

SANTÉ EDUCATION RAPPORT

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

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

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

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

Résumé

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

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

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

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

Édition produite par :

Le Conseil de la santé et du bien-être

1020, route de l'Église, bureau 700

Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9

téléphone : (418) 643-3040

télécopieur : (418) 644-0654

courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

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

www.csbe.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

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

2-550-45872-9 (version PDF)

© Gouvernement du Québec

PRÉFACE

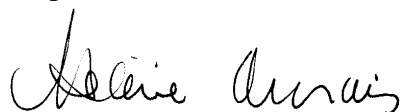
Dans le contexte de l'institution d'un Commissaire à la santé et au bien-être, le Conseil de la santé et du bien-être s'est vu mandaté par le ministre de la santé et des services sociaux pour préparer la transition vers cet éventuel Commissaire.

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

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

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

La présidente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hélène Morais', written in a cursive style.

Hélène Morais

TABLE DES MATIÈRES

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

TABLE DES ILLUSTRATIONS

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

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Définition du système de services de santé

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

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

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

La « morphologie » du système de services de santé

Le système de services de santé se définit comme suit :

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

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

La « physiologie » du système de services de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ENVIRONNEMENT CULTUREL
valeurs; croyances; histoire

MODALITÉS D'ORGANISATION DE LA SOCIÉTÉ
institutions politiques; structures économiques; normes sociales

MODALITÉS ORGANISATIONNELLES DU SYSTÈME DE SERVICES

- Rôles et responsabilités des citoyens
- Rôles et responsabilités de l'État
- Rôles et responsabilités des professionnels
- Modalités de financement et de paiement

VOLUME, TYPES ET STRUCTURE DES RESSOURCES
humaines
physiques
financières
cognitives
techniques
symboliques

PROBLÈMES DE SANTÉ

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

MODIFICATIONS DES PROBLÈMES DE SANTÉ

BIEN-ÊTRE INDIVIDUEL

BIEN-ÊTRE COLLECTIF

PROSPÉRITÉ ÉCONOMIQUE

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE
géographie; climat; techniques, habitat; transport; pollution; hygiène publique

Position sociale

Processus biologiques, psychiques et comportementaux de régulation des relations de l'individu avec l'environnement.

ÉTAT DE SANTÉ et capacité fonctionnelle DES INDIVIDUS

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Conditions de vie

Patrimoine génétique

t_{n=0}

t_{n+1}

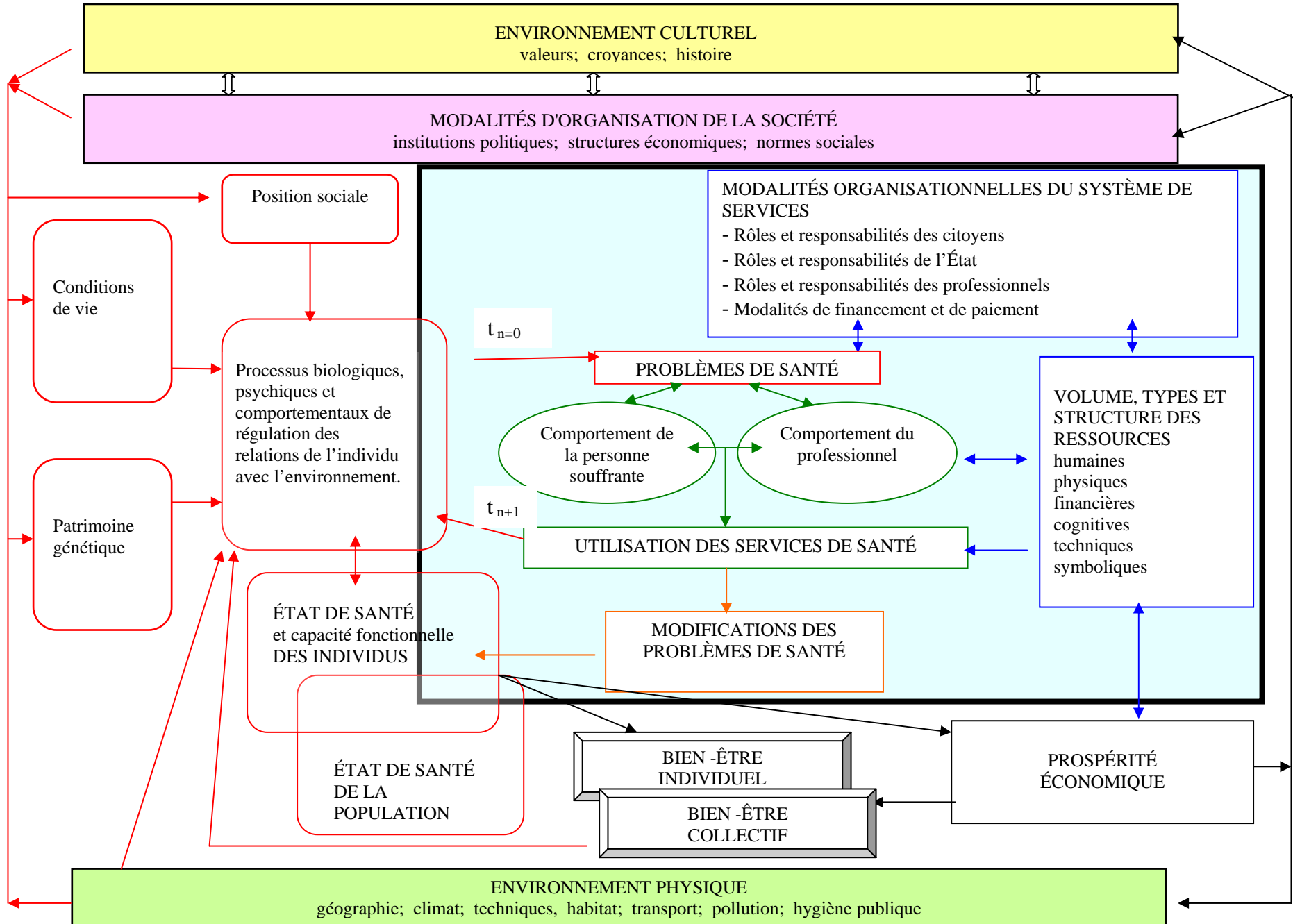
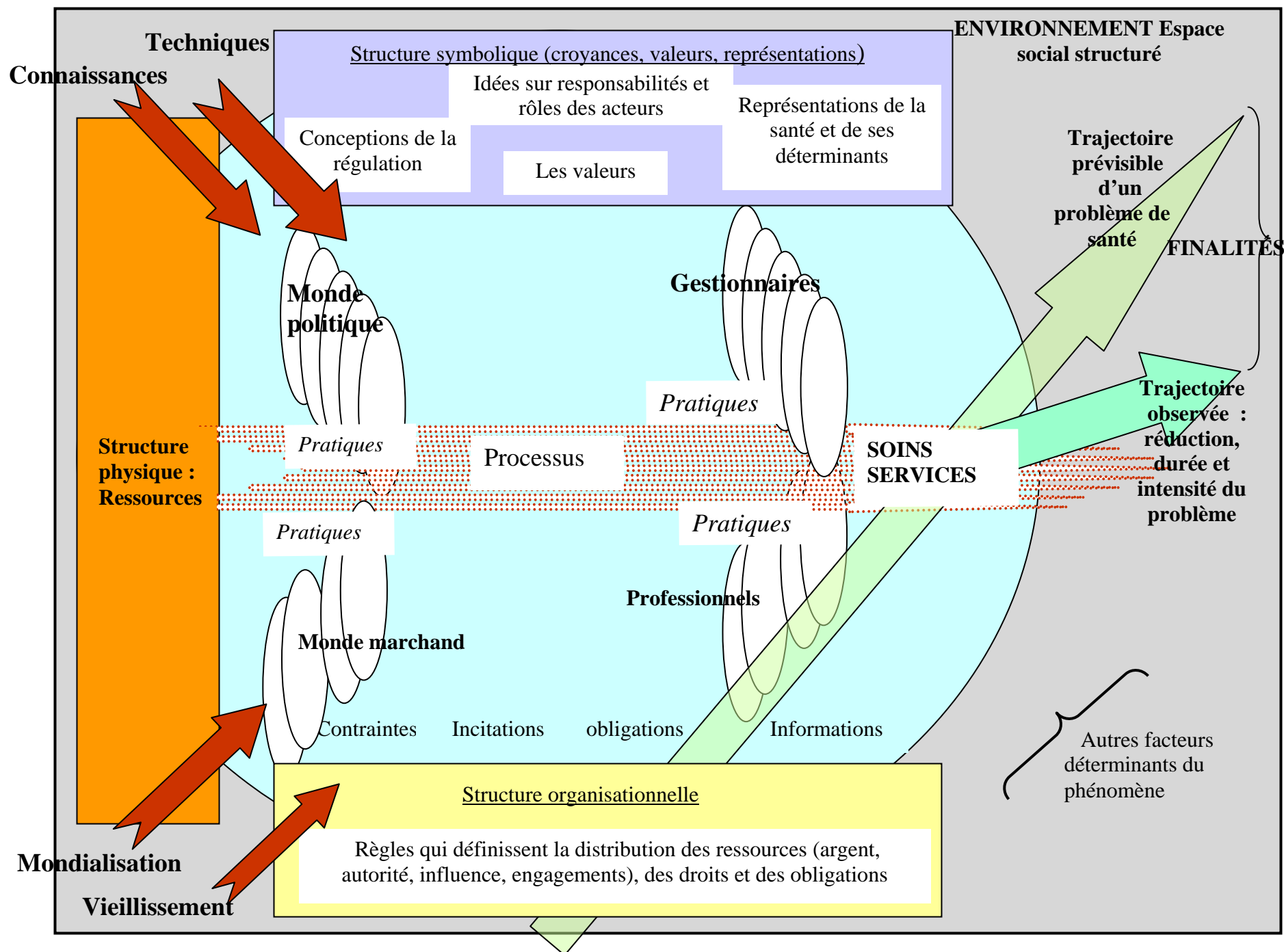


