

Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux

Décembre 2012

REMERCIEMENTS

Le Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux été préparé en collaboration avec toutes les directions générales du ministère par l'entremise du Comité ministériel sur la performance et l'environnement informationnel et a fait l'objet de discussions avec la Table de concertation sur la performance et le Réseau de répondants régionaux en évaluation de la performance. Des remerciements sont transmis à toutes les personnes ayant contribué à son élaboration.

AVANT-PROPOS

Dans son plan stratégique 2010-2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est engagé à « évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et assurer une rétroaction sur les résultats » (objectif 6.1.3). Le mandat de coordonner les travaux nécessaires à l'atteinte de cet objectif a été confié à la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité (DGPPQ).

Pour répondre à ce mandat, la DGPPQ a d'abord élaboré le Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion¹ (ci-après Cadre de référence ministériel), lequel a reçu l'approbation du comité de direction du ministère le 31 janvier dernier et a été mis à jour en novembre 2012. Cet outil précise le rôle de l'évaluation de la performance en lien avec la gestion du système public de santé et de services sociaux. Il définit le cadre théorique et les concepts nécessaires à l'évaluation de la performance dont il explicite la stratégie. Il explique en quoi consiste le système de suivi de la performance escompté. Enfin, il esquisse les grandes lignes de la stratégie d'implantation de la fonction d'évaluation de la performance au sein du ministère et du réseau.

Puis, la DGPPQ a défini un plan d'action qui couvre la période 2012-2015. Le Plan d'action ministériel 2012-2015 en matière d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion² (ci-après Plan d'action ministériel 2012-2015) est surtout consacré au développement de la fonction d'évaluation de la performance et prévoit le développement d'un guide méthodologique de sélection et d'élaboration des indicateurs en application du Cadre de référence ministériel.

Le présent document constitue le guide de sélection et d'élaboration des indicateurs. Il s'adresse en premier lieu aux groupes de travail formés pour identifier les indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux. Il est également destiné à toute personne intéressée par la démarche de développement d'indicateurs.

-
1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion, novembre 2012, 26 p.
 2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action ministériel 2012-2015 en matière d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion, novembre 2012, 12 p.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. Le système de suivi de la performance	2
1.1. Les indicateurs	2
1.2. Les indicateurs de performance	3
1.3. Les cibles de performance	3
1.4. Les tableaux de bord	3
2. La démarche de sélection et d'élaboration des indicateurs	4
2.1. La constitution des groupes de travail	6
2.2. L'appropriation du mandat et des outils de référence	7
2.3. L'appropriation de l'objet d'évaluation de la performance	7
2.4. L'appropriation des principales sources de données pertinentes	8
2.5. L'identification des indicateurs	9
2.6. La production des fiches-indicateurs et le calcul des indicateurs	10
2.7. La détermination des cibles de performance	11
2.8. Les recommandations	11
CONCLUSION	11
ANNEXE 1 : La schématisation du système de santé et de bien-être	12
ANNEXE 2 : Quelques repères pour la sélection et l'élaboration des indicateurs de performance	14
ANNEXE 3 : Le prototype de fiche-indicateur	22

INTRODUCTION

L'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux a comme objet de produire des informations essentielles sur son fonctionnement et ses résultats afin d'en soutenir la gestion. Par la sélection et l'élaboration d'indicateurs et la production de tableaux de bord selon un cadre théorique approprié, l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux devrait faciliter l'identification des forces et des faiblesses de celui-ci.

Un tel éclairage devrait faciliter la gestion en guidant la planification, l'élaboration des politiques et des programmes, et l'allocation des ressources. De plus, les indicateurs de performance devraient fournir des balises à la mise en œuvre des actions et à leur contrôle. Du reste, ils devraient alimenter la reddition de comptes visant à faire état des résultats.

En somme, l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux constitue une fonction de gestion qui soutient l'exercice des autres sans s'y substituer. Il ne faut pas y voir un fardeau supplémentaire venant accroître la masse d'informations à traiter mais plutôt une opportunité de rationaliser et de donner un sens à toutes ces informations, et ce, dans le but ultime de faciliter la gestion en vue d'améliorer la performance du système public de santé et de services sociaux.

Le présent guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux comporte deux sections. La première section décrit le système de suivi de la performance. La deuxième section constitue le cœur du guide en ce qu'elle explicite les étapes de la démarche à suivre par les groupes de travail pour la sélection et l'élaboration des indicateurs.

1. Le système de suivi de la performance

Conformément au Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux à des fins de gestion, le système de suivi de la performance est constitué d'**indicateurs** organisés sous forme de **tableaux de bord**. Les indicateurs doivent couvrir les quatre composantes du système de santé et de bien-être, soit l'état de santé et de bien-être de la population, les déterminants autres que le système public de santé et de services sociaux, le système public de santé et de services sociaux et enfin, les conditions structurelles du système public de santé et de services sociaux. Les **indicateurs de performance** sont associés à des **cibles**. La présente section décrit chacun des éléments du système de suivi de la performance.

1.1. Les indicateurs

Il existe plusieurs définitions du terme indicateur. Dans ce guide, nous avons retenu celle du Secrétariat du Conseil du Trésor qui, dans un contexte de gestion axée sur les résultats, définit un indicateur comme : « toute mesure significative, relative ou non, utilisée pour apprécier les résultats obtenus, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux ou le contexte externe »³.

Le choix d'un bon indicateur repose sur le respect d'un certain nombre de critères de sélection. Les critères choisis pour l'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux, et leur définition, sont ceux du Secrétariat du Conseil du Trésor, soit :

- la *pertinence* – Un indicateur est pertinent lorsqu'il correspond à une préoccupation, une attente, un engagement en lien avec l'objectif dont il contribue à mesurer l'atteinte ; il illustre concrètement, en tout ou en partie, le résultat, le phénomène ou l'objet qu'on veut mesurer; il renseigne bien sur les effets des activités et est utile pour apprécier les résultats obtenus;
- la *validité* – Un indicateur est valide s'il mesure réellement ce qu'il doit mesurer en fonction de ce qui est visé ; il permet de faire état de la situation de la façon la plus juste possible;
- la *fiabilité* – Un indicateur est fiable si les résultats de sa mesure sont constants chaque fois qu'une mesure est prise dans des conditions identiques. Cela implique que le résultat est conforme à la réalité, ne comporte pas d'erreur et est intégral. La notion de fiabilité comprend aussi les notions de sensibilité et de robustesse de l'indicateur, c'est-à-dire qu'il doit faire ressortir les variations significatives tout en demeurant assez stable pour assurer une mesure constante

³ Secrétariat du Conseil du Trésor (2003). *Guide sur les indicateurs*, Gouvernement du Québec, 47 p., [http://www.tresor.gouv.qc.ca/fr/publications/modernisation/guide_indicateur.pdf].

dans le temps. La fiabilité globale de l'indicateur est par ailleurs largement tributaire de la fiabilité des données;

- la *faisabilité* – Un indicateur est faisable s'il est relativement facile à obtenir ou à produire. Les données sont accessibles au moment opportun et les opérations nécessaires pour les collecter et les traiter présentent un rapport coût-avantage raisonnable;
- la *convivialité* – Un indicateur est convivial s'il est simple, clair, facile à comprendre et à présenter. Son interprétation est la même pour tous, commune et partagée. Il n'existe qu'une seule définition et les limites de l'indicateur sont connues;
- la *comparabilité* – Un indicateur est comparable s'il est standardisé, utilisé par plusieurs organisations et reconnu officiellement (variables, méthode de calcul et fréquence de mesure correspondant à des normes ou à des conventions). Cette caractéristique n'est pas obligatoire, mais elle est très souhaitable, car elle améliore la crédibilité de l'indicateur.

1.2. Les indicateurs de performance

Parmi les indicateurs à élaborer, ceux qui ont trait au système public de santé et de services sociaux, considéré dans son ensemble, par programme-services ou par secteur, sont des indicateurs de performance, soit des indicateurs d'accessibilité, d'équité d'accès, d'efficacité, de sécurité, de réactivité, de continuité, d'efficience et de viabilité.

1.3. Les cibles de performance

Une cible de performance est la valeur optimale que devrait avoir un indicateur de performance considéré dans un contexte donné. Cette cible permet de porter un jugement sur la performance observée. Aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux, une cible de performance devrait être définie pour chacun des indicateurs de performance portant sur l'une ou l'autre des huit dimensions de la performance de l'ensemble du système public de santé et de services sociaux, d'un programme-services ou d'un secteur.

