



Collection
MÉTHODOLOGIE ET INSTRUMENTATION

**LES INDICATEURS
ET
LA GESTION
PAR RÉSULTATS**

PLANIFICATION-ÉVALUATION SANTÉ SERVICES SOCIAUX

Québec 



Collection
MÉTHODOLOGIE ET INSTRUMENTATION

**LES INDICATEURS
ET
LA GESTION
PAR RÉSULTATS**

Alain Saucier

Direction des Indicateurs de résultats et information statistique
en collaboration avec

Yvon Brunelle

Direction de la recherche et de l'évaluation

Août 1995



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la planification et de l'évaluation

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce document. Pour plus de renseignements :

Téléphone : **(418) 643-3380**
1-800-707-3380 (sans frais)
Télécopieur : **(418) 644-4574**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible pour consultation sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1995
Bibliothèque nationale du Canada, 1995
ISBN 2-550-24921-6

Tous droits réservés pour tous pays.
Reproduction par quelque procédé que ce soit et traduction, même partielles, interdites sans l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux.
© Gouvernement du Québec

Avant-propos

L'idée d'un document explicatif portant sur différents concepts largement utilisés en planification et en évaluation n'est pas nouvelle. Toutefois, l'exercice n'est pas évident, car même au sein d'une même unité administrative, les définitions peuvent différer selon la formation de la personne concernée. L'urgence de définitions communes est surtout apparue quand, dans le discours officiel, on a insisté sur la notion de **résultat** sans en spécifier la nature. Il faut donc faire des choix parmi des dizaines de définitions qui parfois se distinguent par des nuances subtiles, ou encore, s'opposent carrément.

L'objectif initial était de proposer une série de définitions cohérentes, pour un ensemble de concepts, qui tient compte à la fois de la Loi du Vérificateur général, du vocabulaire utilisé dans la Politique de la santé et du bien-être, des notions véhiculées dans le Défi Qualité-Performance et de la littérature québécoise portant sur la planification de la santé. Le Conseil exécutif, par la publication récente de son document de référence, **La gestion par résultats. Application du concept dans la fonction publique québécoise**, confirme la pertinence de rappeler les conditions nécessaires au développement des indicateurs de gestion et les limites à leur utilisation.

Bien que la nature de ce document soit «conceptuelle», il ne faut pas perdre de vue que les définitions proposées ne sont qu'un moyen pour systématiser le développement des indicateurs et leurs mesures. C'est pourquoi, tout au long du document, il faut garder à l'esprit que les définitions ne prennent tout leur sens que dans la mesure où il existe un point de référence, que ce soit dans le temps ou dans l'espace.

Ce document peut être considéré comme un **outil de travail** pour les groupes qui ont à utiliser les différents concepts dans l'exercice de leurs fonctions. L'expérience démontre qu'une compréhension commune des termes utilisés, basée sur un consensus, diminue significativement les pertes de temps. Il peut être aussi vu comme un **document de référence**.

Cette production est le fruit de beaucoup de discussions stimulantes avec plusieurs de mes collègues : Yvon Brunelle, Lynda Fortin, Sylvie Rheault, Nelson Potvin , Carolle Lessard et Marc-André St-Pierre. Ce fut également le cas avec mes supérieurs, François Camirand et Jean Mercier. Je tiens également à remercier Jean Turgeon de l'ÉNAP et Raynald Pineault de l'Université de Montréal, non seulement pour leurs judicieux commentaires, mais également pour leur enthousiasme à les donner.

Alain Saucier
Service du Développement des indicateurs
Juillet 1995

Table des matières

<i>À propos de la terminologie</i>	1
<i>La gestion par résultats</i>	1
<i>Le modèle du système sociosanitaire</i>	3
<i>Quelques définitions concernant la gestion par résultats</i>	11
Efficacité:	11
Efficience:	12
Productivité:	13
Rendement:	13
Disponibilité:	14
Accessibilité:	15
Équité:	15
Performance:	16
<i>Des résultats, encore des résultats!</i>	17
<i>Ce qu'est un indicateur</i>	23
<i>Les qualités d'un indicateur</i>	24
<i>Des conditions essentielles pour avoir de bons indicateurs</i>	27
<i>En guise de conclusion</i>	28
<i>Références bibliographiques</i>	29



À propos de la terminologie

Le document présente quelques définitions de termes couramment utilisés, mais rarement précisés a priori. Le problème avec les termes abordés n'est pas l'absence de définition, mais plutôt leur multitude. Souvent elles font référence à un modèle spécifique. Par exemple, la définition de l'efficacité, pour un épidémiologiste peut ressembler à celle reconnue par un économiste, mais pas nécessairement à celle retenue par un comptable ou un évaluateur de programme. Il n'est pas rare de voir deux personnes discuter longuement en utilisant les mêmes termes, mais pas dans le même sens. Il n'existe pas de **définition absolue**. Il faut seulement en accepter une qui soit reconnue par l'ensemble des participants à une tâche commune spécifique. Ainsi, on peut travailler avec une définition lors d'une étude épidémiologique, mais avec une autre dans le cadre de l'évaluation de programmes. Mais à chaque fois, on se doit d'en préciser les termes.

Les définitions proposées sont situées dans le cadre de la gestion par résultats, en faisant référence au domaine sociosanitaire. **Le modèle de référence retenu est celui de l'évaluation de programmes**. C'est pourquoi, avant d'aborder les définitions comme telles, certains concepts doivent être présentés.



La gestion par résultats

L'objet du document n'est pas de traiter spécifiquement de ce type particulier de gestion. Cependant, comme nous abordons le domaine des indicateurs dans ce contexte de gestion, il nous semble pertinent d'en présenter les grandes lignes. On retrouvera, dans cette section, une présentation de la gestion par résultats selon l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE. Cette section reprend textuellement des éléments du document : **La gestion des performances dans l'administration : mesure des performances et gestion axée sur les résultats**^[22].

«L'objectif principal des pays Membres est de parvenir à glisser d'un système exclusivement axé sur les intrants à une logique fondée sur les extrants, ce qui nécessite une définition plus claire des objectifs et des moyens de suivi et de contrôle de gestion ; en contrepartie, le pilotage quotidien de l'activité relève de la responsabilité du service déconcentré et non des administrations centrales.

La gestion par résultats

Le concept qui résume le mieux ce mouvement de réforme est l'obligation de rendre compte : l'obligation de rendre compte s'appuie sur la mise en évidence de résultats dont il est possible d'expliquer l'origine (qui ou qu'elle en est la cause ?) et exclut des contrôles quotidiens et tatillons de la part des administrations centrales.»

«L'outil premier dont disposent les administrations centrales pour éviter ces dérives est l'information. Quand les services déconcentrés élaborent des plans connectant les objectifs et les moyens, le niveau central doit disposer d'un certain nombre d'observations lui permettant de savoir si ce lien est réaliste ou opportun (nous soulignons) et de données quantitatives assurant la comparaison avec d'autres services en situation similaire.

Le niveau national se voit donc mis dans l'obligation de mieux définir ses objectifs et de disposer de certaines informations statistiques de base sur la performance des services ainsi que de ratios sur les moyens nécessaires aux productions contrôlées. Certains pays Membres attribuent une valeur indicative aux mesures et indicateurs : il n'est pas, d'après eux, possible de savoir «scientifiquement» que telle production ou tel service doit consommer tant de moyens, par contre la mesure peut reposer sur des comparaisons. Les indicateurs alors ne doivent pas jouer comme des ratios mécaniques (si vous dépassez le ratio moyen, je supprime vos ressources de tant) mais doivent être utilisés comme les bases d'un dialogue et d'une réflexion communs entre le niveau central et les services déconcentrés. (nous soulignons)»

Comme le présente l'OCDE, la gestion par résultats est un type de gestion parmi d'autres qui exige certaines conditions. L'une d'entre elles est la détermination univoque et opérationnelle de résultats escomptés. Le fait de déterminer des résultats opérationnels permet la comparaison aux résultats mesurés et l'évaluation de la performance. Le monitoring permet de suivre périodiquement les écarts entre les résultats escomptés et les résultats visés, et d'interpréter l'évolution de ces écarts à l'aide d'indicateurs.