Figure 2 : Système organisé d'action



1.2 Définition de la performance des systèmes de services de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

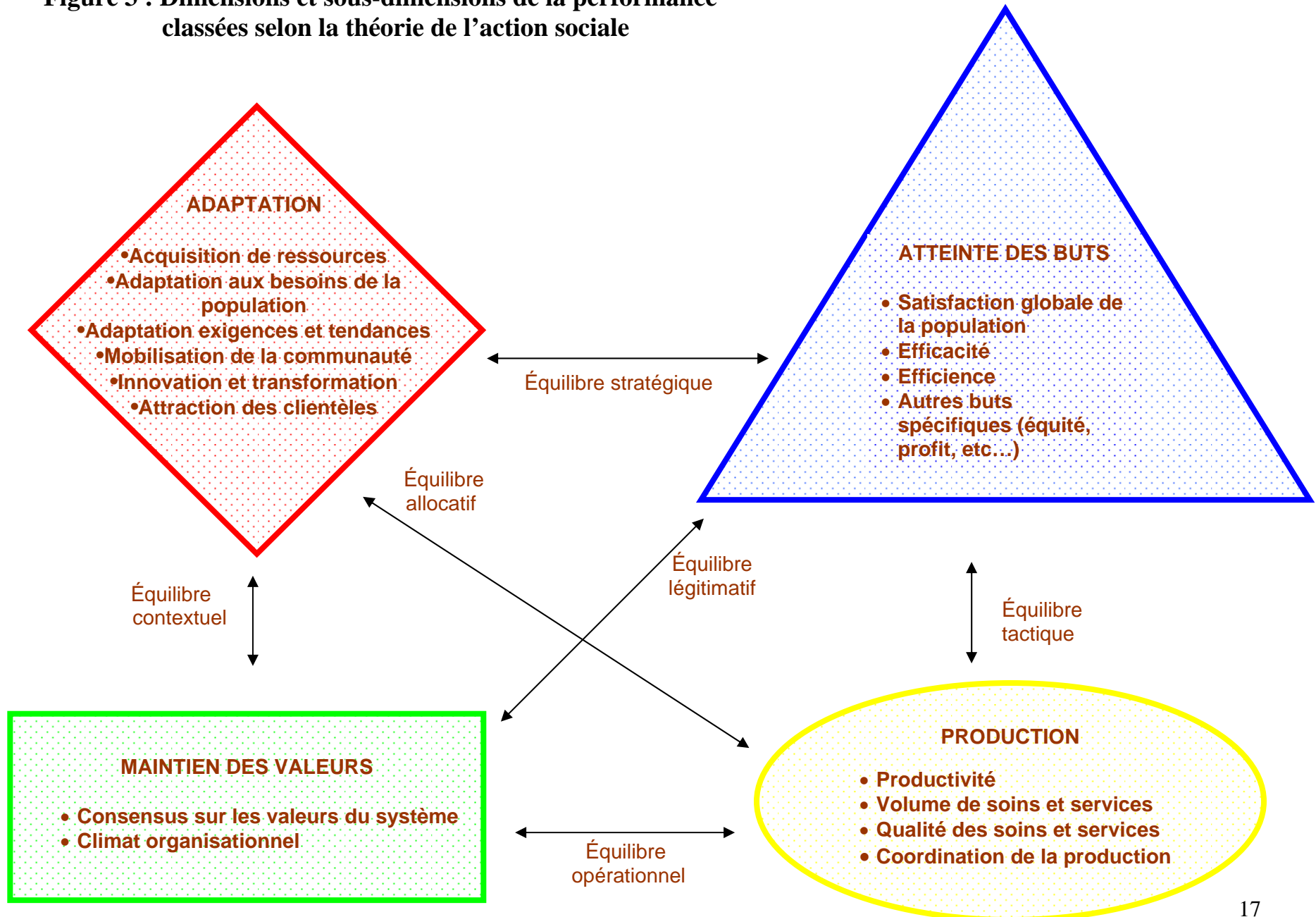
- 5- *Alignement légitimatif* (maintien des valeurs – atteinte des buts) : Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels; [et] comment le choix et la poursuite des buts de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

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

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

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

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



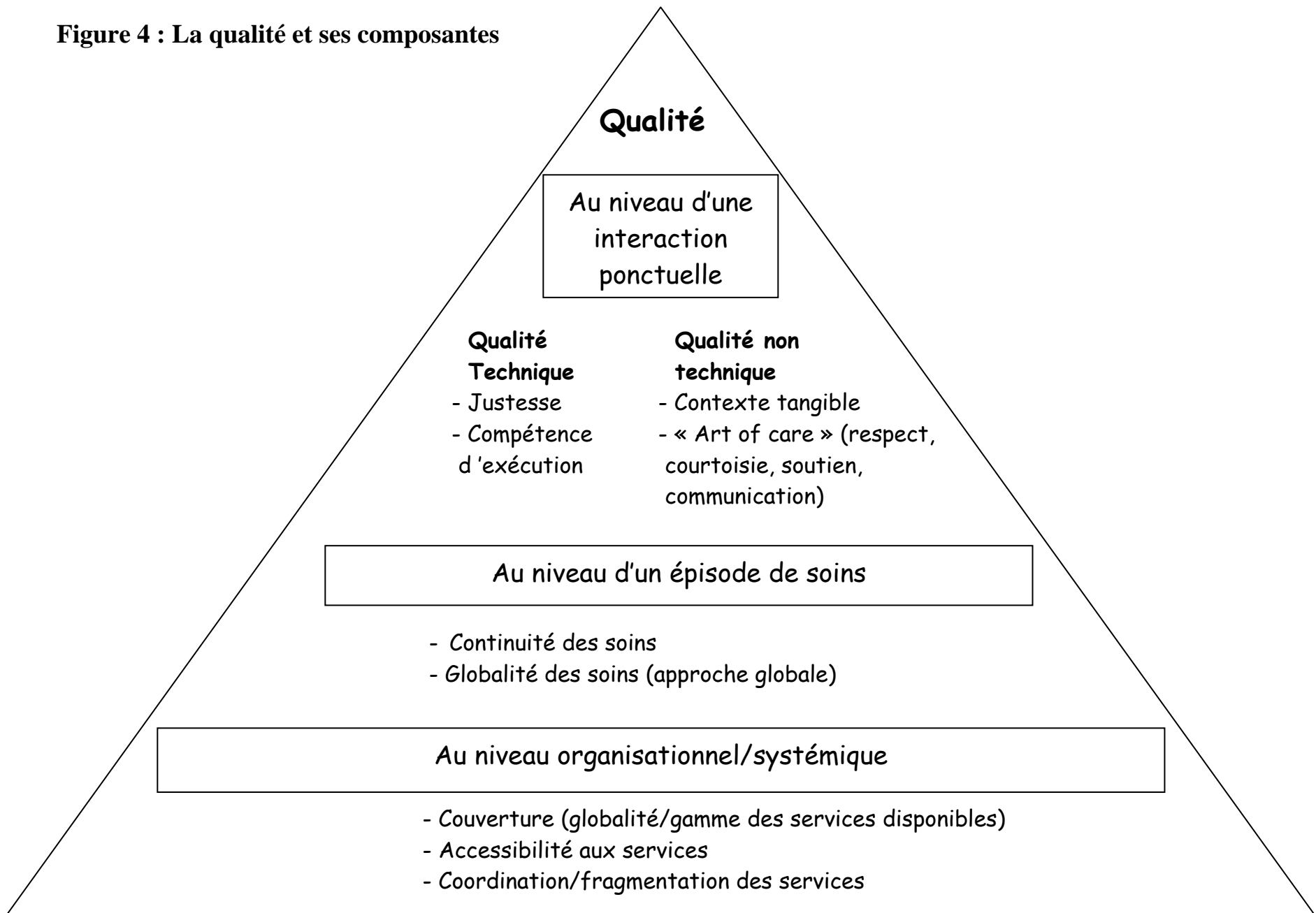
Dans ce modèle intégrateur, les dimensions de la performance ont des définitions bien précises qu'il est bon de rappeler. **C'est en fonction des ces définitions que les dimensions des différents cadres d'évaluation seront classées** (et non en fonction des définitions données par les différents organismes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