1.4. Les tableaux de bord

Un tableau de bord est un ensemble organisé d'informations stratégiques relatives à un système. Il fournit un état de situation sommaire et met en évidence les faits saillants. Il permet aux gestionnaires de repérer rapidement les forces et les faiblesses du système et ainsi, les amener à explorer les causes et prendre des décisions éclairées.

Conformément au Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion, les tableaux de bord doivent être structurés de façon à couvrir les quatre grandes composantes du système de santé et de bien-être et les huit dimensions de la performance du système public de santé et de services sociaux, d'un programme-services ou d'un secteur (voir annexe 1). Enfin, des tableaux de bord ainsi structurés doivent être produits pour les trois paliers de gestion, soit national, régional et local.

2. La démarche de sélection et d'élaboration des indicateurs

Puisque les indicateurs constituent un élément essentiel du système de suivi de la performance, la démarche de sélection et d'élaboration des indicateurs s'avère cruciale, d'où l'importance qu'elle soit effectuée de façon rigoureuse.

Il est proposé que la démarche de sélection et d'élaboration des indicateurs soit confiée à des groupes de travail expressément formés à cette fin. Le tableau 1 présente la démarche préconisée qui consiste en huit étapes. On envisage une dizaine de rencontres pour réaliser l'ensemble de la démarche.⁴ Ces rencontres doivent être planifiées dès le début des travaux et s'échelonner sur une période d'au plus de dix mois. Chacune des étapes de la démarche est décrite ci-après.

⁴ Afin de faciliter les travaux des groupes de travail, des travaux préparatoires seront réalisés par la Direction générale adjointe de la performance avec la collaboration de la direction responsable du programme-services ou du secteur concerné. Par exemple, il peut s'agir d'élaborer une première version du modèle logique du programme-services ciblé, de recenser les indicateurs actuellement utilisés pour le suivi du programme-services, etc.

Tableau 1 – La démarche d’élaboration des indicateurs par étape

Étape	Description	Responsables proposés	Nombre de rencontres suggéré
1. Constitution des groupes de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place les groupes de travail composés d’experts du système public de santé et des services sociaux et des données s’y rapportant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur responsable du programme-services visé et directeur général adjoint de la performance 	<ul style="list-style-type: none"> • Non pertinent
2. Appropriation du mandat et des outils de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque groupe de travail se familiarise avec : <ul style="list-style-type: none"> ▪ le mandat; ▪ le cadre de référence ministériel; ▪ le guide de sélection et d’élaboration d’indicateurs; ▪ la démarche d’approbation des indicateurs de gestion. 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentant de la Direction des études et des analyses (DGAP) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre
3. Appropriation de l’objet d’évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque groupe de travail établit le modèle logique du système public de santé et de services sociaux, du programme-services ou du secteur pour lequel il doit développer des indicateurs aux fins de l’évaluation de la performance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentant de la direction du programme-services visé ou de la Direction de l’évaluation (DGAP) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 rencontres
4. Appropriation des sources de données	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque groupe de travail se familiarise avec les principales sources de données pertinentes à son mandat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentant de la Direction de la gestion intégrée de l’information (DGII) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre
5. Identification des indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque groupe de travail identifie les indicateurs pour chacune des quatre composantes du système de santé et de bien-être, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> ▪ l’état de santé et de bien-être; ▪ le système public de santé et de services sociaux; ▪ les conditions structurelles; ▪ les autres déterminants de la santé et du bien-être; et ce, selon les critères de sélection définis dans le guide et en s’appuyant sur le modèle logique décrivant l’objet d’évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentant de la direction responsable du programme-services visé 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 rencontres
6. Production des fiches-indicateurs et calcul des indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque groupe de travail : <ul style="list-style-type: none"> ▪ complète une fiche présentant, notamment, la définition, l’interprétation, les limites, les modalités de calcul, les sources et la périodicité des données et les responsables de la production; ▪ calcule les valeurs de l’indicateur sur une période récente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentant de la Direction de la gestion intégrée de l’information (DGII) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 rencontres
7. Définition des cibles de performance	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque groupe de travail détermine les valeurs optimales des indicateurs de performance retenus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentant de la direction responsable du programme-services visé 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre
8. Recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque groupe de travail formule des recommandations sur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ les indicateurs; ▪ les cibles; ▪ la suite des travaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Président(s) du groupe de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre

2.1. La constitution des groupes de travail

Pour élaborer un système de suivi de la performance du système public de santé et de services sociaux, des expertises particulières sont requises. En effet, l'élaboration d'indicateurs, la détermination de cibles de performance et la production de tableaux de bord nécessitent la connaissance des problématiques de santé et de bien-être, des services offerts ainsi que des systèmes d'information et des données s'y rapportant.

La première étape de la démarche de sélection et d'élaboration des indicateurs consiste à mettre en place des groupes de travail réunissant ces expertises. Puisque le système public de santé et de services sociaux est découpé par programme-services, voire par secteur, on préconise la mise en place de groupes de travail par programme-services ou par secteur. Le mandat des groupes de travail est d'identifier, de documenter, de calculer les indicateurs, et enfin, de définir le cas échéant les cibles de performance. Le fonctionnement des groupes de travail repose sur une approche participative et consensuelle et vise à mettre à profit l'expertise de chacun des membres dans le choix des indicateurs.

Compte tenu des expertises requises, la composition-type d'un groupe de travail se présente comme suit :

- deux représentants de la direction responsable du programme-services ou du secteur visé;
- un représentant de la Direction de l'évaluation;
- un représentant de la Direction des études et des analyses;
- un représentant de la Direction générale des technologies de l'information;
- un représentant de la Direction de la gestion intégrée de l'information;
- un représentant d'agence;
- un représentant de CSSS;
- un représentant d'autres établissements.

À ce noyau peuvent éventuellement se greffer d'autres personnes pouvant répondre à des besoins plus spécifiques d'expertise comme des experts de la surveillance de l'état de santé et de bien-être, de l'allocation des ressources, de la planification de la main-d'œuvre, du pilotage de banques de données, etc. De plus, chaque groupe de travail a le loisir d'obtenir au besoin des avis d'experts externes issus, par exemple, d'organismes conseil, d'associations d'établissements, d'universités, etc.

Les membres des groupes de travail sont désignés conjointement par le directeur de la direction responsable du programme-services ou du secteur en cause et par le directeur général adjoint de la performance. Les travaux dans chacun des groupes de travail sont animés et coordonnés par l'un des représentants de la direction responsable du programme-services ou du secteur considéré.

2.2. L'appropriation du mandat et des outils de référence

Les premiers efforts des groupes de travail consistent à s'approprier leur mandat et les outils de référence conçus pour encadrer le développement et la systématisation de la fonction d'évaluation de la performance au sein du ministère et du réseau, à savoir :

- le Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion;
- le Plan d'action ministériel 2012-2015 en matière d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion;
- le Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux;
- et la démarche d'approbation des indicateurs.

Au terme de cette étape, les membres des groupes de travail comprendront ce qu'ils ont à faire et connaîtront les fondements conceptuels sur lesquels s'appuyer. Ils seront également en mesure de situer leur rôle au regard de la chaîne d'opérations conduisant à l'adoption formelle des indicateurs de gestion par les autorités ministérielles.

Les travaux de cette étape sont animés par l'un des deux représentants de la Direction générale adjointe de la performance.

2.3. L'appropriation de l'objet d'évaluation de la performance

Pour être en mesure de développer des indicateurs de performance du système public de santé et de services sociaux, d'un programme-services ou d'un secteur, chaque groupe de travail doit bien comprendre la portée de ces derniers. L'appropriation de ces objets d'évaluation vise à assurer que les membres du groupe de travail en partagent une même compréhension. La clarification des caractéristiques fondamentales du système, d'un programme-services ou d'un secteur, devrait faciliter l'émergence de consensus autour des indicateurs à retenir pour en mesurer la performance.

Le modèle logique d'un système, d'un programme, ou d'un secteur est un outil visant à expliciter les caractéristiques essentielles, soit la raison d'être, les objectifs, la nature de l'intervention, les intrants, les activités, les extrants et les résultats. Si besoin est, chaque groupe de travail peut élaborer le modèle logique de l'objet d'évaluation dont il doit mesurer la performance. Le tableau 2 fournit le prototype du modèle logique désiré. Chacune des caractéristiques du modèle logique y est décrite et quelques questions sont posées pour en faciliter l'énoncé.