Enfin, on ne pourra véritablement gérer par résultats que dans la mesure où les liens entre les objectifs et les moyens auront été démontrés, et un responsable identifié. Cela suppose que l'imputabilité est possible et clairement établie.

Mais au fait, qu'entend-on par résultats ou performance ? Pour pouvoir répondre adéquatement à cette question et à plusieurs autres, situons d'abord le modèle du système sociosanitaire qui servira de base aux différentes définitions.



Le modèle du système sociosanitaire

Le modèle de départ est le modèle systémique, présenté sommairement ainsi

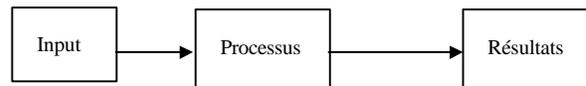


Figure 1

Le modèle systémique sera adapté et précisé pour répondre aux préoccupations particulières d'une approche sociosanitaire. Pour le moment, définissons sommairement quelques éléments de ce modèle. On peut distinguer deux types d'*input* : les inputs de transformation (ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles) et les inputs à transformer (problématique, demandes de services, etc.) [29]. Le *processus* inclut toutes les activités de transformation, que ce soit des opérations de gestion, de soutien, de production de biens ou de services.

À l'instar de l'approche de l'«assurance-qualité», qui utilise ce modèle de base (en intégrant les éléments d'input dans le vocable structure) [8], ce document est centré sur les relations (illustrées par les flèches) entre les composantes plutôt que sur les composantes elle-mêmes (illustrées par les boîtes). Ainsi, si le lien entre processus et résultats de santé est **démonstré, probable ou vraisemblable**, on peut utiliser des mesures de présence ou d'absence d'éléments de processus comme *indicateurs* de l'atteinte des résultats. Comme il est souvent plus facile d'obtenir de l'information sur le processus que sur les résultats eux-mêmes, l'approche par indicateurs devient, non seulement intéressante, mais pertinente.

Prenons l'exemple d'un programme visant la réduction de la mortalité par cancer du sein. Il peut être fort pertinent de s'assurer de l'adéquation des lectures de radiographies, opération récemment subventionnée par le Ministère, plutôt que d'attendre la réduction effective de la mortalité, qui ne sera sensible que dans possiblement 10 ans. Procéder ainsi est pertinent et légitime, parce que des études internationales disponibles nous permettent déjà de présumer du lien entre un processus bien fait (la lecture radiographique) et d'éventuels résultats de santé. Par contre, si le lien n'est pas soutenu, on ne peut évidemment conclure quoi que ce soit sur l'une ou l'autre des composantes.

Si l'on observe une amélioration de l'état de santé, on ne peut en déduire que c'est à cause du système de soins, à moins qu'une démonstration n'ait établi la relation entre les deux composantes. Les comparaisons d'indicateurs dans le temps et dans l'espace sont des méthodes particulièrement intéressantes pour ce type d'analyse.

Le modèle du système sociosanitaire

S'inspirant également du modèle systémique, Donabedian propose un modèle qui distingue deux types de résultats ^[15] :

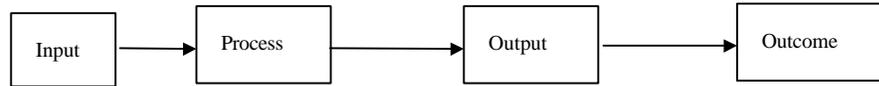


Figure 2

Les *Output* font référence aux résultats plus près de la production de services tandis que les *Outcome* font référence aux changements de l'état de santé. En général, les épidémiologistes considèrent les *Outcome* comme les **résultats** ultimes tandis que les *Output* sont des résultats intermédiaires. Ce modèle, largement utilisé, est repris aujourd'hui par les spécialistes qui, même en français, vont souvent utiliser les termes *Output* et *Outcome*. Un problème se pose lorsque l'on traduit indistinctement ces deux termes par **résultats**. La distinction entre les différents types de résultats est fondamentale lorsque l'on fait référence à certains documents officiels. Ainsi, la notion de résultats que l'on retrouve dans la PSBE se réfère naturellement aux résultats de santé et de bien-être. Dans le cas de la transformation du réseau sociosanitaire, on veut «Faire les bonnes choses, avec les meilleurs **résultats** et au meilleur coût». Dans ce contexte, la notion de résultats ne fait pas exclusivement référence à la santé et au bien-être de la population ou de l'individu ; elle fait aussi référence à la production (par ex. le taux de vaccination). Les résultats sont parfois exprimés de façon «négative» où l'on pointe des situations que l'on veut éviter ou minimiser (réadmissions non planifiées, attentes, etc.).

Afin de bien s'entendre, nous proposons la terminologie suivante en reprenant le modèle précédent :

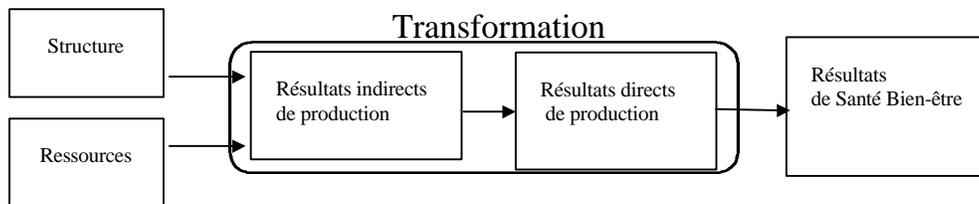


Figure 3

La première composante du modèle *Ressources* considère la quantité, la qualité et l'organisation des ressources humaines, matérielles et financières du programme. Le choix de deux termes pour identifier les «input» permet d'être plus précis. En effet, le vocable *Ressources* ne rend pas complètement l'idée d'input que constituent, par exemple, les lois, les règlements, le financement, etc. De même, le terme *Structure* ne fait pas explicitement référence aux différents types de ressources. La *structure* fait habituellement référence à l'encadrement organisationnel avec ses mandats, ses règles, sa structure de fonctionnement.

Dans le système sociosanitaire¹, les résultats de production font référence beaucoup plus à des services qu'à des produits physiques. Le processus prend en compte les différents types d'activités produits par un producteur de services donné (individu ou établissement). Afin de bien distinguer les deux composantes *Résultats indirects de production* et *Résultats directs de production*, nous ferons référence aux types d'activités en distinguant trois catégories : les activités cliniques directes, les activités cliniques indirectes et les activités non cliniques. Les activités cliniques directes s'adressent immédiatement ou sans intermédiaire à l'utilisateur, généralement en sa présence (par ex. la chirurgie). Les activités indirectes sont effectuées pour l'utilisateur en son absence (par ex. le prélèvement, les tests de laboratoire). Les activités non cliniques sont celles reliées à l'organisation (disponibilité des équipements adéquats), au développement professionnel (formation acquise), à la collaboration inter-établissements (protocoles d'ententes), par exemple.

Ainsi, dans le schéma précédent, on catégorise ces activités de la façon suivante :

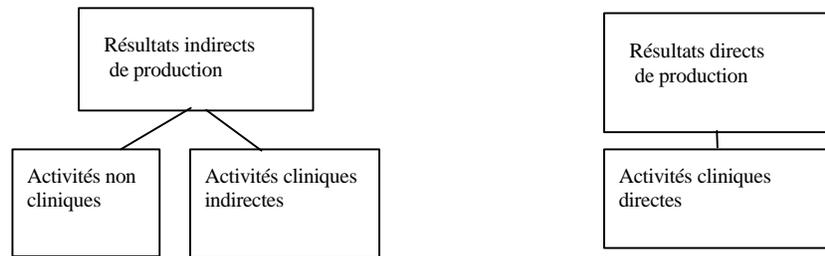


Figure 4

Plusieurs activités (formation, réunion, etc.) ne donnent pas lieu à la production de services (activités cliniques directes), mais on postule (ou on est en droit de supposer sur la base d'évaluation) que si elles se déroulent, elles permettent d'obtenir les meilleurs résultats de santé possibles. Par ailleurs, actuellement, peu de systèmes d'information nous informent sur le nombre et le type de services rendus. C'est pourquoi, à cause de la rareté des données, on estime parfois les résultats de production au moyen des activités cliniques directes traduites en nombre d'heures (par ex. heures soins infirmiers en CHSLD).

