)	Accord 2003
				27. Erreurs et incidents : Taux d'enfants blessés (gravement ou mortellement) après que la décision sur la sécurité et le développement compromis eut été prise et avant la fin de l'application des mesures	Centres jeunesse
	Volume de soins et de services				
Production	Coordination de la production				
	Satisfaction concernant les services			28. Satisfaction des patients : Pourcentage de la population des adultes qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont l'ensemble des services ont été fournis	Stat. Can. (ESCC cycle 1.1 2000)

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif	Indicateur	Source
	rendus			28. Satisfaction des patients : Pourcentage de la population des adultes qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les services reçus à l'hôpital ont été fournis	
				28. Satisfaction des patients : Pourcentage de la population des adultes qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les services communautaires reçus ont été fournis	
				28. Satisfaction des patients : Pourcentage de la population des adultes qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les services reçus d'un médecin de famille ou un autre médecin ont été fournis	
Adaptation	Acquisition de ressources			29. Distribution selon l'âge des fournisseurs qui pratiquent, par spécialité (ressources humaines)	Accord 2003
				30. Nombre de fournisseurs qui entrent dans le système et le quittent chaque année, par spécialité (ressources humaines)	
				31. Progrès dans la mise en place de systèmes d'information (système d'information)	
	32. Pourcentage des adultes qui font une contribution sans rétribution à des organisations à but non lucratif, à des causes charitables, à des activités de développement communautaire ou aidants naturels			Alberta *	
	Adaptation aux besoins de la population			33. Pourcentage des dépenses pour les cinq plus importants problèmes de santé par rapport aux besoins.	Saskatchewan *
Adaptation	Adaptation aux exigences et tendances				
	Mobilisation de la communauté				
	Innovation et transformation				

Dimension	Sous-dimension	Orientation	Objectif	Indicateur	Source
	Attraction des clientèles				
	Gouvernance du système				
	Action sur les déterminants socio-économiques				
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs du système				
	Climat organisationnel				
<p>Total : 33 indicateurs</p> <p>Incertitude (surligné) : 9 indicateurs</p> <p>* Indicateurs pour lesquels il faudra effectuer une collecte de données, ceux-ci provenant d'ailleurs (vérifier si ceux-ci ne sont pas déjà utilisés auprès d'organisations locales ou régionales au Québec)</p> <p>** Indicateur identique aussi disponible en Ontario (voir CSBE, 2004a)</p>					