Tableau 2 – Le prototype de modèle logique

Caractéristique	Description	Question(s)
Raison d'être	La raison d'être renvoie à la nature et à l'importance du problème à l'origine de l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel problème veut-on résoudre? ▪ Quelles sont les personnes en cause? ▪ Quelle est la situation désirée? ▪ Dans quel contexte se situe-t-on?
Objectifs	Les objectifs sont des énoncés mesurables des changements attendus. Ils en précisent le sens et l'ampleur.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les changements attendus? ▪ Quelle est la clientèle visée? ▪ Quel est l'horizon visé pour la réalisation de ces changements?
Nature de l'intervention	La nature de l'intervention décrit les moyens qui ont été choisis pour atteindre les objectifs. Il s'agit d'une description des principales stratégies d'action.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles approches sont-elles privilégiées pour intervenir? ▪ Quels sont les moyens d'intervention mis en œuvre?
Intrants	Il s'agit des ressources utilisées pour exécuter des activités afin de produire des extrants et atteindre des résultats.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les ressources humaines, financières, matérielles, technologiques et informationnelles dont on dispose? ▪ Comment sont-elles réparties?
Activités	Les activités sont des mesures mises en œuvre pour produire des extrants à partir des intrants. Elles font référence au «comment».	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment les biens et les services sont-ils produits? ▪ Quelles sont les activités de production de biens, de prestations de services?
Extrants	Les extrants sont des biens ou services découlant directement des activités.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les biens ou services produits ? ▪ Quelle est leur importance relative?
Résultats	Les résultats sont les changements résultant de la production des extrants. Ils peuvent s'échelonner dans le temps : les résultats immédiats s'observent à court terme, les résultats intermédiaires, à moyen terme et les résultats ultimes, à long terme.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▪ immédiats? ▪ intermédiaires? ▪ ultimes?

Les travaux relatifs à cette étape sont dirigés par le représentant de la direction responsable du programme-services visé ou de la Direction de l'évaluation. Ils doivent résulter en un document de quatre à cinq pages, incluant un schéma décrivant le continuum et les trajectoires de services.

2.4. L'appropriation des principales sources de données pertinentes

Pour élaborer des indicateurs, chaque groupe de travail doit non seulement bien comprendre ce qu'il faut mesurer et comment le mesurer, mais il doit aussi connaître l'éventail des sources de données pertinentes auquel il peut avoir accès. Aussi, chaque groupe de travail a à en faire l'inventaire et à comprendre leurs possibilités et leurs limites. Cet inventaire devra permettre de distinguer notamment :

- les données d'enquêtes et les données administratives;
- les données sur l'état de santé et de bien-être, celles sur le système public de santé et de services sociaux et ses conditions structurelles, et enfin, celles sur les autres déterminants de la santé;
- les données à portée nationale, régionale et locale.

Les travaux relatifs à cette étape sont dirigés par le représentant de la Direction de la gestion intégrée de l'information. Notons que, de par leur connaissance des informations contenues dans les banques de données, les pilotes nationaux des principales banques de données (I-CLSC, MED-ECHO, etc.) sont susceptibles d'apporter une contribution fondamentale à cette étape de la démarche. Enfin, l'implication de la Direction générale des technologies de l'information dans cette étape permettra d'assurer une harmonisation avec les travaux d'informatisation en vigueur au ministère et dans le réseau.

2.5. L'identification des indicateurs

La présente étape constitue le cœur de la démarche de sélection et d'élaboration des indicateurs. Elle consiste à identifier les indicateurs dont seront composés les tableaux de bord, tels que définis dans le cadre de référence et ce, en prenant appui sur le modèle logique du système public de santé et de services sociaux, du programme-services ou du secteur dont la performance est évaluée.

Conformément au Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion, des indicateurs doivent être identifiés pour chacune des quatre composantes du système de santé et de bien-être, soit :

- l'état de santé et de bien-être de la population;
- les déterminants autres que le système public de santé et de services sociaux;
- le système public de santé et de services sociaux;
- les conditions structurelles du système public de santé et de services sociaux.

En outre, des indicateurs de performance doivent être définis pour chacune des dimensions, soit :

- l'accessibilité,
- l'équité d'accès,
- l'efficacité,
- la sécurité,
- la réactivité,
- la continuité,
- l'efficience,
- la viabilité.

Chaque indicateur devra répondre de façon satisfaisante aux critères de sélection identifiés et définis plus haut, soit la pertinence, la validité, la fiabilité, la faisabilité, la convivialité et la comparabilité. De façon plus concrète, voici le jugement que les groupes de travail auront à exercer :

Tableau 3 – Les tâches des groupes de travail relativement à la sélection des indicateurs

Concernant...	Les groupes de travail...
La pertinence	Doivent confirmer l'existence d'un lien entre l'indicateur considéré et ce que l'on veut mesurer.
La validité	Ont à déterminer si le lien avec l'objet de mesure est suffisamment important.
La fiabilité	Ont à examiner si les données à partir desquelles l'indicateur est construit sont de qualité.
La faisabilité	Ont à déterminer si les données pour le calculer existent et sont accessibles en temps opportun; si elles n'existent pas, les groupes de travail ont à établir si le fardeau et le coût de la collecte sont raisonnables.
La convivialité	Ont à s'assurer que le lien entre l'indicateur et ce qu'il mesure est facile à comprendre.
La comparabilité	Ont à s'assurer qu'entre juridictions, il y a adéquation entre les indicateurs comparés et que les données sur lesquelles sont basées la mesure de l'indicateur sont similaires.

Aux fins de l'évaluation de la performance, les indicateurs de performance revêtent évidemment une importance particulière. L'annexe 2 fournit des repères afin de faciliter la sélection ou l'élaboration de ces indicateurs. Au terme de cette étape, on disposera d'une liste d'indicateurs triés sur le volet, qu'il restera à documenter au moyen de fiches-indicateurs. Les travaux de cette étape sont animés par l'un des deux représentants de la direction responsable du programme-services visé.

2.6. La production des fiches-indicateurs et le calcul des indicateurs

Cette étape consiste à compléter, pour chaque indicateur identifié à l'étape précédente, la fiche présentée à l'annexe 3, dont le format a été élaboré par la Direction de la gestion intégrée de l'information et adopté par les autorités ministérielles.

Cette fiche vise à colliger les principales caractéristiques de l'indicateur, notamment la définition, l'interprétation, les limites, les modalités de calcul, les sources et la périodicité des données et les responsables de la production, et ce, pour le bénéfice de tous les intéressés. Elle pourrait également renseigner sur l'évolution de l'indicateur, ce qui suppose que chaque groupe de travail en calcule les valeurs sur une période donnée, idéalement pour les plus récentes années pour lesquelles des données sont disponibles. Lorsqu'un indicateur ne peut être calculé, il faut spécifier l'approche pour collecter les informations nécessaires à son calcul ainsi que les barrières et obstacles anticipés. À cet effet, la contribution de la Direction générale des technologies de l'information s'avère utile.

2.7. La détermination des cibles de performance

Cette étape consiste à déterminer une cible pour chaque indicateur de performance, la cible étant la valeur optimale d'un indicateur dans un contexte donné. La détermination des cibles doit s'appuyer sur une démarche de consolidation des connaissances issues de la littérature, d'experts, des pratiques cliniques, de l'évolution des données observée au Québec et ailleurs, etc. Dans le cas où il ne serait pas possible de convenir d'une cible, l'appréciation de la performance pourrait être faite sur la base de l'évolution de l'indicateur dans le temps.

Le produit de cette étape devrait être une liste des indicateurs de performance et les cibles correspondantes.

2.8. Les recommandations

Chaque groupe de travail a à formuler des recommandations concernant les indicateurs à retenir et les cibles de performance à l'intention du Directeur général adjoint de la performance. Par ailleurs, il devra préciser les travaux n'ayant pu être conclus et devant se poursuivre.