Définitions des dimensions de la performance dans le modèle intégrateur

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

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

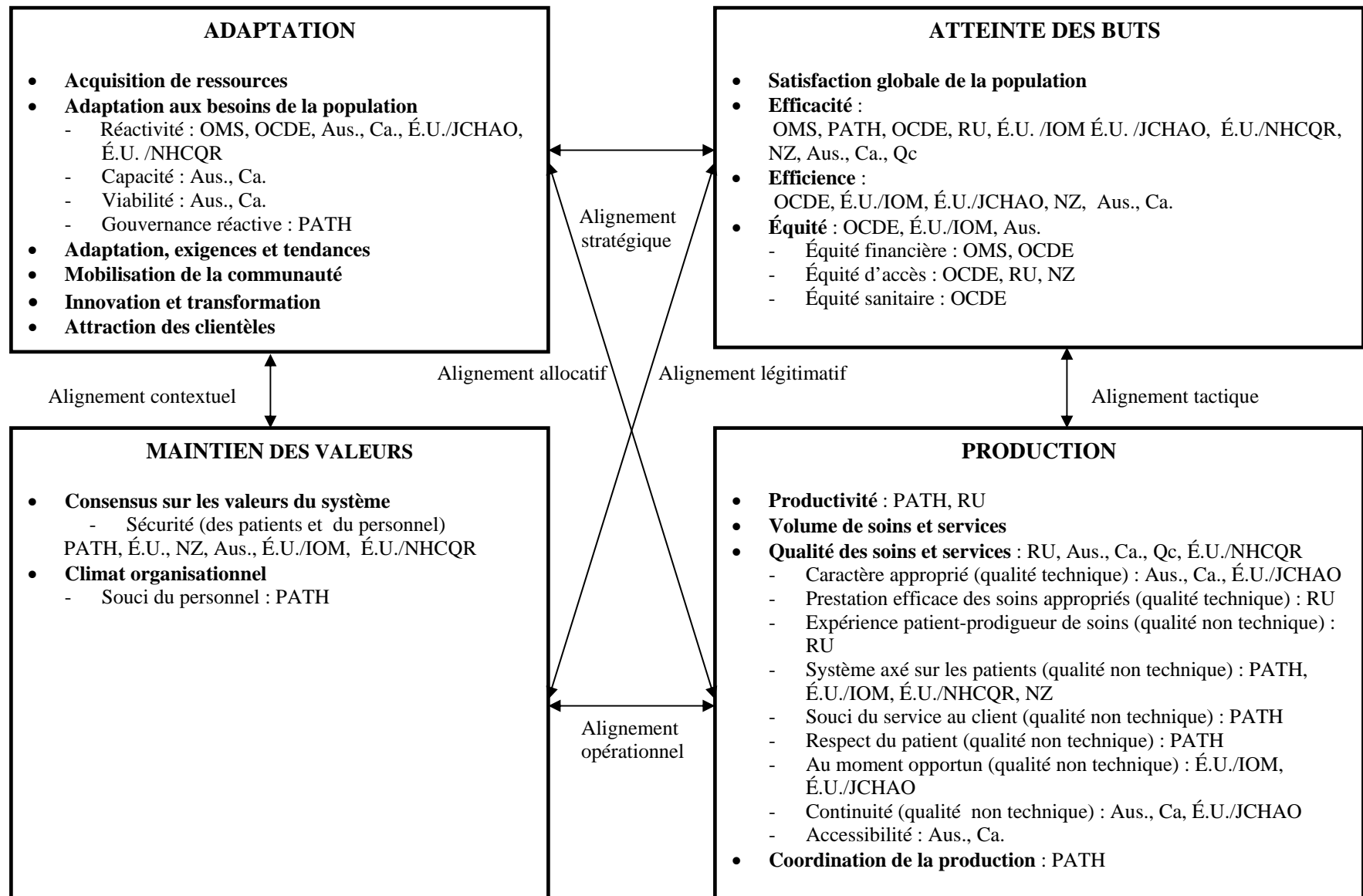
Figure 4 : La qualité et ses composantes



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

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

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



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

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

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

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

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

3.1 Les critères de sélection des indicateurs

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

La disponibilité des indicateurs

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

La fiabilité des indicateurs

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

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

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

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

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

La validité des indicateurs

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

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

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

La validité apparente

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

La validité de contenu

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

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

La validité pratique (de critère)

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

La validité de construit

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

La validité d'attribution causale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicateur établi