¹ Nous avons volontairement limité la discussion en prenant en compte le système sociosanitaire afin d'alléger la présentation, nous sommes toutefois conscients que dans certains cas, une approche intersectorielle est nécessaire pour atteindre les changements voulus. Par exemple, dans le cas de l'intégration des personnes ayant des déficiences physiques, on doit considérer, en plus des services de santé et des services sociaux, des aspects comme le transport, l'éducation, les loisirs, etc. On distingue alors dans le système global, le **système de santé** du **système sociosanitaire** qui est en fait un sous-ensemble du précédent.

Le modèle du système sociosanitaire

Pour simplifier la représentation du modèle, nous présenterons le modèle ainsi :

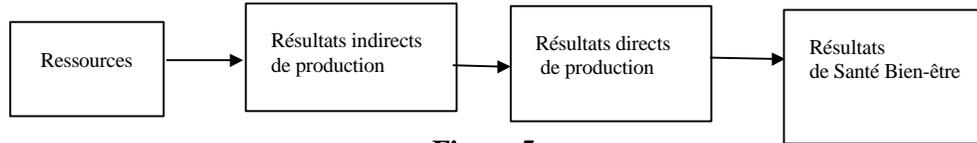


Figure 5

Afin de compléter ce modèle de base, il faut introduire la notion de clientèle et de ses besoins. L'identification des problèmes de santé et la détermination des besoins impliquent l'évaluation de l'étendue et de l'importance de la différence existant entre l'état de santé actuel et l'état de santé désiré. Pour évaluer cet écart, si écart il y a, il faut donc mesurer l'état de santé. Dans le cadre d'une étude des besoins, les indicateurs sont surtout utiles pour aider à déterminer l'importance des problèmes, et par là, déterminer les priorités de même que les groupes cibles des interventions. ^[25]

Les problématiques à l'origine des besoins étant généralement difficilement directement mesurables, on aura recours à des quantifications qui se traduiront soit en objectifs, en normes ou en standards. Une norme est une valeur associée à un critère, c'est-à-dire à une caractéristique observable et mesurable d'une activité à laquelle on se réfère pour porter un jugement. Une norme peut être considérée comme acceptable (norme minimale), souhaitable (par rapport à un point de référence) ou idéale. Les critères et normes sont dits implicites, s'ils sont déterminés a posteriori, et explicites s'ils sont déterminés à l'avance.

C'est à ces balises que l'on fera référence par la suite pour porter un jugement sur l'efficacité du programme. Le modèle se présente donc ainsi :

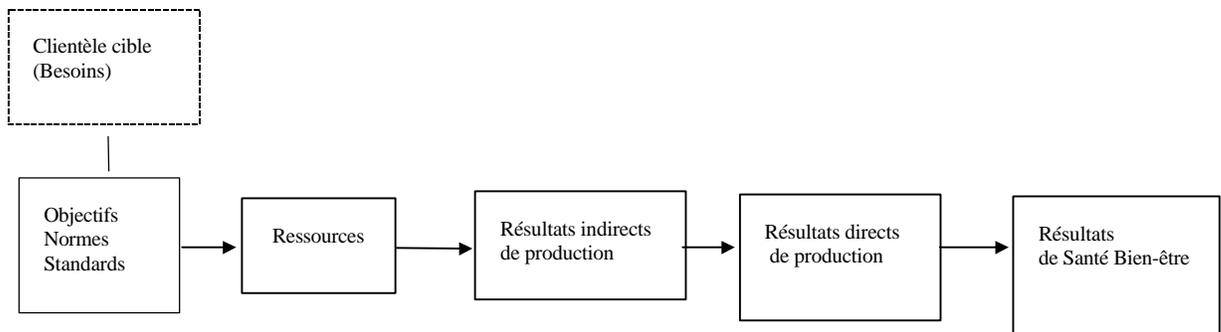


Figure 6

Cette représentation est cohérente avec la définition de programme suggérée suivante :

«Un programme est défini comme un ensemble d'activités intégrées, destinées à une clientèle particulière, visant des résultats spécifiques (en fonction d'objectifs) pour lequel sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières»

En fait, ce modèle peut représenter synthétiquement le système sociosanitaire :

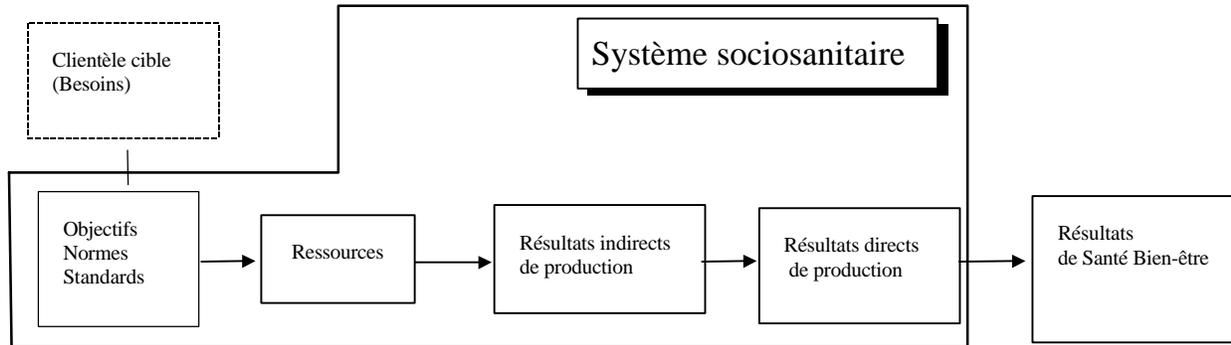


Figure 7

La gestion par résultats, s'appuyant uniquement sur les **résultats de santé**, n'est possible que si l'on a démontré un lien causal direct et exclusif entre le système sociosanitaire et ces résultats, c'est-à-dire que l'on a réussi à contrôler tous les facteurs confondants. De plus, comme ce type de résultats apparaît à la fin de la chaîne, on ne peut réagir qu'a posteriori. Dans le cas spécifique du cancer, ou d'une pathologie dont la modification du cours peut être longue, cette situation surviendra 5 à 10 ans après le démarrage du programme.

La littérature indique que l'on doit considérer le système sociosanitaire comme l'une des composantes pouvant influencer l'état de santé et de bien-être de la population. Et ce n'est peut-être même pas la plus importante. On sait, en effet, que l'espérance de vie à la naissance a commencé à s'améliorer depuis deux siècles suite à des activités de nature préventive comme la consommation d'eau potable ^[20]. Les activités de nature curative des systèmes de soins sont arrivées beaucoup plus tardivement, avec un impact moins spectaculaire. Wolfson ^[31] propose un modèle qui considère quatre grandes composantes pouvant influencer la santé et le bien-être de la population :

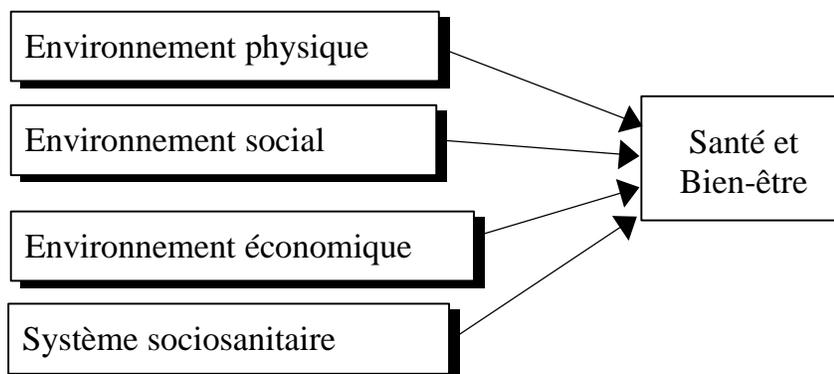


Figure 8

Le modèle du système sociosanitaire

Les différents environnements ont une influence les uns sur les autres ; le système sociosanitaire doit tenir compte des autres environnements qui deviennent alors des déterminants, des facteurs de risque, etc., pour déterminer quelle est la **fraction attribuable** au système sociosanitaire. Par exemple, une conjoncture économique favorable, où les perspectives d'emploi durable deviennent réalité, peut globalement avoir un effet sur l'état de bien-être de la population (diminution de stress, meilleure intégration dans la société) et indirectement sur son état de santé. Par contre, une situation économique difficile peut non seulement avoir un effet sur les individus, mais également sur le système sociosanitaire par des coupures de services^[2].