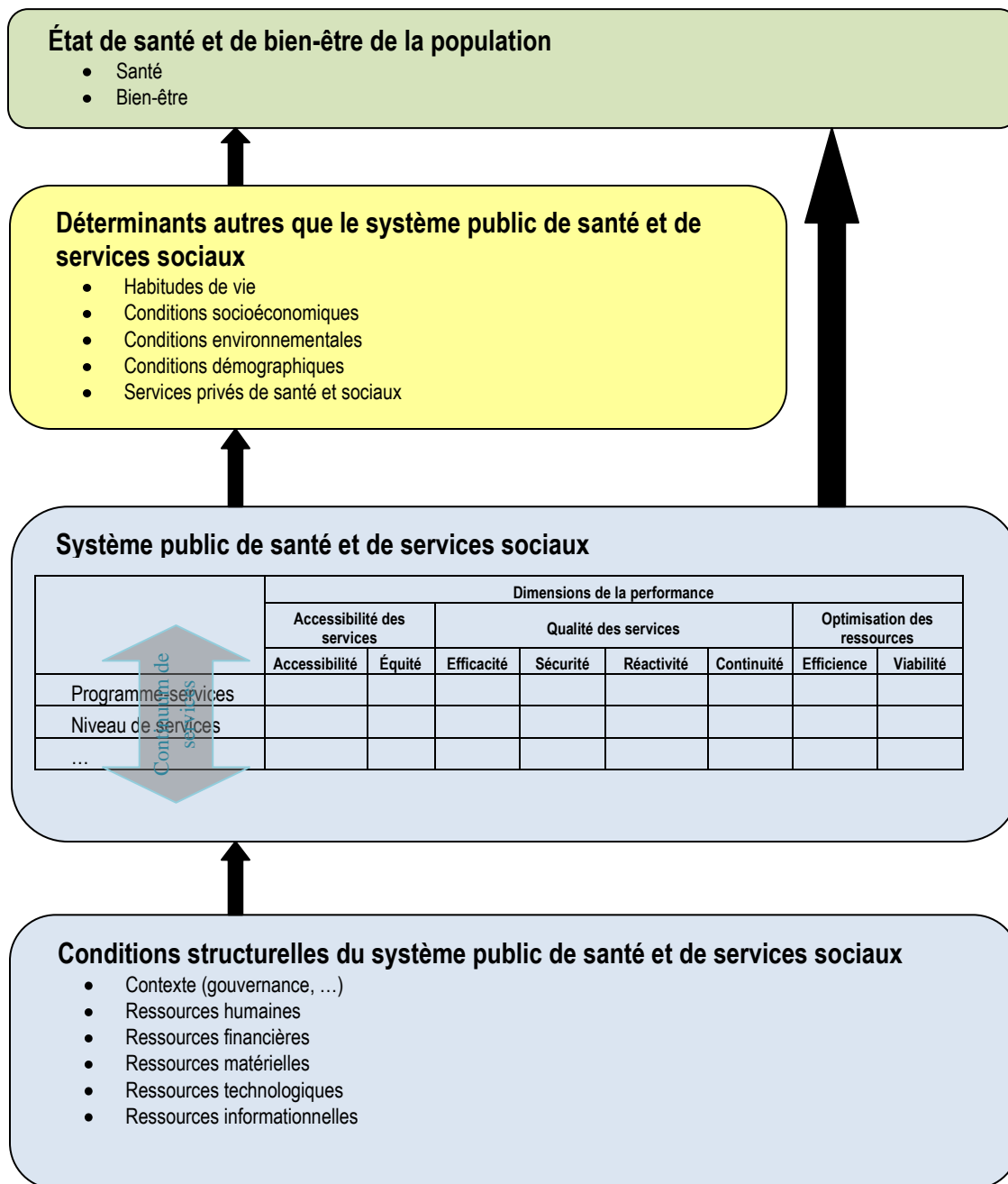
CONCLUSION

Les indicateurs constituent des outils de mesure. Pour bien évaluer la performance du système public de santé et de services sociaux, il faut identifier les bons indicateurs. Les groupes de travail mis en place pour accomplir cette tâche ont donc un rôle crucial à jouer dans l'atteinte de l'objectif d'évaluation de la performance inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 du ministère.

Ce guide vise à soutenir les groupes de travail dans la réalisation de leur mandat. Il n'a pas la prétention de garantir le développement de bons indicateurs mais plutôt d'y contribuer en suscitant le déploiement des différentes expertises dans les groupes de travail.

ANNEXE 1 : La schématisation du système de santé et de bien-être

Le Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion situe ce dernier comme l'un des facteurs exerçant une influence significative sur la santé et le bien-être de la population et comme le produit d'un ensemble de facteurs qui en déterminent la structure. En guise de rappel, voici le schéma du système de santé et de bien-être et les notes explicatives présentées dans le cadre de référence.



Notes explicatives sur le schéma du système de santé et de bien-être

L'état de santé et de bien-être de la population

L'état de situation par rapport à la santé et au bien-être de la population doit permettre d'en dresser un bilan et d'identifier les principaux problèmes sociosanitaires qui se posent afin de mobiliser le système public de santé et de services sociaux à leur résolution ou à leur prise en charge. L'état de santé et de bien-être d'une population est généralement illustré par sa situation par rapport à la morbidité, la mortalité, l'espérance de vie et l'intégration sociale. Pour savoir si certains groupes sont plus touchés que d'autres par les problèmes sociosanitaires, les informations se rapportant à l'état de santé et de bien-être doivent être organisées selon divers classements, comme le sexe, le groupe d'âge, la scolarité, le statut socioéconomique, le lieu de résidence, etc.

Les déterminants de la santé et du bien-être autres que le système public de santé et de services sociaux

Il y a d'autres facteurs que le système public de santé et de services sociaux qui contribuent à l'état de santé et de bien-être des personnes. Les services privés de santé et sociaux non financés par les fonds publics y concourent aussi. Quant aux déterminants de la santé et du bien-être autres que les services de santé et sociaux, ils ont trait aux habitudes de vie, au profil démographique et aux conditions environnementales et socioéconomiques d'une population. Par exemple, une alimentation saine et la pratique d'activités physiques favorisent un meilleur état de santé et de bien-être. De même, le processus de vieillissement étant caractérisé par une plus grande vulnérabilité d'une personne à la maladie, les populations âgées sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé que les populations plus jeunes. L'éducation et l'emploi peuvent également améliorer les conditions de vie des gens et, conséquemment, leur santé et leur bien-être. Une bonne connaissance de la situation relative aux déterminants de la santé et du bien-être autres que les services de santé et les services sociaux doit permettre de concevoir de meilleures actions en matière de prévention et de promotion de saines habitudes de vie, et de meilleures interventions de sensibilisation auprès des autres secteurs de la société qui contribuent à l'état de santé et de bien-être des personnes.

Le système public de santé et de services sociaux

Les services publics de santé et sociaux sont organisés par programme pour répondre à divers besoins. On retrouve neuf programmes-services offrant des services directs : les programmes-services qui s'adressent à l'ensemble de la population, soit *Santé publique* et *Services généraux – activités cliniques et d'aide* et les programmes-services qui répondent à des problématiques particulières, soit *Perte d'autonomie liée au vieillissement*, *Déficience physique*, *Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement*, *Jeunes en difficulté*, *Dépendances*, *Santé mentale* et *Santé physique*. On a également deux programmes-soutien dont les activités sont de nature administrative et technique et soutiennent les programmes-services : *Administration et soutien aux services* et *Gestion des bâtiments et des équipements*.

Les conditions structurelles du système public de santé et de services sociaux

Le système public de santé et de services sociaux dépend des conditions structurelles qui le sous-tendent. L'information s'y rattachant devrait permettre d'apprécier les possibilités et les contraintes avec lesquelles il doit composer. Les ressources financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles constituent autant d'éléments qui contribuent à l'édification du système public de santé et de services sociaux. Les aspects de contexte, notamment la gouvernance, y participent également.

ANNEXE 2 : Quelques repères pour la sélection et l'élaboration des indicateurs de performance