Niveau 1 : Indicateur

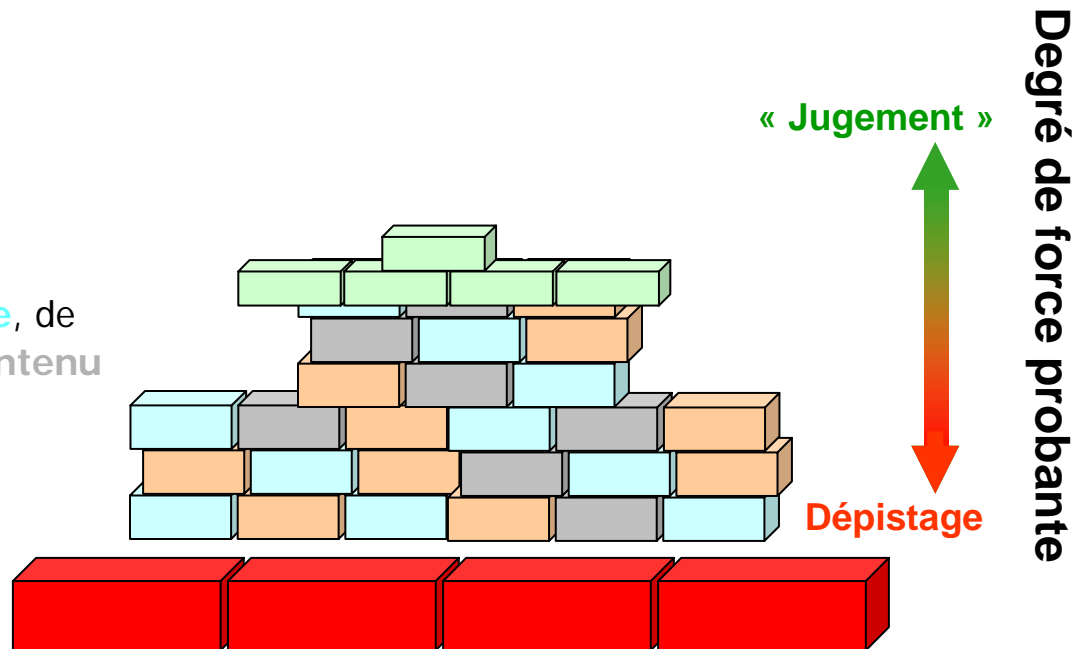
Niveau 2 : Outils de mesure

2.3. Causalité

2.2 validité de **pratique**, de **construit** et de contenu

2.1. fiabilité

Niveau 3 : Collecte de données



3.2 La stratégie d'identification des indicateurs de performance

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

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

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

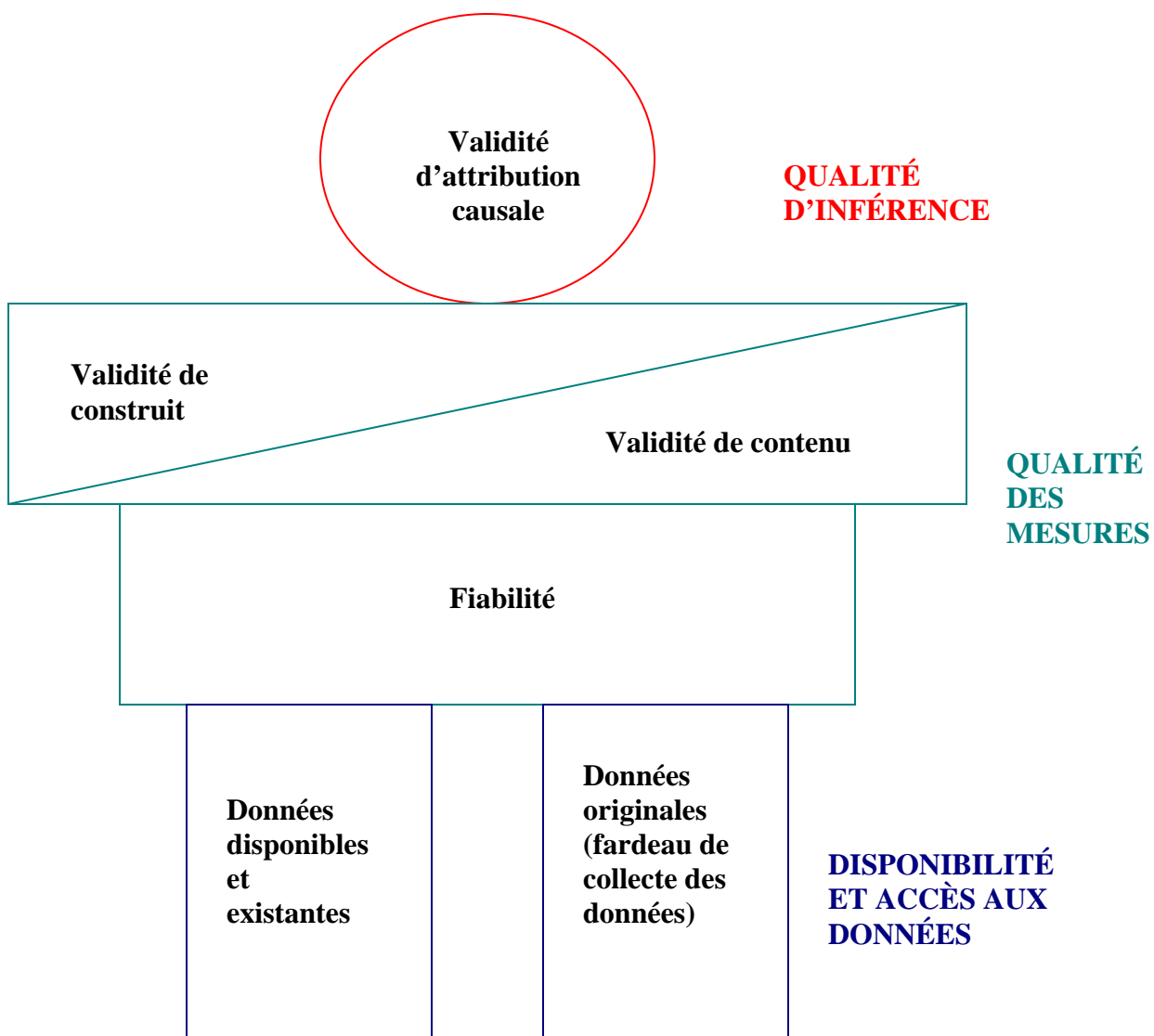
Ce choix est très structurant du reste dans la mesure où les indicateurs et, à terme, les résultats de performance, ne seront pas les mêmes selon qu'on choisit des données existantes ou originales. En fait, il ne s'agit pas de décider d'utiliser uniquement des données secondaires ou uniquement des données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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Le choix des indicateurs utilisés

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

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

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

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

L'opérationnalisation des indicateurs

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

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

La présentation des résultats, leur analyse et leur interprétation

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

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

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

La discussion

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

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

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

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

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

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

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

Les dangers potentiels d'ordre technique

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

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

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

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

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

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

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

Les dangers potentiels d'ordre politique

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

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

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

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

1 – Prise de position du Commissaire et recrutement du personnel

- 3 mois

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

2 – Choix des indicateurs

- 3 mois

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

3 - Opérationnalisation

- 6 mois

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

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

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

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

5 – Design de la plate-forme de présentation

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

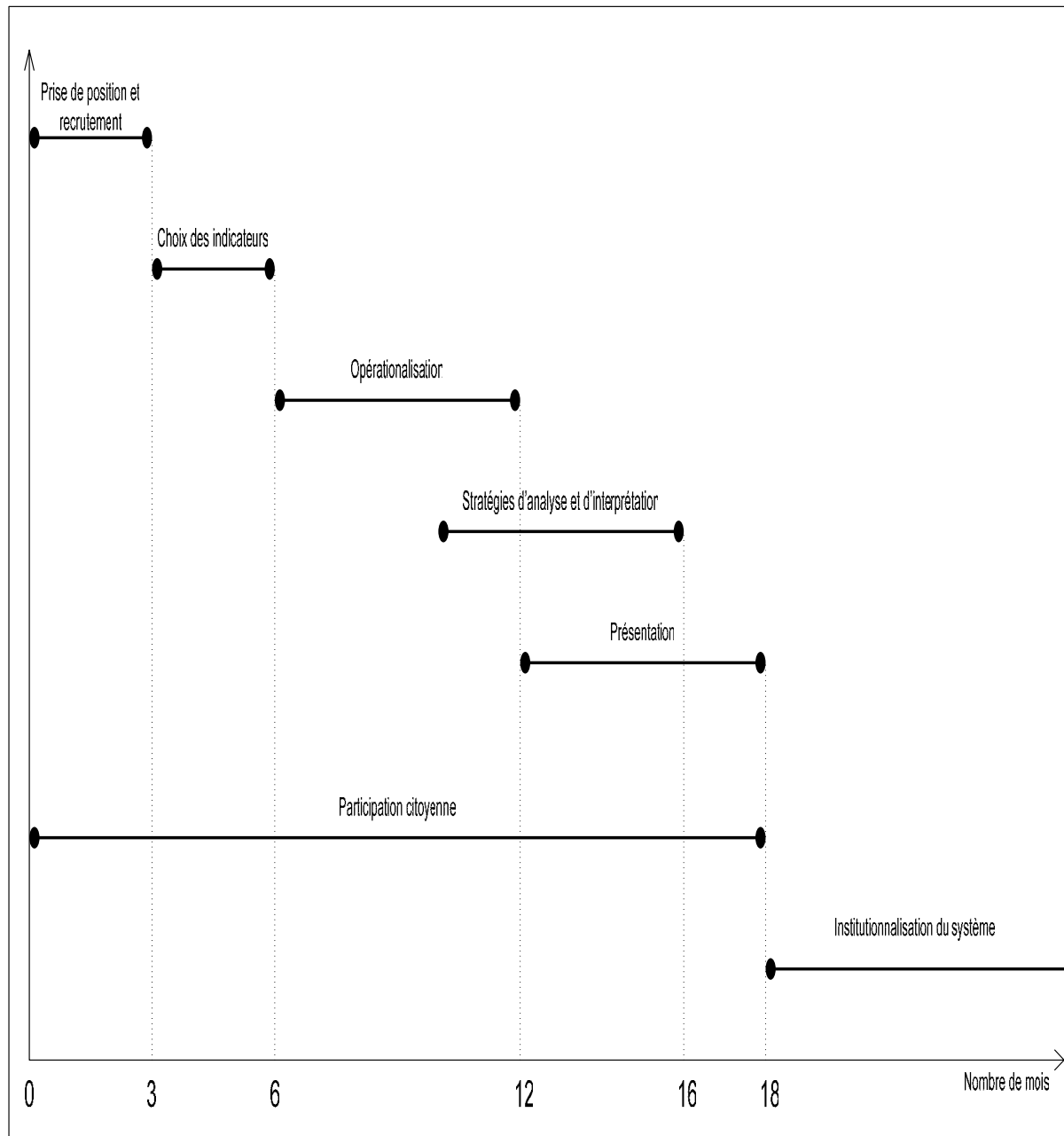
6 – Participation citoyenne

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

7 – Institutionnalisation du système d'évaluation de la performance

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

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



BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Résumé

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

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

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

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

Édition produite par :