On doit, bien entendu, tenir compte de l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, on ne peut toutefois gérer un réseau à partir de ce seul (ni même principalement) type d'information. Car, même si l'on se retrouvait dans le cas idéal où tous les facteurs confondants sont contrôlés et avec un consensus sur le sens donné aux résultats considérés, on ne pourrait savoir ce qui a, ou ce qui n'a pas, bien fonctionné (quantité et type de ressources adéquats ?, processus inapproprié ?, etc.) sur la seule base de l'évolution de la santé ou du bien-être de la population. C'est pourquoi, on doit être capable de faire des liens entre ce type de résultats et les *résultats de production*. Et, même si ce lien est fort, on ne pourra vraiment porter des jugements que si l'on a de bonnes bases de **comparaison dans le temps et dans l'espace**.

Par exemple, si en investissant 10 % plus de ressources, on produit 15 % plus de services et on remarque une détérioration de 5 % d'un indicateur de santé, on peut s'interroger sur l'efficacité du programme. Toutefois, si, en plus, on sait que, partout ailleurs, l'indicateur de santé indique une détérioration de 25 %, alors on peut conclure au succès du programme. Pour porter un jugement valable, il fallait une information, non seulement sur l'état de santé, mais sur les résultats de production, sur l'évolution dans le temps et la comparaison dans l'espace. De plus, implicitement, on suppose que le lien entre le programme et les résultats de santé était suffisamment démontré. Dans tous les cas, **un nombre pris isolément est totalement dépourvu de sens**.

On peut même affirmer que la comparaison dans l'espace est plus importante qu'une comparaison dans le temps. Prenons le cas des États-Unis, où on a vu le taux de mortalité infantile décroître avec les années :

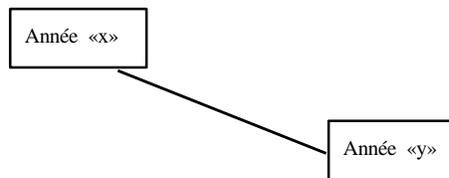


Figure 9

Cette situation est considérée comme positive.

Prenons maintenant la comparaison dans l'espace en comparant les États-Unis avec le Canada ^[21] :

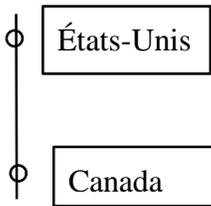


Figure 10

Le taux de mortalité étant plus élevé aux États-Unis, sa situation est moins avantageuse et, dès lors, soulève de nombreuses critiques.

Bien entendu, l'idéal est d'avoir l'information dans le temps et dans l'espace, ce qui permet de voir, dans notre exemple, que le Canada avait, au début de la période, un taux de mortalité plus élevé, mais que sa position relative a changé dans le temps.

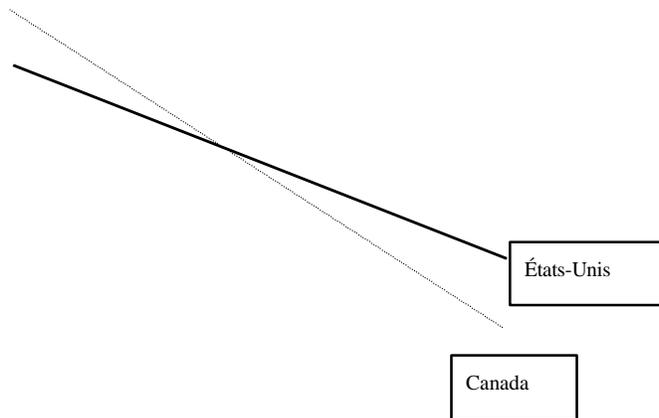


Figure 11

Le même type d'appréciation peut être établi entre les régions du Québec.



Quelques définitions concernant la gestion par résultats

Les concepts et le modèle de base étant maintenant établis, voyons certaines définitions souvent utilisées, mais rarement définies explicitement. Les définitions proposées intègrent une préoccupation de mesure.

Efficacité

Rapport entre les résultats obtenus et les objectifs, les normes ou standards à atteindre
(références : [3, 4, 6, 7, 9, 13, 17, 18, 24, 26, 27, 29])

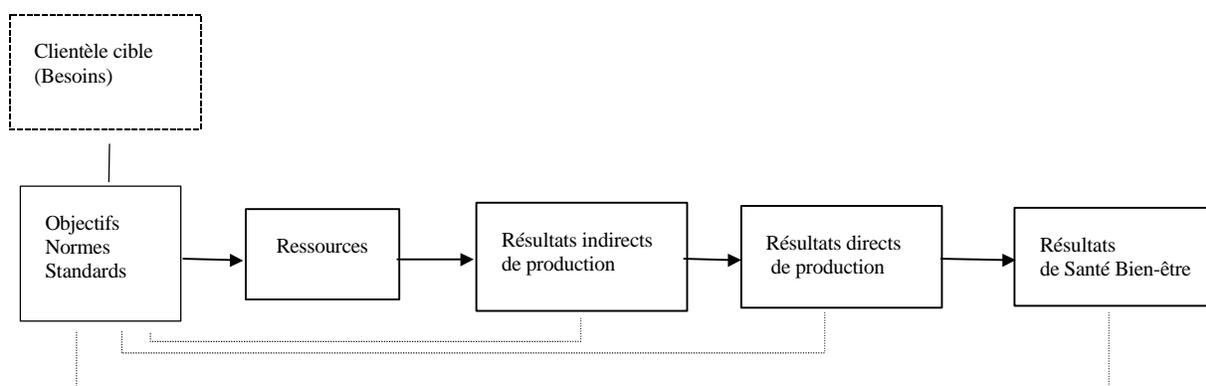


Figure 12

On restreint souvent la définition d'efficacité à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être. En gestion, la notion d'efficacité fait également référence aux résultats de production. Certains auteurs distinguent ces deux niveaux d'efficacité en les qualifiant d'efficacité externe, dans le premier cas, et d'efficacité interne dans le second^[29]. La définition peut s'appliquer aussi à la composante «ressources» ; par exemple, on peut avoir comme objectif d'augmenter ou de réduire le nombre de médecins, et parler d'efficacité, si on atteint l'objectif visé. Toutefois, à moins d'avis contraire, on restreindra le concept d'efficacité aux *résultats de production* ou aux *résultats de santé et de bien-être*.

L'efficacité, lorsqu'elle fait strictement référence à l'état de santé ou de modification sanitaire, peut faire appel à plusieurs distinctions comme l'efficacité clinique, opérationnelle, potentielle, réelle, attribuable, relative, etc. Toutefois, ces distinctions dépassent le cadre de ce document-ci.

La Loi sur le vérificateur général définit l'efficacité comme «l'atteinte, au meilleur degré, des objectifs ou autres effets recherchés d'un programme, d'une organisation ou d'une activité». Cette définition générale correspond très bien à la définition proposée.