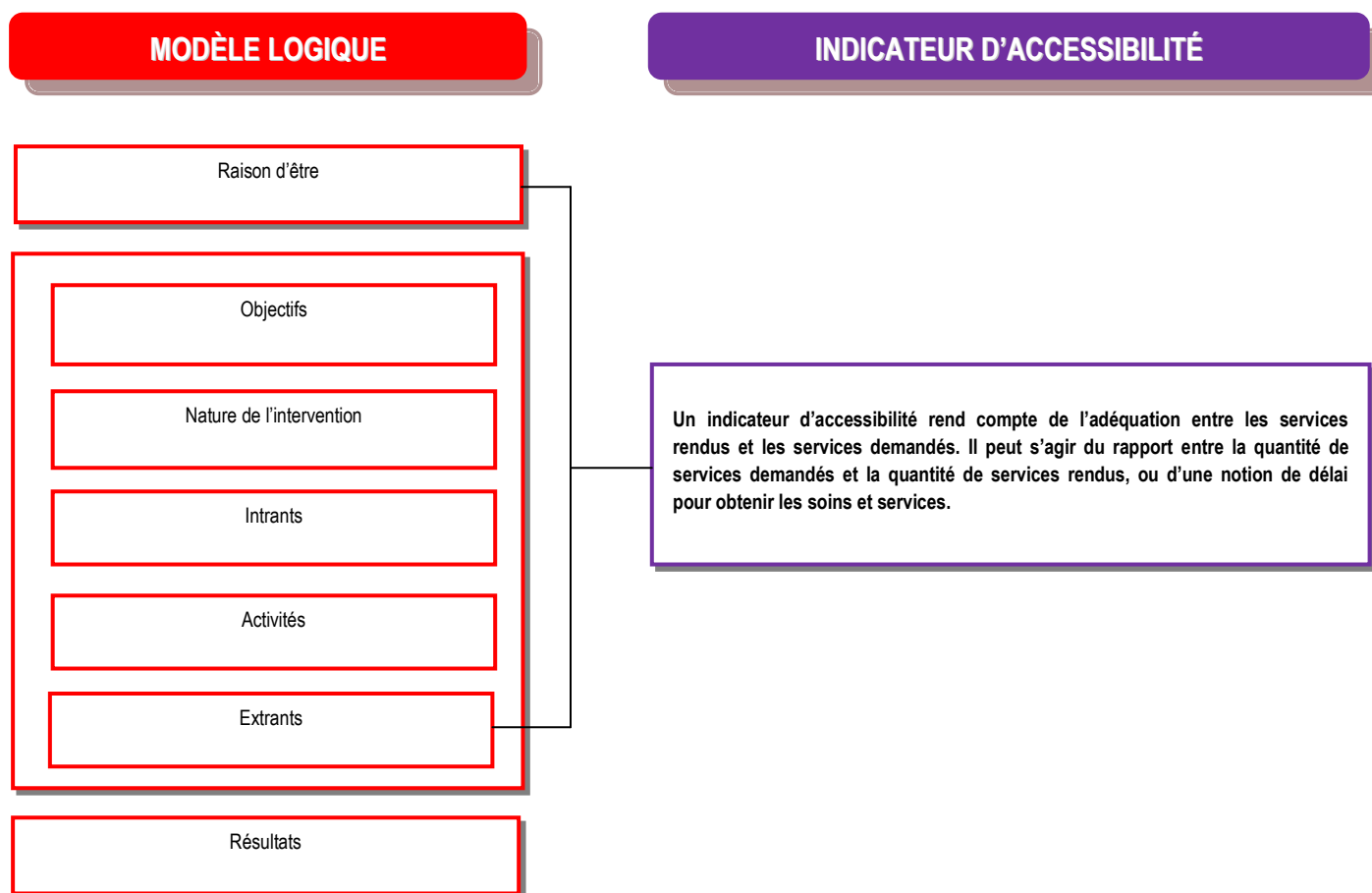
ACCESSIBILITÉ

L'accessibilité désigne la capacité de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportuns. Si les services demandés ne sont pas rendus, l'accessibilité des services sera déficiente. Si au contraire, les services demandés sont satisfaits, l'accessibilité aux services sera adéquate.

Un indicateur d'accessibilité rend compte de l'adéquation entre les services rendus et les services demandés. Il peut s'agir du rapport entre la quantité de services demandés et la quantité de services rendus, ou d'une notion de délai pour obtenir les soins et services.

Exemples* d'indicateurs d'accessibilité :

- Temps moyen d'attente pour obtenir certains services (actes diagnostics, traitement, chirurgie, etc.);
- Proportion des personnes requérant des soins à domicile après une hospitalisation, qui en reçoivent.



* Les exemples d'indicateurs sont fournis à titre indicatif seulement. Il appartient à chaque groupe de travail de juger de leur adéquation eu égard aux travaux.

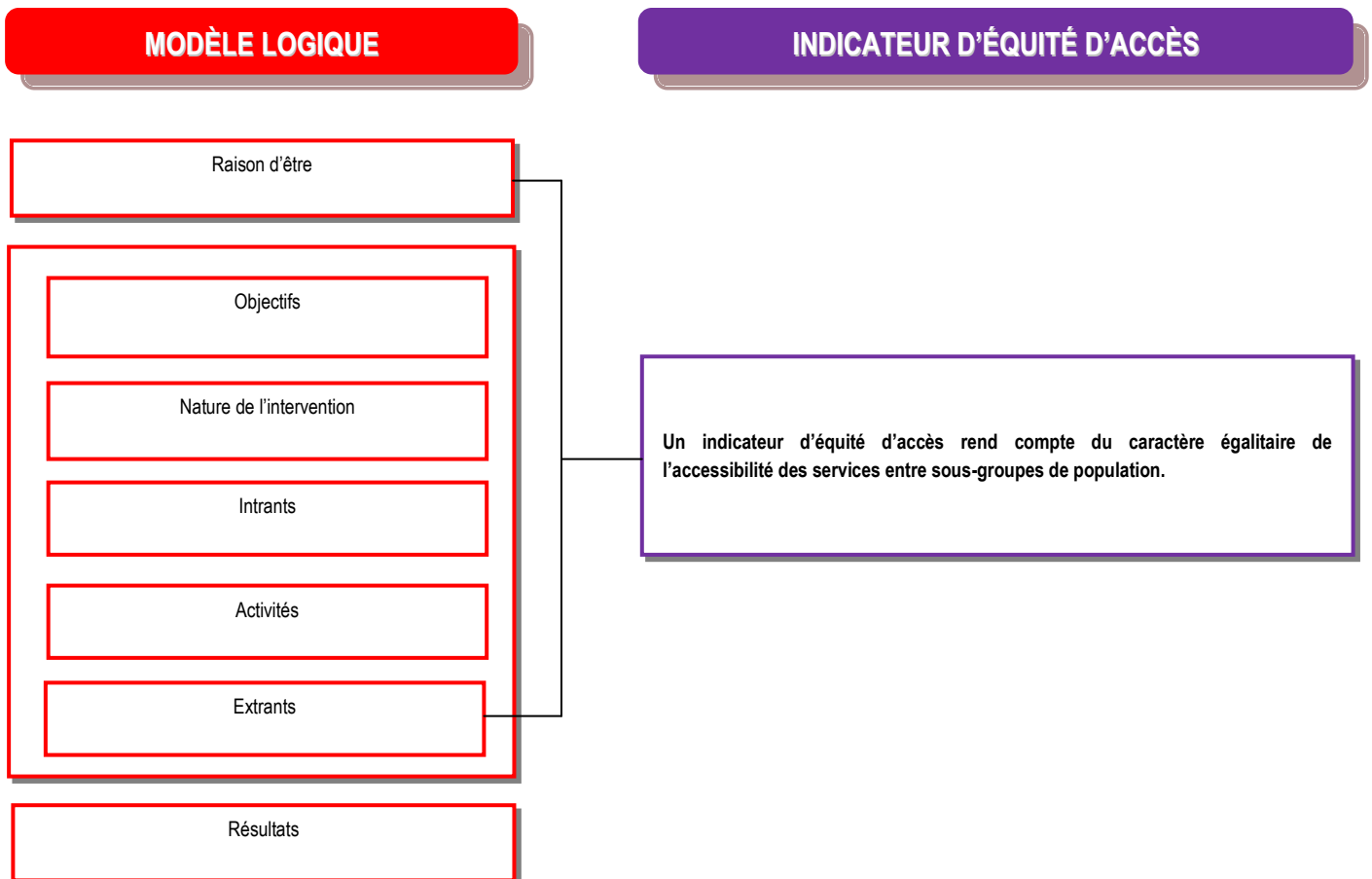
ÉQUITÉ D'ACCÈS

L'équité d'accès désigne la capacité de fournir les soins et les services en fonction des besoins et sans égard aux caractéristiques personnelles non reliées aux besoins, comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc. Les caractéristiques de la population les plus utilisées pour juger de l'équité d'accès aux services sont le lieu de résidence, l'appartenance ethnique, la langue, le sexe, l'âge, l'éducation et le revenu. L'accès aux services est équitable lorsque ces derniers sont rendus en proportion constante des services demandés, quel que soit le sous-groupe considéré de la population répartie selon une caractéristique donnée non reliée aux besoins.

Un indicateur d'équité d'accès rend compte du caractère égalitaire de l'accessibilité des services entre sous-groupes de population.

Exemples* d'indicateurs d'équité d'accès :

- Taux d'hospitalisation par quintile de revenu;
- Temps moyen d'attente pour une chirurgie par quintile de défavorisation.



* Les exemples d'indicateurs sont fournis à titre indicatif seulement. Il appartient à chaque groupe de travail de juger de leur adéquation eu égard aux travaux.