Le Conseil de la santé et du bien-être

1020, route de l'Église, bureau 700

Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9

téléphone : (418) 643-3040

télécopieur : (418) 644-0654

courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

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

www.csbe.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

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

2-550-45872-9 (version PDF)

© Gouvernement du Québec

PRÉFACE

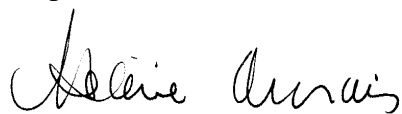
Dans le contexte de l'institution d'un Commissaire à la santé et au bien-être, le Conseil de la santé et du bien-être s'est vu mandaté par le ministre de la santé et des services sociaux pour préparer la transition vers cet éventuel Commissaire.

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

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

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

La présidente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hélène Morais', written in a cursive style.

Hélène Morais

TABLE DES MATIÈRES

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

TABLE DES ILLUSTRATIONS

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

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Définition du système de services de santé

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

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

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

La « morphologie » du système de services de santé

Le système de services de santé se définit comme suit :

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

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

La « physiologie » du système de services de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figure 1 : Une vision globale du système de santé

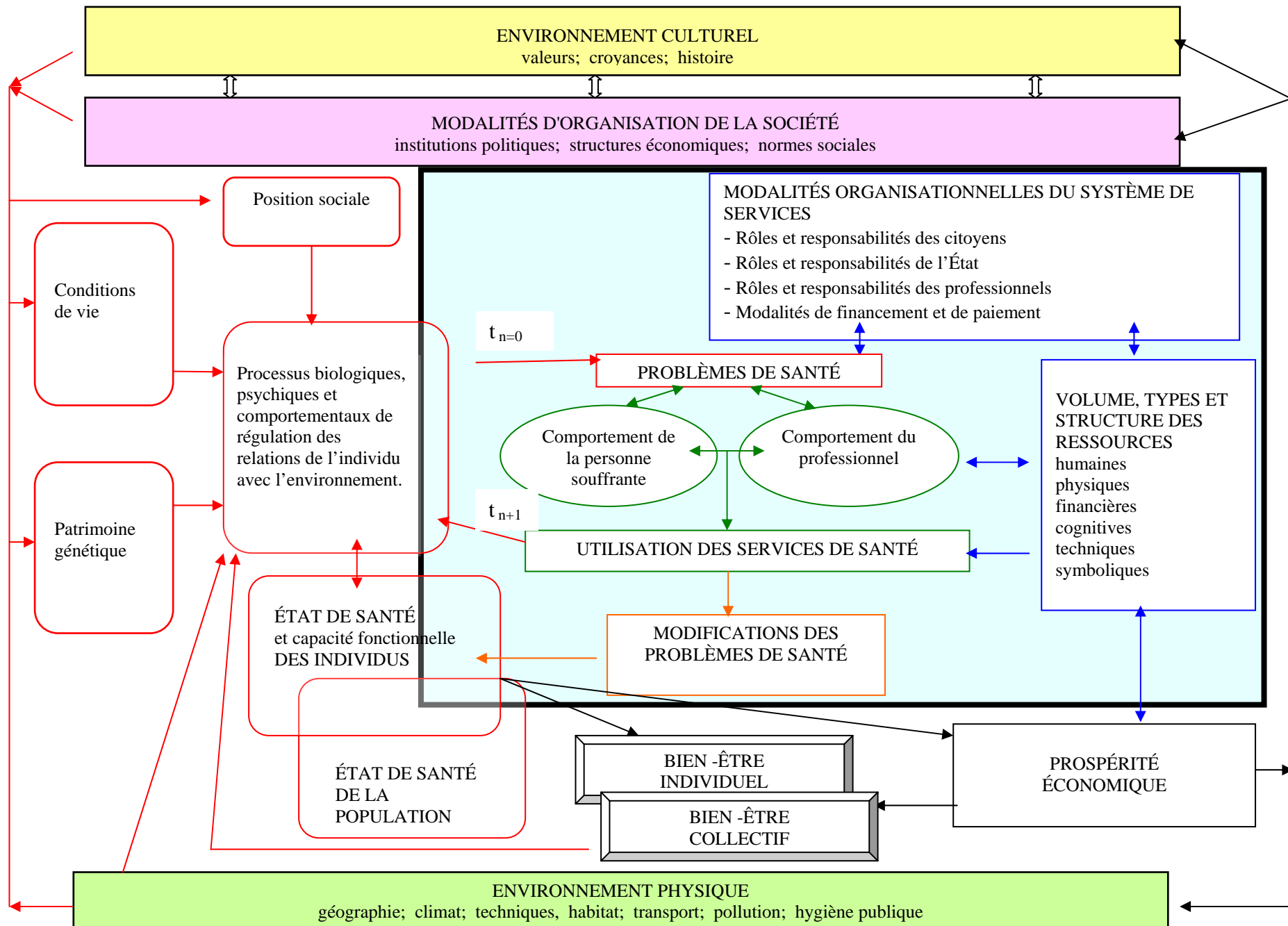
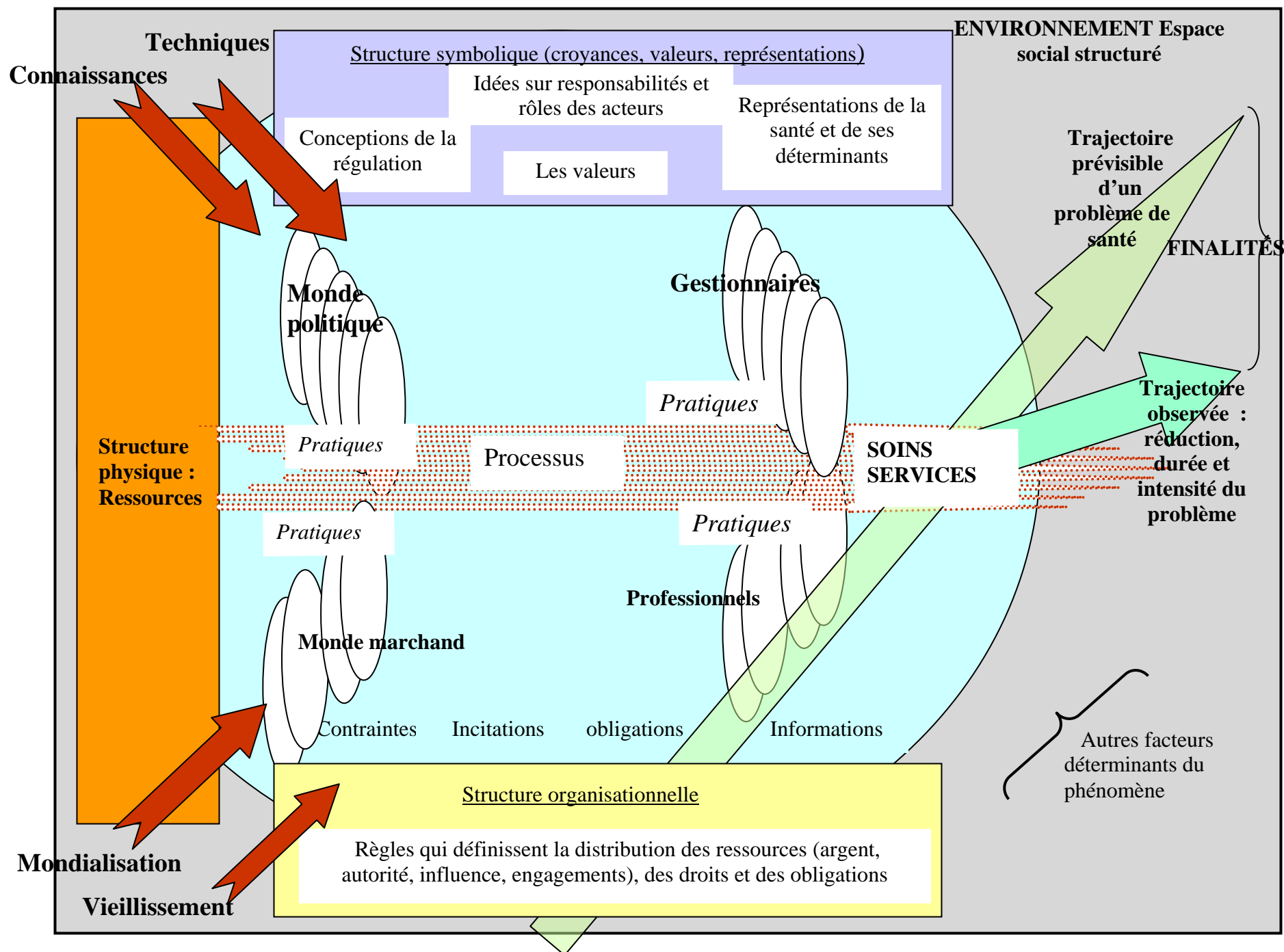