Quelques définitions concernant la gestion par résultats

Pour gérer par résultats, on a tout intérêt à utiliser une définition univoque et opérationnelle de l'objectif. La pratique de l'évaluation suggère une définition centrée sur des résultats escomptés. Le fait d'exprimer des résultats escomptés permet la comparaison aux vrais résultats, conférant à l'objectif un sens pleinement opérationnel [19].

Efficienne

Rapport entre les résultats obtenus et les moyens mis en oeuvre

(références : [3, 4, 6, 9, 11, 13, 17, 26, 27, 29])

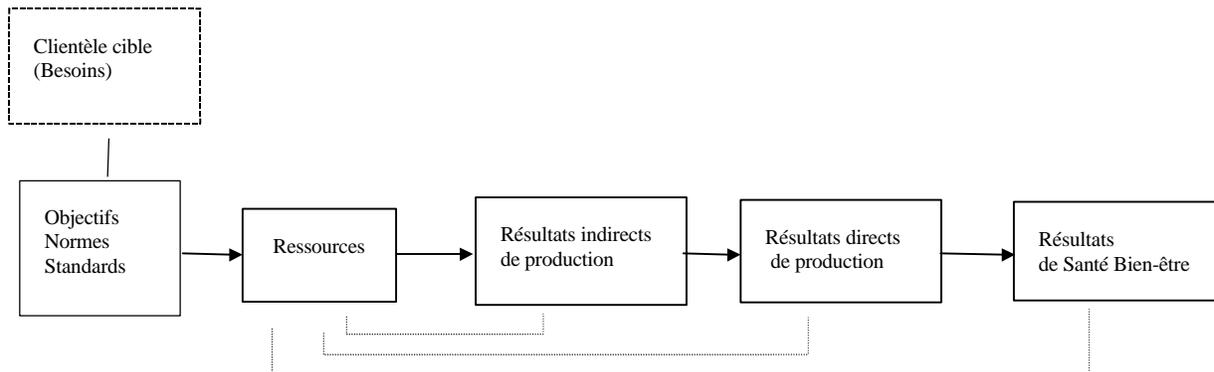


Figure 13

Pour éviter la confusion, on peut préciser la notion d'**efficience**, en distinguant les termes **productivité** et **rendement**, et en adoptant les définitions présentées un peu plus loin car le vocable efficience peut être considéré comme un terme générique englobant les concepts de productivité et de rendement.

Les différentes définitions de l'efficience font généralement référence aux résultats (ou extrants) par rapport aux ressources (intrants). La définition n'a alors de sens précis que si, encore une fois, on a précisé le type de résultats. Par exemple, un programme donné peut être très efficace par rapport à un autre, parce qu'il fournit plus de services qu'un autre pour une quantité équivalente de ressources, mais sans aucun changement concernant l'état de santé de la clientèle. Il est donc à la fois plus et autant «efficace».

La notion d'efficience fait également appel à une comparaison entre «programmes». Cette comparaison peut comprendre deux programmes différents ou le programme comparé à lui-même dans le temps. Dans le second cas, il est implicite qu'il y ait eu un changement, que ce soit dans la structure, les ressources ou le processus de production. Ce changement peut être majeur, mais il peut être limité à une seule composante comme un niveau d'habileté supérieur dû à l'expérience des employés.

Productivité

Rapport entre une certaine quantité de produits ou de services (directs ou indirects) et celle d'un ou de plusieurs facteurs de production (le travail humain, par ex.)

(références : [4, 7, 9, 10, 11, 17, 18, 26, 27, 29])

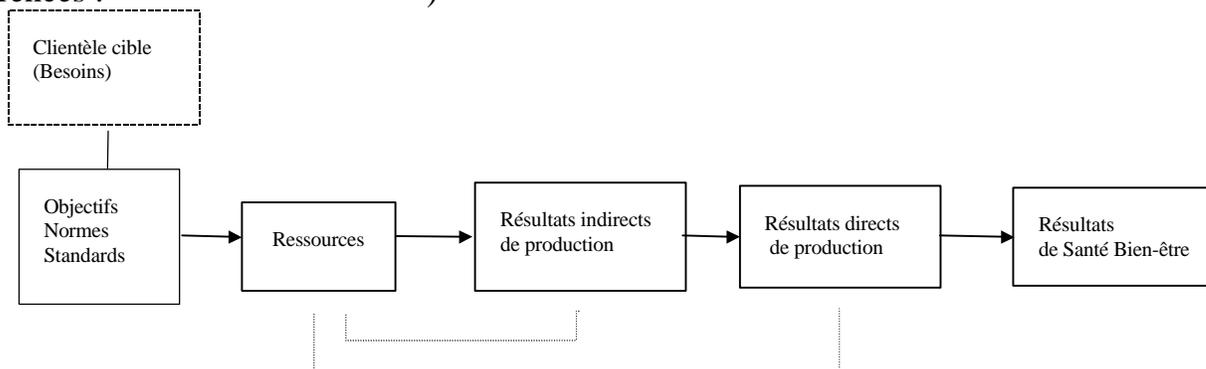


Figure 14

La spécificité de la définition de productivité est qu'elle fait référence aux produits et aux services, on considère donc exclusivement les **résultats de production**. Certains auteurs précisent le type de productivité. Ainsi, on parle de productivité technique si on augmente la qualité ou la quantité de services sans modifier les ressources utilisées (faire plus avec autant). On qualifie la productivité d'«économique» lorsque l'on réduit au minimum les ressources utilisées, tout en maintenant la quantité et la qualité des services produits (faire autant avec moins).

En fait, la productivité est le rapport entre la production et les ressources. Pour l'augmenter on peut agir sur la production ou sur les ressources, ou les deux à la fois (faire plus avec moins).

Rendement

Rapport entre les résultats de santé et de bien-être et les moyens mis en oeuvre

(références : [9, 10, 11, 18, 24, 27])

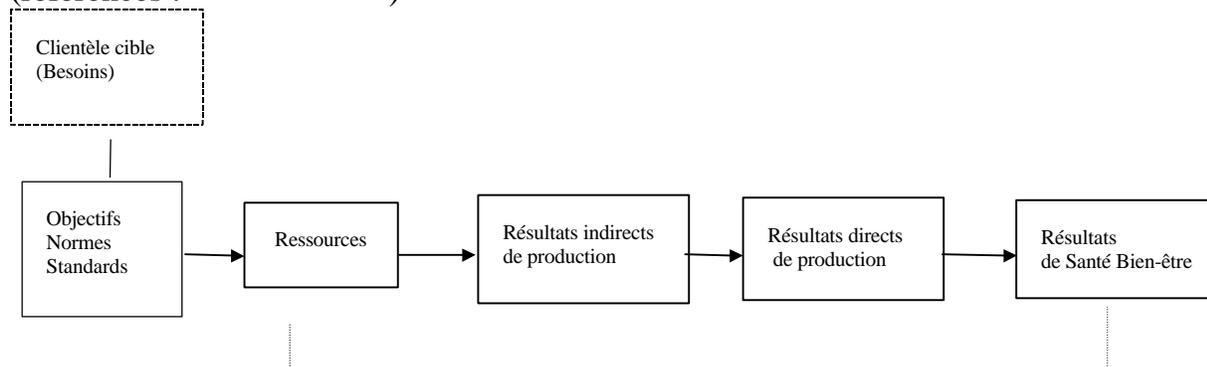


Figure 15

Quelques définitions concernant la gestion par résultats

Le vocable **rendement** devient un terme réservé à la relation entre les résultats de santé et de bien-être et les ressources.

Pour plusieurs, rendement, efficacité et productivité sont des termes interchangeables. La Loi sur le vérificateur général définit l'efficacité par «la transformation, au meilleur rendement, des ressources en biens et services». Malheureusement, on n'y retrouve pas la définition de rendement. En limitant la définition de *productivité* aux *résultats de production* et celle du *rendement* aux *résultats de santé et de bien-être*, on évite ainsi la confusion.