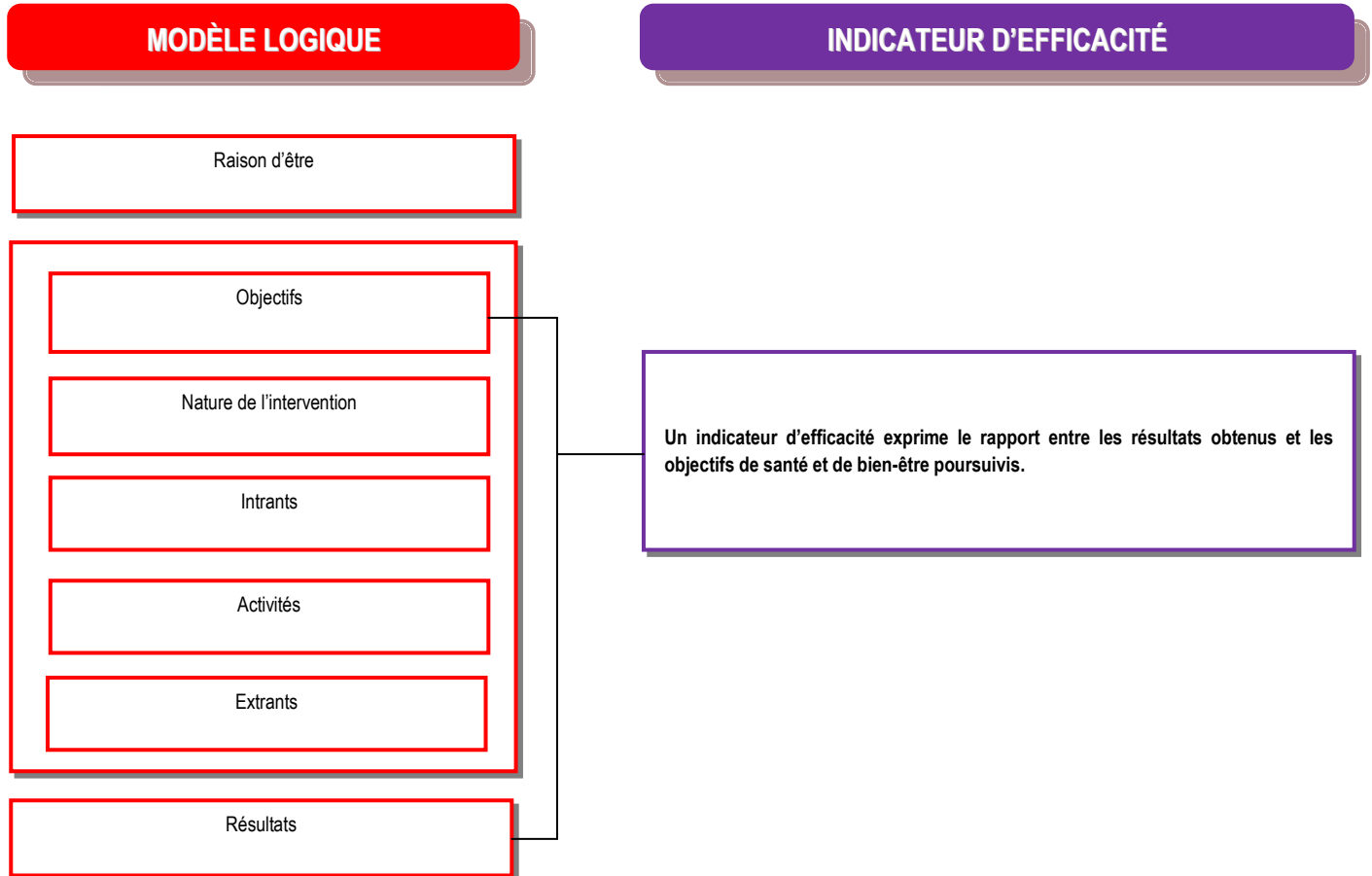
EFFICACITÉ

L'efficacité désigne la capacité d'améliorer la santé et le bien-être. L'efficacité traduit le niveau d'atteinte des objectifs de santé et de bien-être.

Un indicateur d'efficacité exprime le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs de santé et de bien-être poursuivis.

Exemples* d'indicateurs d'efficacité :

- Taux de mortalité évitable;
- Taux de réussite d'interventions;
- Taux d'échec d'interventions (ex. : taux de réadmission à l'hôpital ou de visite à l'urgence à la suite d'une hospitalisation, taux de re-signalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse).



* Les exemples d'indicateurs sont fournis à titre indicatif seulement. Il appartient à chaque groupe de travail de juger de leur adéquation eu égard aux travaux.

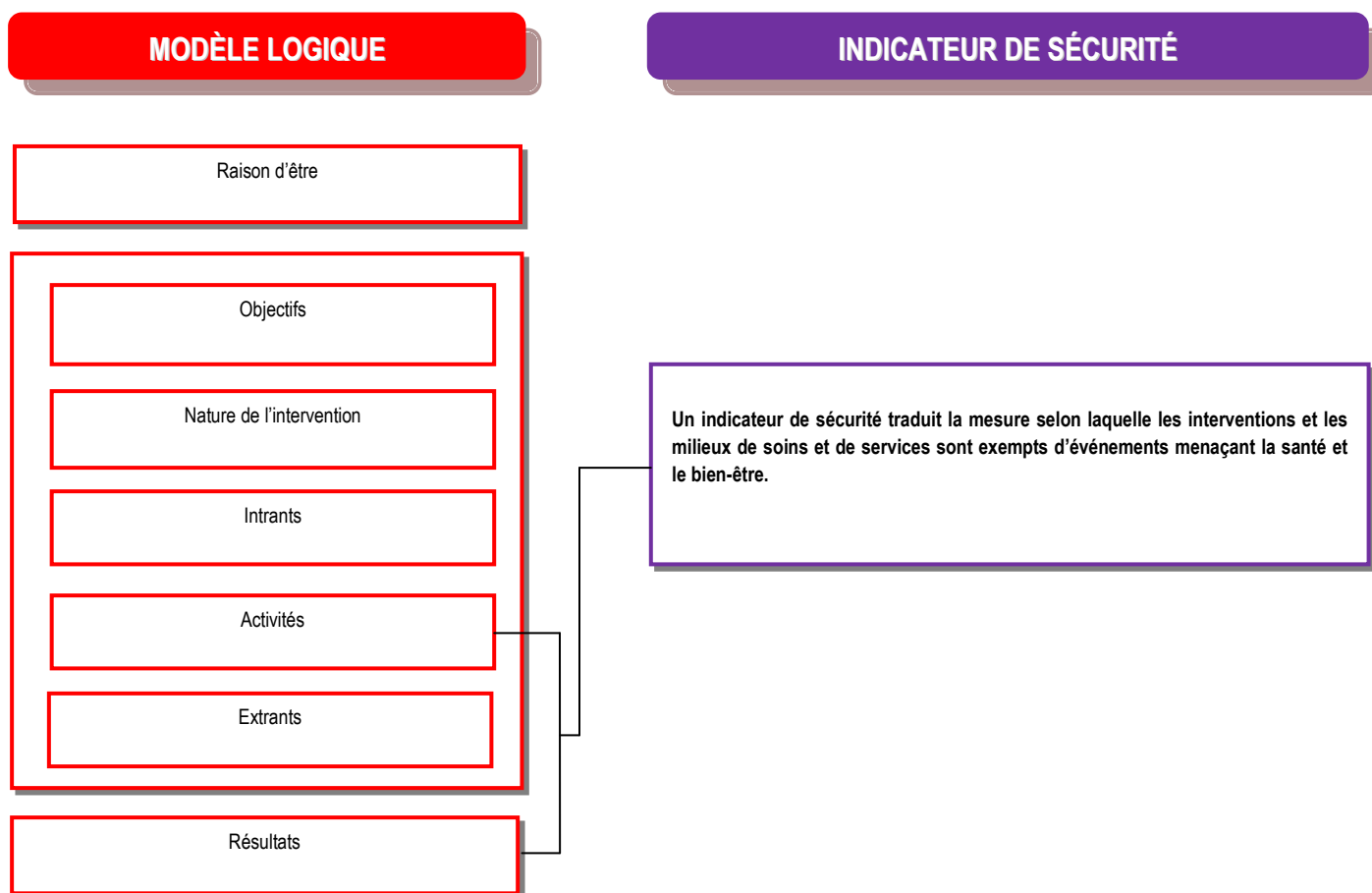
SÉCURITÉ

La sécurité désigne la capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population. C'est une notion qui traduit la mesure selon laquelle les interventions et les milieux de soins et de services sont exempts d'évènements pouvant entraîner un préjudice à la santé et au bien-être des usagers, du personnel et de la population. L'état de santé et de bien-être des personnes ne doit pas être affecté par un accident ou une erreur survenue dans le cadre des soins et services qui sont prodigués.

Un indicateur de sécurité traduit la mesure selon laquelle les interventions et les milieux de soins et de services sont exempts d'évènements menaçant la santé et le bien-être.