Figure 2 : Système organisé d'action



1.2 Définition de la performance des systèmes de services de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

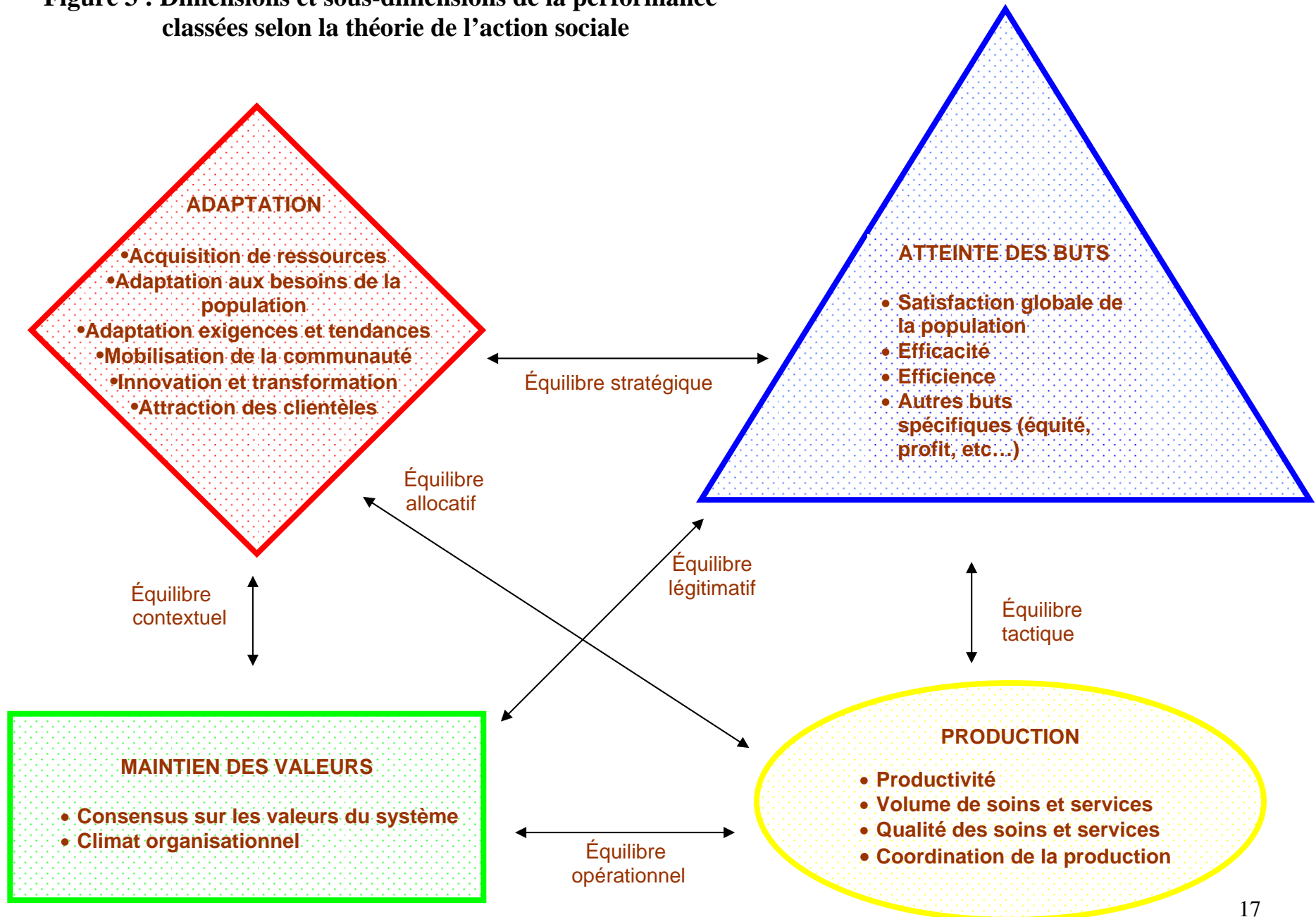
- 5- *Alignement légitimatif* (maintien des valeurs – atteinte des buts) : Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels; [et] comment le choix et la poursuite des buts de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

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

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

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

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



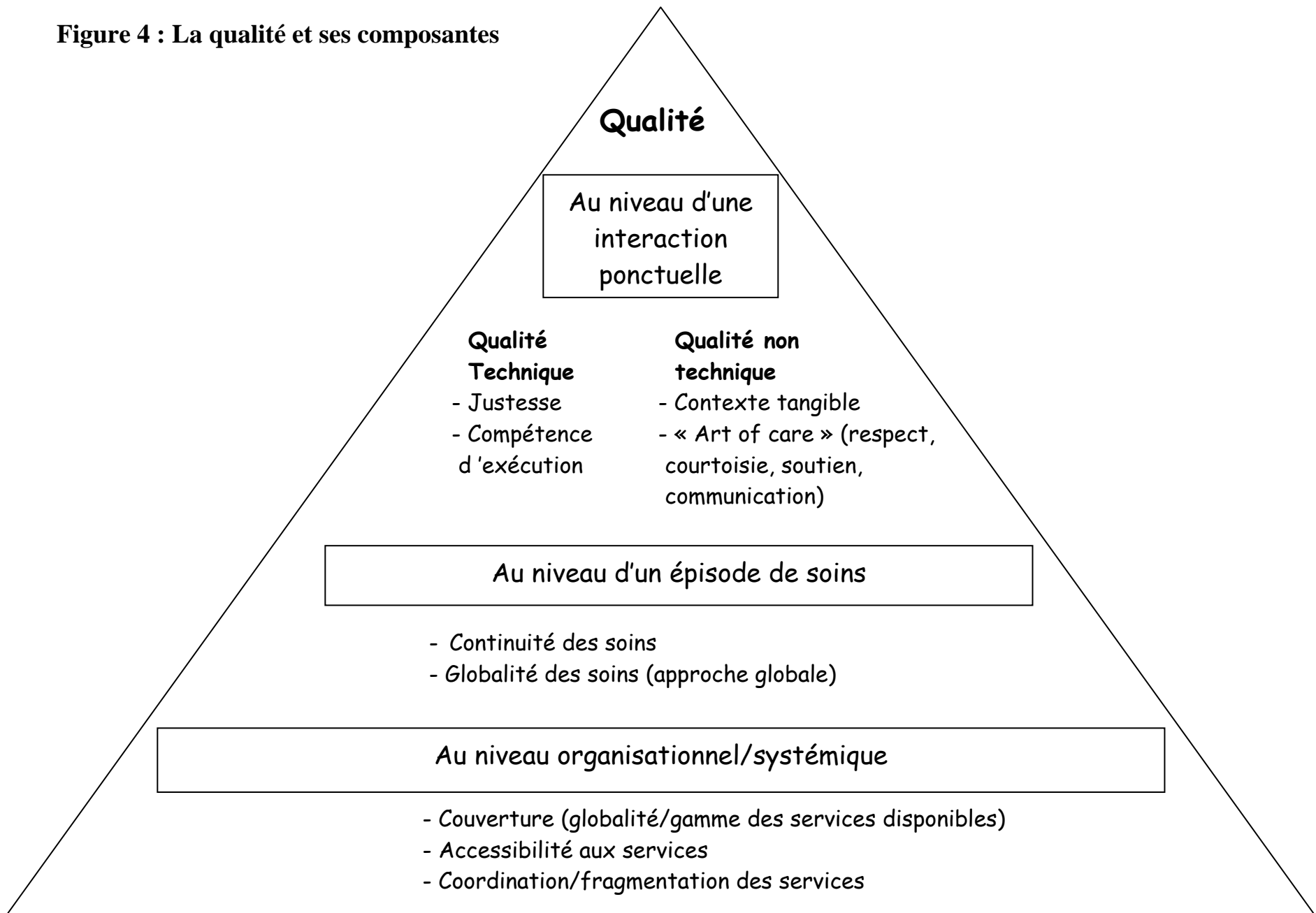
Dans ce modèle intégrateur, les dimensions de la performance ont des définitions bien précises qu'il est bon de rappeler. **C'est en fonction des ces définitions que les dimensions des différents cadres d'évaluation seront classées** (et non en fonction des définitions données par les différents organismes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