Les termes efficacité et efficacité ne sont pas nécessairement inséparables et encore moins synonymes. Ainsi, un programme peut être plus efficace qu'un autre, mais moins efficace. Par exemple, on peut accepter un niveau de services légèrement moindre, mais beaucoup moins dispendieux. C'est d'ailleurs un choix que les consommateurs ont à faire régulièrement lorsqu'ils considèrent le ratio qualité/prix.

Disponibilité

Rapport entre les **ressources** humaines, matérielles ou financières (en termes de type, d'agencement, volume et localisation) et les besoins de la clientèle au regard des objectifs, normes ou standards

(référence ^[26])

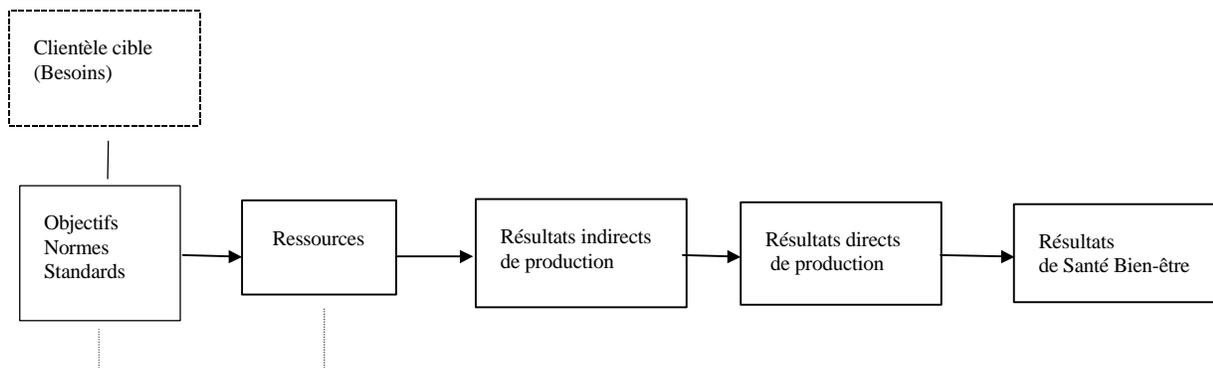


Figure 16

Les ressources sont considérées disponibles quand les services **peuvent** être dispensés par le personnel adéquat au moment et à l'endroit où le besoin se manifeste. Par exemple, le nombre de lits par habitant ou le nombre de dispensateurs pour 1 000 personnes sont des indicateurs de disponibilité.

Accessibilité

Rapport entre la quantité de **services** (*résultats de production*) et les **indicateurs** de besoins de la clientèle

(référence ^[26])

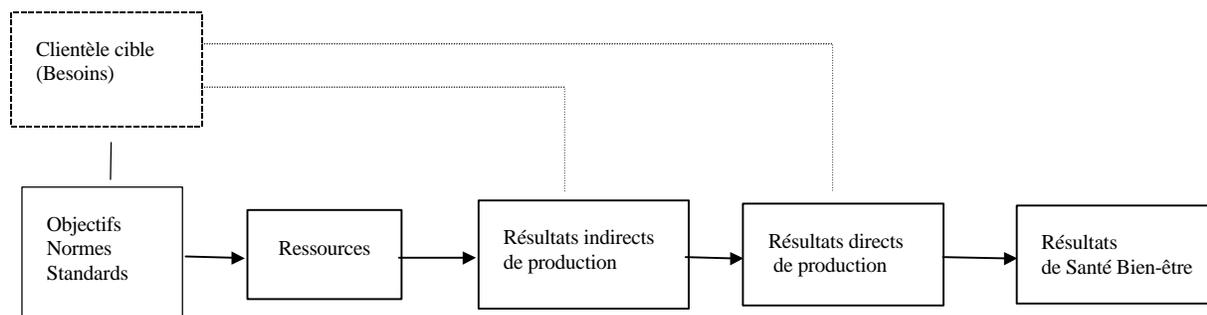


Figure 17

L'accessibilité peut avoir des dimensions géographiques, financières, sociales, ethniques et psychiques. Si les ressources sont disponibles et les services considérés acceptables (selon l'une ou l'autre des dimensions), on peut alors considérer le service comme accessible. La façon de mesurer l'accessibilité est de prendre en compte les services réellement rendus. La disponibilité est souvent utilisée comme indicateur de l'accessibilité ; on suppose alors que si des ressources sont disponibles alors les services sont accessibles. Par exemple, le nombre de lits pour 1 000 personnes est une mesure de la disponibilité qui peut être utilisée comme indicateur de l'accessibilité sous certaines hypothèses (par ex. heures d'ouverture, langue de communication, distance, rampes d'accès).

Équité

Variation des écarts

(référence : ^[30])

La définition est volontairement incomplète, car il s'agit d'abord d'identifier le type d'écarts. Une étude a opposé pas moins de 47 possibilités de définition de l'équité. Trois questions permettent de cerner le type d'équité que l'on veut mesurer :

- équité pour qui ? (population, producteurs, clientèles) ;
- équité de quoi ? (ressources, résultats (production), résultats (santé et bien-être)) ;
- équité parmi qui (statuts socio-économique, ethnique, conditions de santé, régions).

L'équité est un concept qui a une portée qui englobe la plupart des concepts abordés précédemment. On peut en effet parler d'équité en termes d'efficacité, d'efficience

Quelques définitions concernant la gestion par résultats

(rendement ou productivité), de disponibilité ou d'accessibilité, en considérant l'une ou l'autre des dimensions identifiées précédemment (géographique, financière, etc.). Toutefois, si l'on définit l'équité à partir de plusieurs éléments, on risque de se confronter à des objectifs contradictoires. On ne peut donc mesurer l'équité sans se doter au préalable d'objectifs d'équité qui serviront alors de critères pour en mesurer l'atteinte.

La définition de l'équité, telle que proposée, peut amener à une certaine confusion si l'on ne spécifie pas très précisément le type d'écarts. Par exemple, une **réduction** des écarts en termes de différence de niveaux de santé entre les régions peut demander un **accroissement** des écarts à un autre niveau (ressources matérielles, rémunération différenciée, etc.). En effet, si un groupe ou une région a un problème plus important que les autres, on peut vouloir lui fournir relativement plus de ressources pour réduire l'écart.

Performance

Ensemble de mesures permettant de se prononcer sur les **relations** entre les différents types de résultats et entre ces résultats et les moyens mis en oeuvre

(références : ^[4, 13])

C'est la notion la plus englobante puisqu'elle peut faire référence à l'une ou l'autre des notions présentées précédemment. On entend souvent parler de performance comme si elle était directement mesurable quand, même conceptuellement, ce concept fait référence à un ensemble de critères. Ainsi, dans le cadre de référence sur l'allocation des ressources, on y lit que «*la performance implique notamment la mise en oeuvre d'activités PERTINENTES, EFFICACES et EFFICIENTES*». Comme on l'a vu, cette définition ne prendra tout son sens que dans la mesure où l'on aura précisé à quels types de résultats on fait référence.

La notion de performance doit donc, elle aussi, être précisée à chaque fois que l'on veut l'utiliser. Elle comprend habituellement au moins deux des notions précédentes. En effet, si l'on ne retient qu'une notion, la productivité, par exemple, il est inutile, et source de confusion, d'utiliser un autre vocable pour désigner la même chose.



Des résultats, encore des résultats!

La distinction entre les résultats de production et les résultats de santé et de bien-être, bien que fort utile, est quelques fois insuffisante.