Exemples* d'indicateurs de sécurité :

- Taux d'infections nosocomiales;
- Taux d'incidence d'incidents et d'accidents;
- Taux d'interactions médicamenteuses.



* Les exemples d'indicateurs sont fournis à titre indicatif seulement. Il appartient à chaque groupe de travail de juger de leur adéquation eu égard aux travaux.

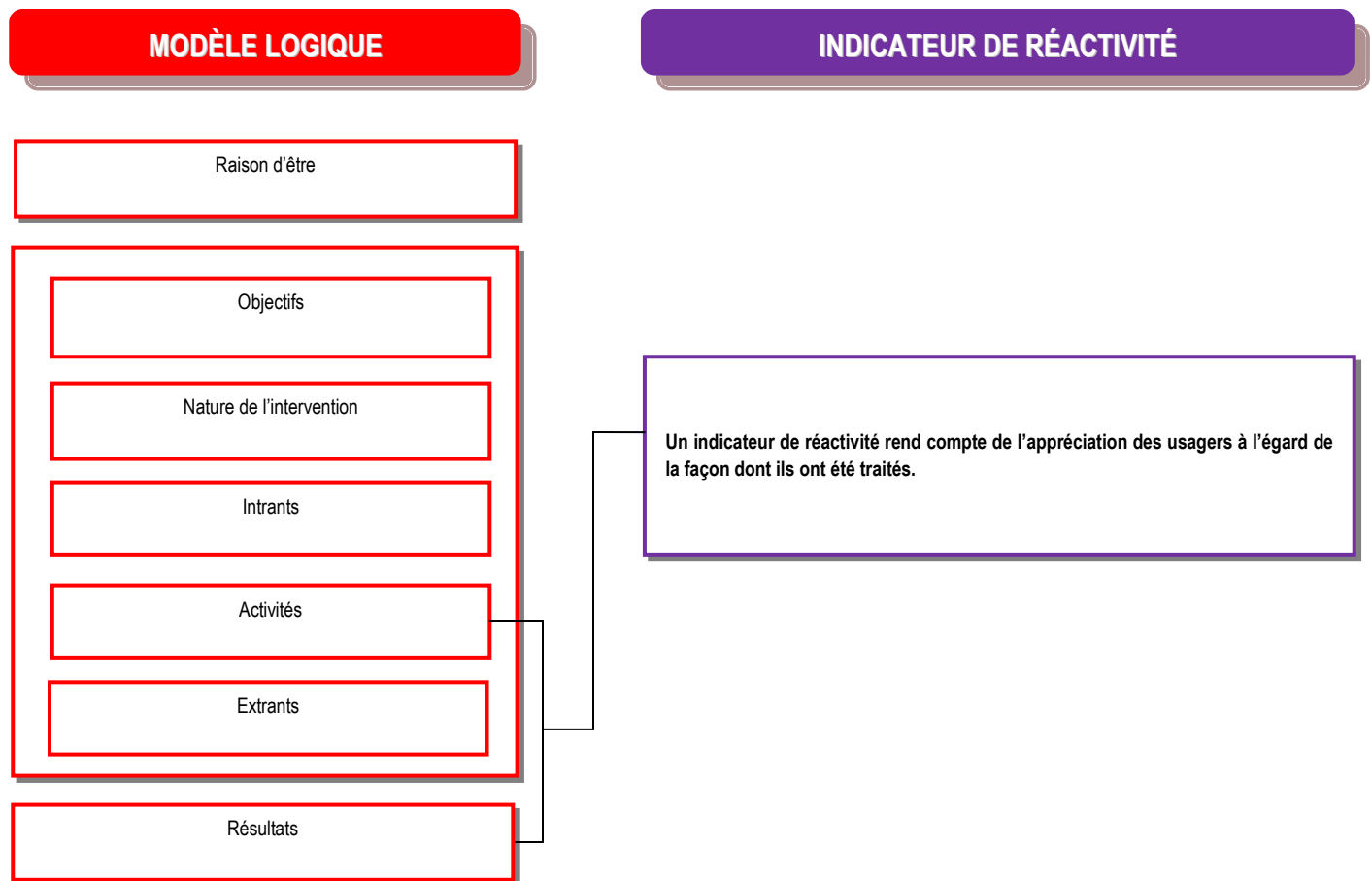
RÉACTIVITÉ

La réactivité désigne la capacité de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers. Les intervenants doivent offrir les services en restant attentifs aux préoccupations de l'utilisateur. Le bien-être global de l'utilisateur doit occuper une place primordiale dans la prestation de services.

Un indicateur de réactivité rend compte de l'appréciation des usagers à l'égard de la façon dont ils ont été traités.

Exemples* d'indicateurs de réactivité :

- Taux de satisfaction des patients;
- Taux de plaintes.



* Les exemples d'indicateurs sont fournis à titre indicatif seulement. Il appartient à chaque groupe de travail de juger de leur adéquation eu égard aux travaux.

CONTINUITÉ

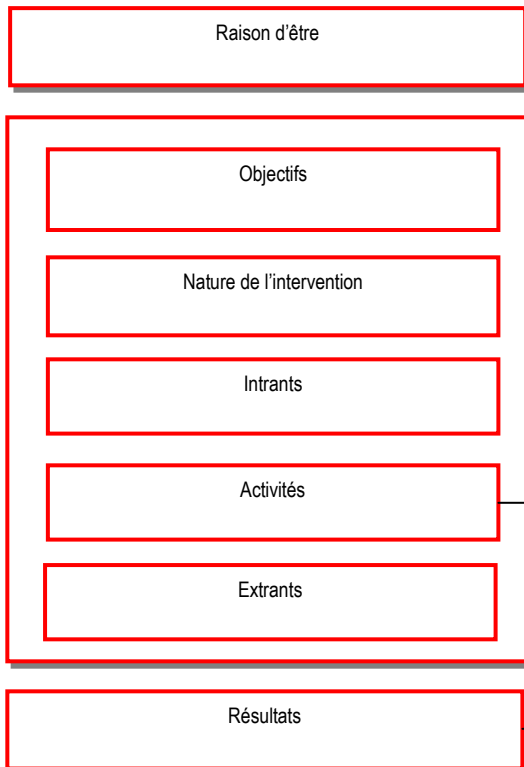
La continuité désigne la capacité de fournir les services requis, de façon intégrée et coordonnée. Dans le contexte d'une organisation des services par niveau (services de première ligne, deuxième ligne (services spécialisés), troisième ligne (services surspécialisés)), la continuité doit s'opérer à l'intérieur d'un niveau et entre les niveaux. La continuité renvoie à la coordination des services en un continuum qui s'étend de la prévention des problèmes sociosanitaires à leur prise en charge, voire à leur résolution, et ce, sans délais indus pour le patient.

Un indicateur de continuité traduit l'expérience des patients eu égard à la fluidité des services reçus à travers le continuum de services.

Exemples* d'indicateurs de continuité :

- Nombre moyen de jours entre le congé de l'hôpital et les premiers contacts avec les services de soutien à domicile pour les usagers le nécessitant;
- Pourcentage de personnes atteintes de cancer qui bénéficient des services d'une infirmière-pivot;
- Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires.

MODÈLE LOGIQUE



INDICATEUR DE CONTINUITÉ

Un indicateur de continuité traduit l'expérience des patients eu égard à la fluidité des services reçus à travers le continuum de services.

* Les exemples d'indicateurs sont fournis à titre indicatif seulement. Il appartient à chaque groupe de travail de juger de leur adéquation eu égard aux travaux.