Définitions des dimensions de la performance dans le modèle intégrateur

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

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

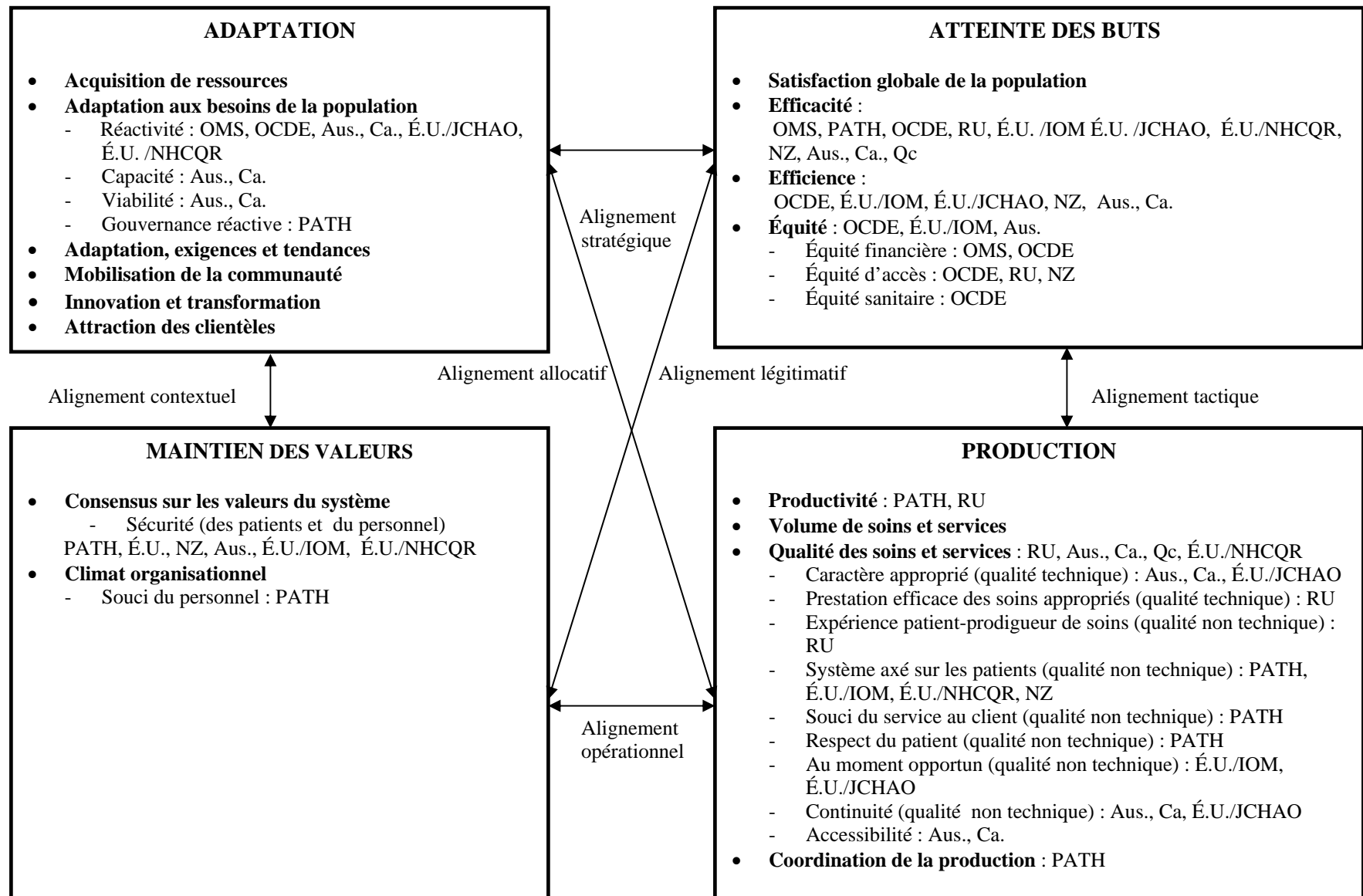
Figure 4 : La qualité et ses composantes



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

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

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



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

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

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

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

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

3.1 Les critères de sélection des indicateurs

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

La disponibilité des indicateurs

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

La fiabilité des indicateurs

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

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

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

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

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

La validité des indicateurs

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

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

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

La validité apparente

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

La validité de contenu

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

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

La validité pratique (de critère)

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

La validité de construit

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

La validité d'attribution causale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicateur établi