«Par résultats, on entend généralement des changements directement liés à la raison d'être du programme, c'est-à-dire des changements liés aux problèmes visés par le programme et pour lesquels celui-ci a été élaboré, en d'autres mots des changements dans l'état de santé... Alors que les résultats sont des changements directement liés aux objectifs du programme, l'impact inclut un grand nombre de changements directs et indirects, voulus ou non voulus, liés ou non aux objectifs explicites du programme, tant sur la population visée que sur la population entière.» ^[9]

Nous proposons de réserver le vocable **effets** aux résultats de santé et de bien-être directement liés aux objectifs du programme. L'**impact** regroupe les **effets**, les résultats de santé et de bien-être non visés par le programme (qu'ils soient positifs ou négatifs) et les autres conséquences, ou externalités, non liées aux objectifs du programme. Ces autres conséquences peuvent être positives ou négatives, comme elles peuvent être reliées à l'état de santé et de bien-être ou à d'autres composantes de l'environnement (la demande de main d'oeuvre, par ex.) :

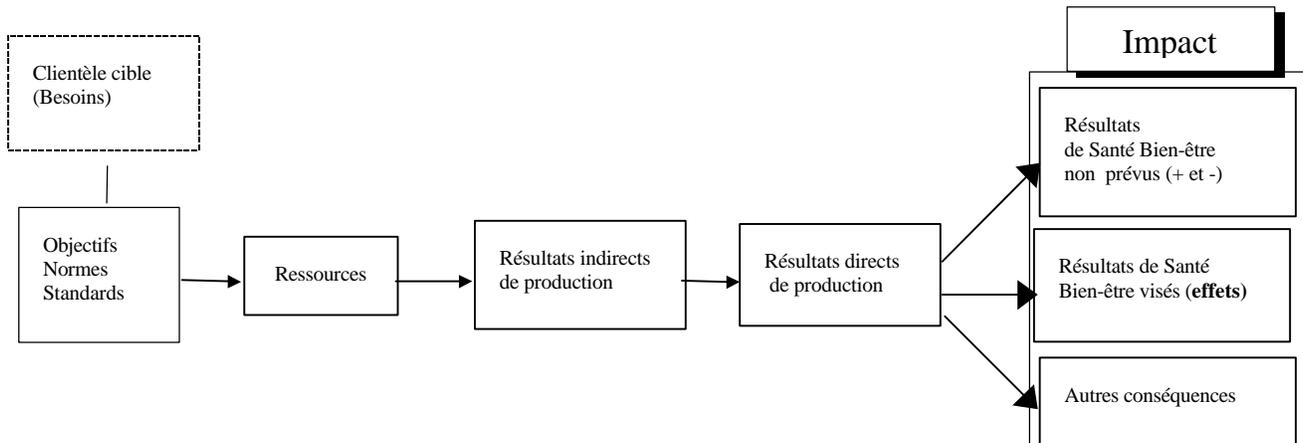


Figure 18

La notion d'impact est plus globale que la notion de résultats et elle inclut une référence temporelle généralement plus longue que celle de résultats. Ainsi, un produit ou un service peut avoir un résultat positif à court terme, mais négatif par la suite.

Des résultats, encore des résultats!

Cette distinction complète le cadre conceptuel. En effet, sans l'introduction de la notion d'impact, on pourrait procéder à des études d'efficacité et d'efficacités (liés aux objectifs explicites) et porter un jugement positif sur un programme qui pourrait avoir également des conséquences négatives sur la clientèle visée, ou sur une autre partie de la population. Encore une fois, il s'agit d'une définition parmi d'autres, certains vont parler d'effets plutôt que d'impact ^[7, 9, 10, 18, 29].

En s'inspirant de ce modèle, on peut encore préciser la notion de résultats. Ainsi, tout comme il est possible qu'un programme donné produise des *résultats de santé* non désirés ou non prévus, il peut également faire de même avec les *résultats directs de production* (de même que les résultats indirects). On n'a qu'à penser à la rémunération à l'acte qui peut inciter, dans certains cas, à la multiplication des contacts-patients ou à la réduction du temps d'une consultation. En laissant de côté les conséquences autres que celles de santé, le modèle se traduirait ainsi :

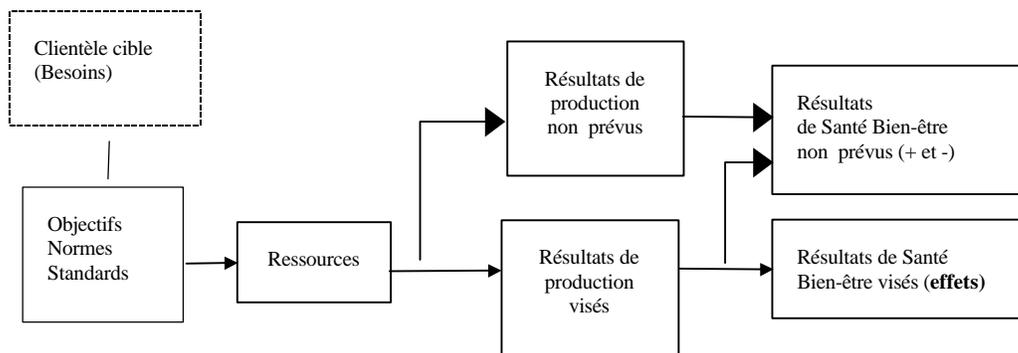


Figure 19

Les résultats non prévus, et en particulier les effets pervers, peuvent être une source d'information très précieuse dans la gestion par résultats, que ce soit les résultats de production ou de santé et de bien-être. Pour ne pas surcharger le modèle nous n'avons pas établi la distinction pour les résultats directs et indirects bien qu'elle soit tout aussi pertinente. L'insistance sur les résultats négatifs peut être expliquée de deux façons. La première est le caractère crucial de cette information. Plus que la production d'un bien de consommation, la santé d'un individu ne doit pas être mise en danger ou son état aggravé par les services rendus. C'est pourquoi, dans notre univers sociosanitaire, plusieurs études et systèmes d'information mettent l'emphase sur ce type particulier de résultats (que l'on pense aux infections nosocomiales, aux effets secondaires de médicaments, etc.). La seconde explication tient dans son pouvoir de prédiction d'un résultat négatif. Par exemple, si on sait que les ressources utilisées ne sont pas adéquates (par ex. expertise non conforme aux besoins), on peut appliquer tout de suite les correctifs sans attendre de mesurer les résultats sur la santé de la clientèle.

Cette façon de faire repose sur la tendance moderne de gestion (qualité totale, réingénierie) qui est concentrée sur le processus, justement à cause du caractère prédictif de la démarche ^[14,16]. Cette remarque peut être appliquée tout au long de la chaîne. Par contre, si on n'observe pas de résultats négatifs au début, il n'y a rien qui assure que l'on n'observera pas des résultats négatifs à la fin du processus.

Avant de conclure la section sur les résultats, on doit préciser, qu'à l'instar de Swiss ^[28], nous privilégions l'idée de **chaîne de résultats**. Par exemple, tout au long de ce document, nous n'avons retenu que trois types de résultats. Swiss, lui, parle de résultats immédiats, intermédiaires et ultimes. Dans notre univers sociosanitaire, les résultats intermédiaires peuvent faire référence aux différentes fonctions de notre système (protection, prévention, traitement, adaptation, compensation, etc.) :

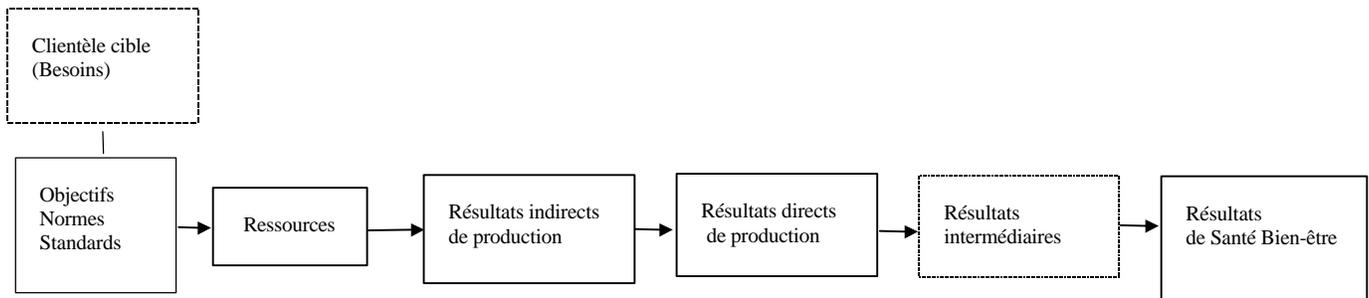


Figure 20

Swiss présente la chaîne de résultats en décortiquant le plus possible les étapes intermédiaires. Dans notre modèle, la boîte **résultats indirects de production**, par exemple, peut donner lieu à une chaîne de résultats indirects. Il en est de même pour tous les types de résultats. On se retrouve alors devant la situation suivante où l'on part de résultats immédiats et localisés pour en arriver, étape par étape, aux grands résultats de santé et de bien-être :



Figure 21

Marceau et ses collaborateurs reprennent également l'idée de chaîne. Ils l'illustrent en prenant comme exemple un programme d'assainissement qui couvre trois types de rejets (domestiques, industriels et agricoles) :



Figure 22

Des résultats, encore des résultats!