EFFICIENCE

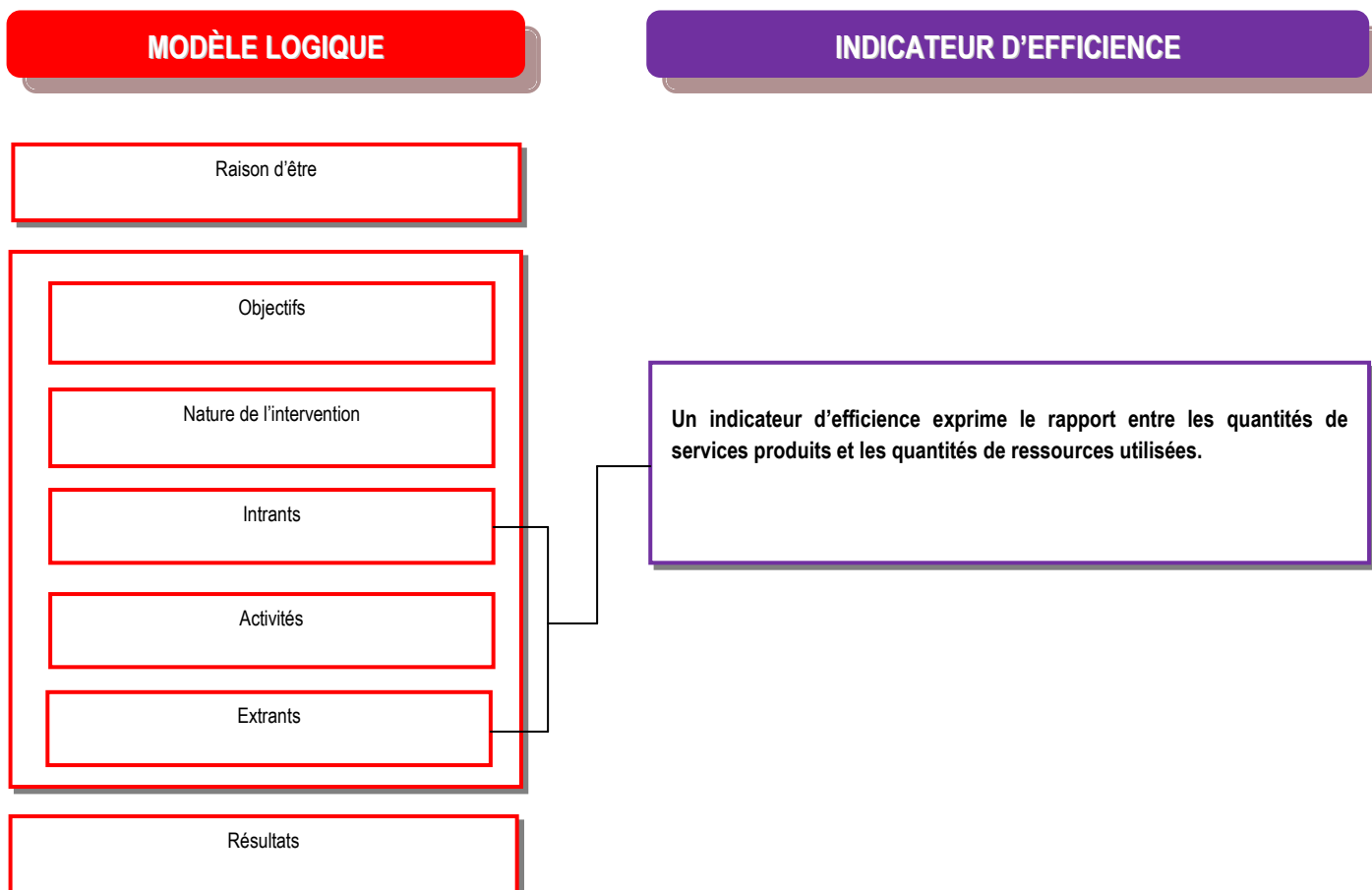
L'efficacité désigne la capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles) de façon optimale.

Une activité est efficace si pour un niveau donné de ressources, le niveau de production est maximal.

Un indicateur d'efficacité exprime le rapport entre les quantités de services produits et les quantités de ressources utilisées.

Exemples* d'indicateurs de productivité :

- Nombre de visites à domicile par ETC par jour;
- Taux d'utilisation du bloc opératoire.



* Les exemples d'indicateurs sont fournis à titre indicatif seulement. Il appartient à chaque groupe de travail de juger de leur adéquation eu égard aux travaux.

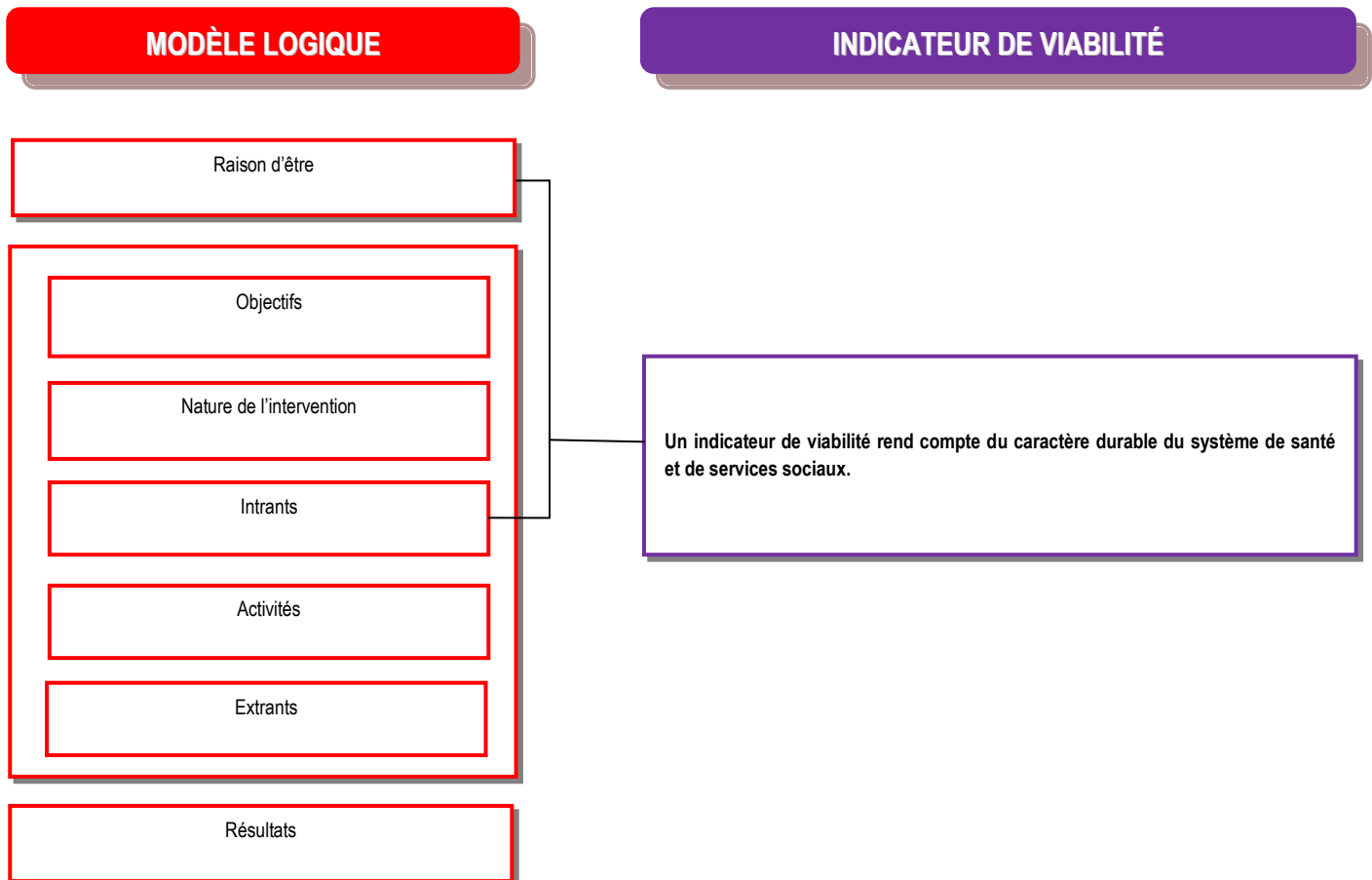
VIABILITÉ

La viabilité désigne la capacité, considérée sous l'angle des ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles, de répondre aux besoins présents et futurs de la population. La viabilité rend donc compte de la capacité d'adaptation du système de santé et de services sociaux. Elle traduit sa capacité de durer.

Un indicateur de viabilité rend compte du caractère durable du système de santé et de services sociaux.

Exemples* d'indicateurs de viabilité :

- Rapport entre les dépenses de santé et de services sociaux et la richesse collective;
- Ratio des heures en assurance-salaire sur les heures travaillées;
- Taux de diplomation des médecins.



* Les exemples d'indicateurs sont fournis à titre indicatif seulement. Il appartient à chaque groupe de travail de juger de leur adéquation eu égard aux travaux.

ANNEXE 3 : Le prototype de fiche-indicateur

Programme-services ou secteur concerné
NOM DE L'INDICATEUR
DÉFINITION
UTILISATION/ INTERPRÉTATION
Mises en garde
MÉTHODE DE CALCUL
UNITÉ DE MESURE
VENTILATION(S)
SOURCE D'INFORMATION
PÉRIODICITÉ DE RECUEIL DES DONNÉES
Cible chiffrée prévue au Plan stratégique en cours :
Cibles, balises ou normes internes (ex. : atteinte progressive de la cible prévue au plan d'action) :
Seuil :
RESPONSABLES
Alimentation
Indicateur (conception et analyse)