Niveau 1 : Indicateur

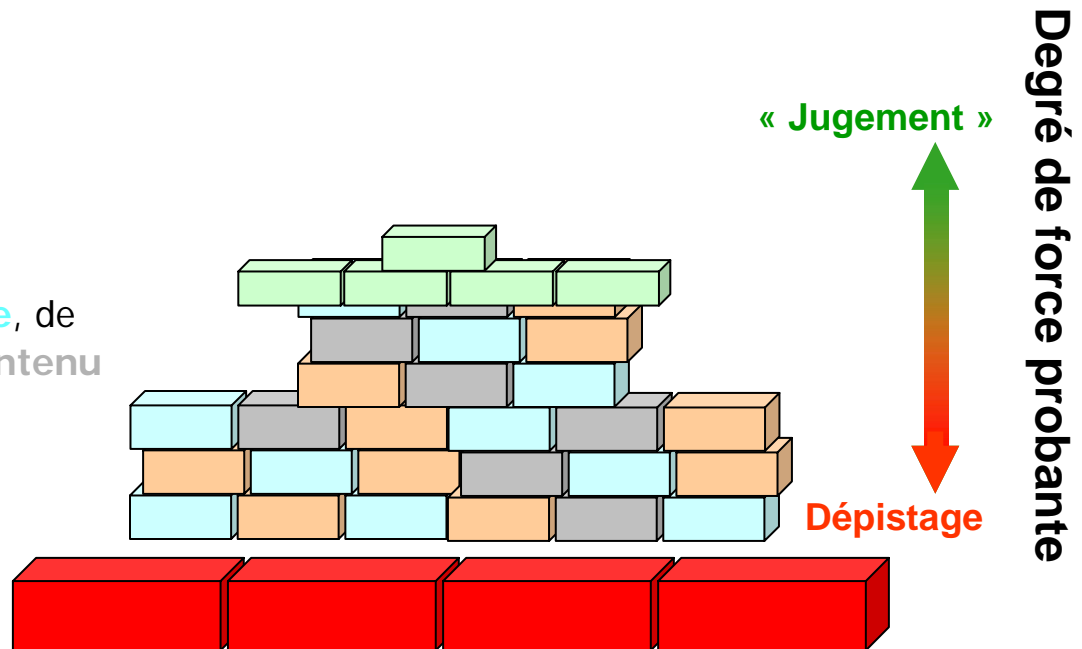
Niveau 2 : Outils de mesure

2.3. Causalité

2.2 validité de **pratique**, de **construit** et de contenu

2.1. fiabilité

Niveau 3 : Collecte de données



3.2 La stratégie d'identification des indicateurs de performance

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

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

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

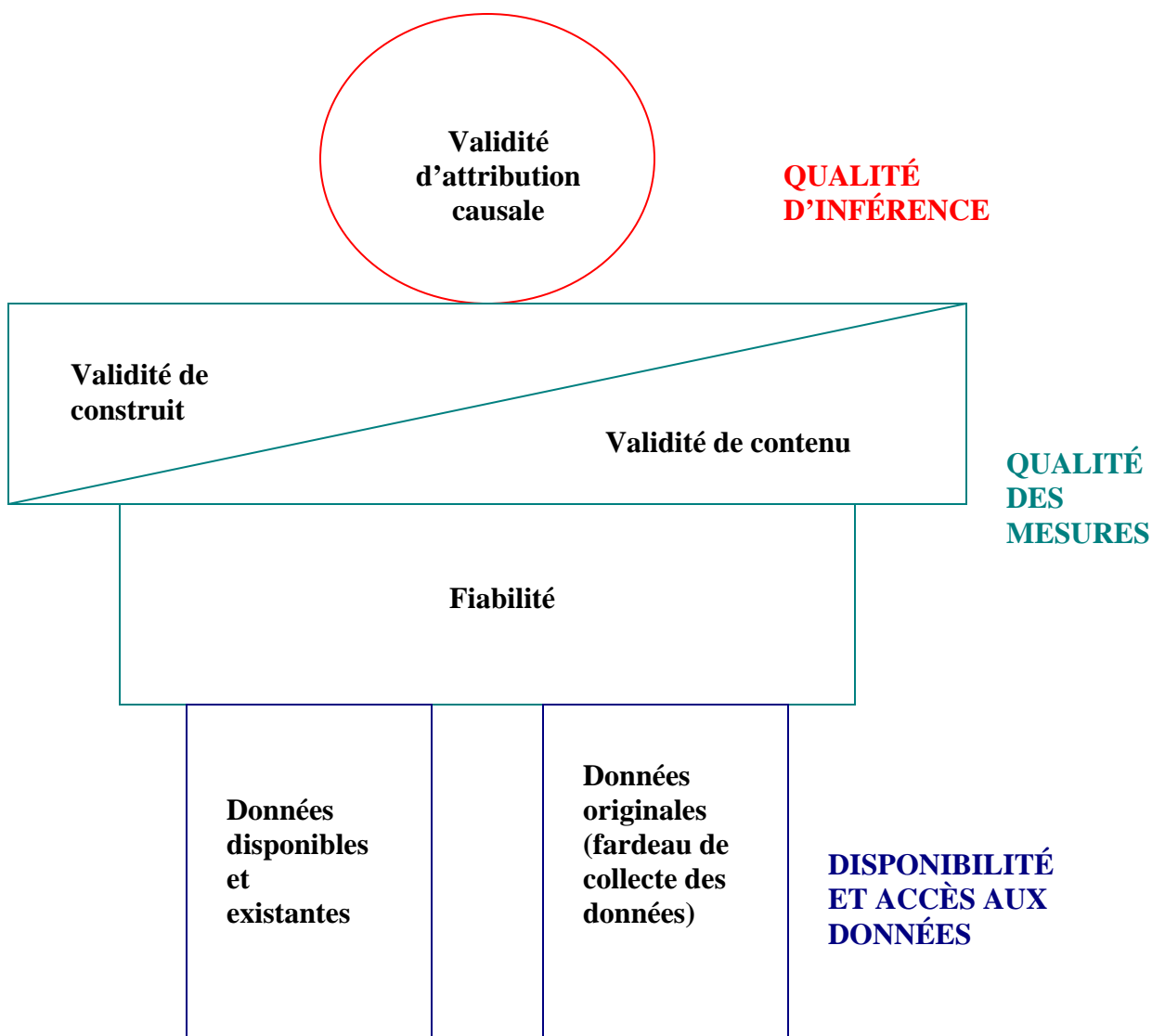
Ce choix est très structurant du reste dans la mesure où les indicateurs et, à terme, les résultats de performance, ne seront pas les mêmes selon qu'on choisit des données existantes ou originales. En fait, il ne s'agit pas de décider d'utiliser uniquement des données secondaires ou uniquement des données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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Le choix des indicateurs utilisés

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

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

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

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

L'opérationnalisation des indicateurs

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

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

La présentation des résultats, leur analyse et leur interprétation

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

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

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

La discussion

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

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

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

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

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

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

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

Les dangers potentiels d'ordre technique

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

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

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

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

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

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

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

Les dangers potentiels d'ordre politique

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

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

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

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

1 – Prise de position du Commissaire et recrutement du personnel

- 3 mois

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

2 – Choix des indicateurs

- 3 mois

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

3 - Opérationnalisation

- 6 mois

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

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

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

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

5 – Design de la plate-forme de présentation

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

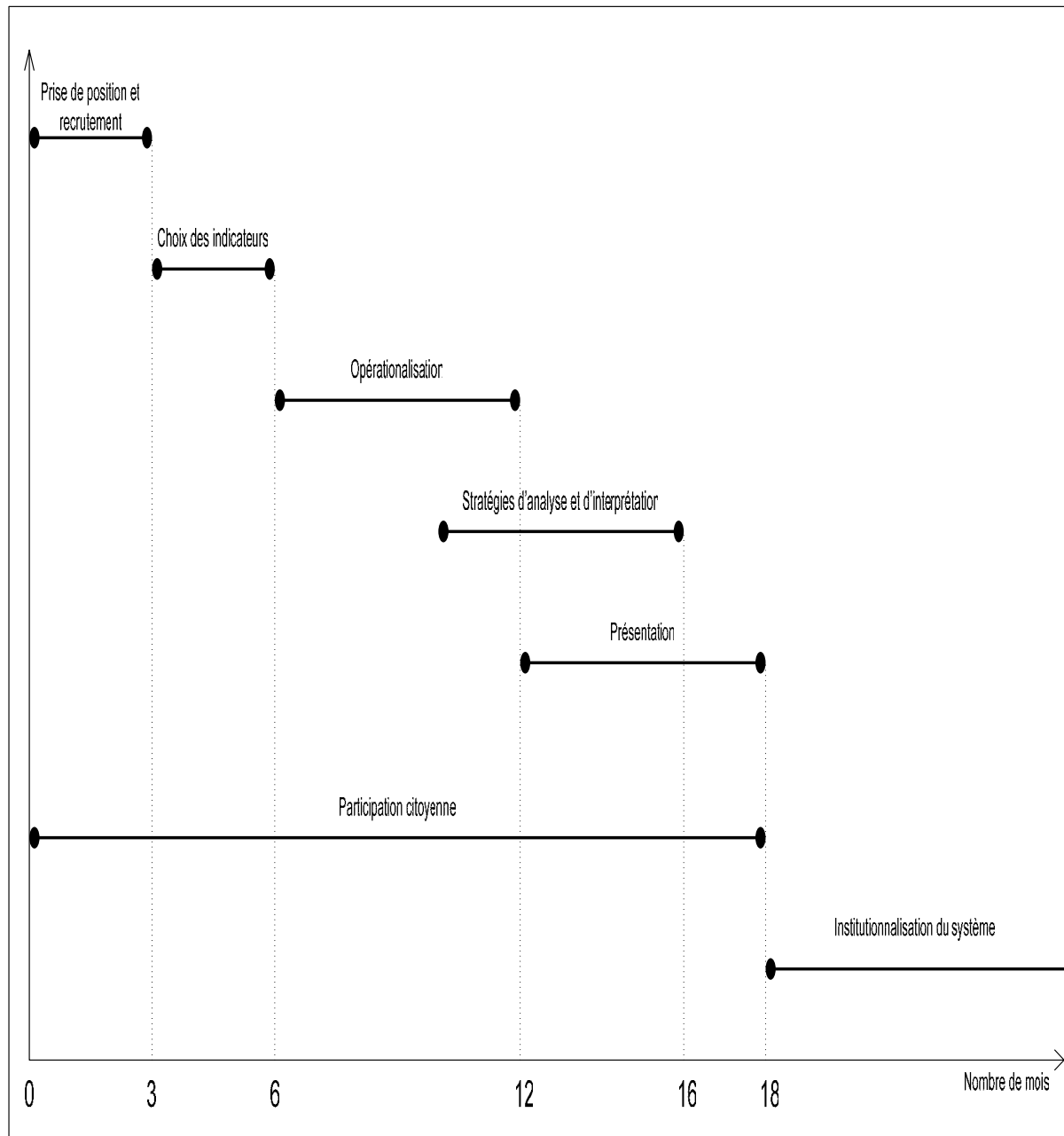
6 – Participation citoyenne

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

7 – Institutionnalisation du système d'évaluation de la performance

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

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



BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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