Le «résultat» de l'intervention portant exclusivement sur l'assainissement des eaux domestiques pourra donc être simplement la quantité de rejets domestiques. Le «résultat» de l'intervention globale portant sur les trois types de rejets sera la qualité de l'eau^[19].

Prenons maintenant le cas du cancer du sein pour illustrer une autre chaîne de résultats. L'Angleterre vient de lancer un programme de détection où toute une série d'indicateurs servent à détecter d'éventuels écarts, sans égard à une mesure directe de résultats de santé. Par exemple, on s'intéresse au taux de participation (> 70 %) ; si, dans les faits, les femmes ne participent pas ou peu, quelles que soient les qualités du programme, celui-ci n'aura que peu d'effets. Un peu plus loin sur la chaîne, on s'intéressera à ce que tous les centres effectuant des radiographies réussissent l'accréditation, se garantissant ainsi un niveau de qualité des informations lues. Puis, on pourra observer le taux de biopsie découlant de ces radiographies. Ce taux ne devrait pas excéder 1,5 % des cas retenus (norme anglaise). Un programme «réussi» ne devrait pas non plus connaître plus d'un nombre limité de cas de cancers qui apparaissent sans avoir été au préalable dépistés. En fait, chaque étape d'un programme, de sa mise en place jusqu'à ses effets, en passant par la formation du personnel, génère une série d'activités produisant des résultats la plupart indirects ou directs et parfois intermédiaires. C'est le caractère crucial et prédictif de l'information qui lui confère son attribut d'indicateur.

Le processus de protection de la jeunesse constitue également un autre exemple de la chaîne de résultats. Dans ce processus, plusieurs étapes ont été identifiées comme cruciales et des objectifs ont été déterminés en termes de délais. La chaîne peut être illustrée comme suit :

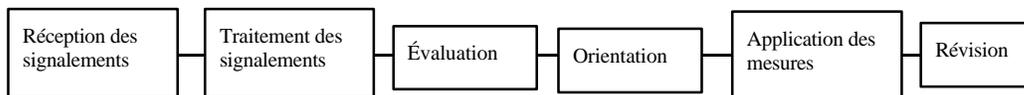


Figure 23

Si l'on revient au schéma de base, l'information disponible de façon régulière est située beaucoup plus au plan des *résultats de production*, dont les liens avec les *résultats de santé et de bien-être* sont souvent trop difficiles à démontrer. Dans la chaîne de résultats, les relations peuvent être assez bien établies tant que l'on reste dans l'univers du réseau sociosanitaire (voir la figure 7 à la page 7). La relation la moins évidente demeure celle entre les **résultats directs de production** et les **résultats de santé et de bien-être**. La collecte d'une information suffisamment valide et fiable, dont une fraction peut être attribuée au système de soins au niveau des résultats de santé et de bien-être, est loin d'être évidente et reste extrêmement onéreuse.

Par ailleurs, les *résultats de santé et de bien-être*, c'est-à-dire leur évolution dans le temps, ne sont souvent pertinents que pour la gestion stratégique, principalement à cause de leur périodicité et du caractère populationnel plutôt que spécifique à une clientèle particulière. Et, même dans les cas où les indicateurs informent sur l'évolution de la santé et du bien-être de la population, on ne peut déterminer la part relative du système sociosanitaire sur cette évolution par rapport aux autres composantes de l'environnement. Ainsi, des données disponibles seulement par des enquêtes de santé ne fournissent des informations qu'aux 5 à 10 ans et sont rarement spécifiques en termes de clientèles précises, même au niveau provincial. De plus, ces résultats ne révèlent pas, en soi, ce qui fonctionne bien ou pas.

C'est pourquoi, pour être capable de porter un jugement sur l'*efficacité*, l'*efficience* ou l'*équité* d'un programme, il est préférable de le faire à l'aide d'indicateurs qui sont centrés sur les *résultats intermédiaires*, qui sont relativement près des *résultats de santé et de bien-être* et conservent un lien avec les résultats de production (en particulier dans le cas des résultats négatifs non prévus). Pour ce faire, les systèmes d'information clientèles constituent une source de données appropriée. En fait, pour vraiment pouvoir se prononcer sur la *performance* de notre réseau, il faut être capable de comparer, dans le temps et dans l'espace, l'évolution des trois types de résultats. En effet, ne suivre que les résultats de production ne permet pas de savoir s'il y a un effet sur la santé et le bien-être de la population. D'autre part, ne posséder de l'information que sur les *résultats de santé et de bien-être*, ne nous indiquerait d'aucune façon si notre réseau est *efficace* et il serait impossible de prendre en compte la *performance* des régions lors de l'exercice de l'allocation des ressources.



Ce qu'est un indicateur

L'indicateur ne peut être envisagé par lui-même, de façon isolée. Il doit être défini essentiellement par rapport à un concept. L'indicateur est l'ensemble des opérations empiriques, effectuées à l'aide d'un ou plusieurs instruments de mise en forme de l'information, qui permet de classer un objet dans une catégorie par rapport à une caractéristique donnée. L'indicateur vise à ne mesurer qu'une dimension de la réalité. L'inverse n'est pas vrai. À cette dimension, traduite par un concept, ne correspond pas nécessairement qu'un seul indicateur. Dans la plupart des cas, on aura intérêt à retenir plusieurs indicateurs du même concept. ^[5]

Afin de préciser ce que l'on entend par indicateur, nous allons utiliser les notions proposées par Perron et Strohmenger ^[23], c'est-à-dire celles de **descripteur** et d'**indicateur**. Le descripteur est une mesure directe du phénomène : par exemple, le taux de mortalité mesure le niveau de mortalité d'un groupe donné. L'indicateur est une mesure dont les valeurs sont utilisées comme points de repère dans l'appréciation de l'état ou de l'évolution d'un phénomène non quantifiable. Par exemple, l'intelligence ou la santé sont des phénomènes qui ne sont pas directement quantifiables. On peut, par exemple, établir une série de concepts permettant de saisir le phénomène, choisir certains de ces concepts et élaborer des mesures permettant de saisir ces aspects. Des descripteurs peuvent également servir d'indicateurs. Ainsi, les descripteurs de mortalité sont souvent utilisés comme indicateurs de l'état de santé de la population.

Un indicateur donne donc une indication, c'est-à-dire une information incomplète, mais utile, sur le phénomène étudié. Une statistique, un indice simple ou complexe ne constituent pas automatiquement des indicateurs. Ils ne le deviennent que s'ils fournissent, à la personne qui les consulte, une information significative para rapport à ses préoccupations.

Quelle que soit la méthode employée pour l'obtenir, un indicateur ne doit pas être perçu comme une véritable mesure du phénomène pour lequel il a été choisi. Pour mieux cerner un phénomène, l'utilisation de plusieurs indicateurs est recommandée.

Pour élaborer des indicateurs, il est conseillé de bâtir, à partir d'analyses préalables, un «modèle explicatif» permettant de définir les dimensions importantes du phénomène. Dans une deuxième étape, il s'agit de dégager les indicateurs nécessaires, de vérifier la valeur des instruments, des sources de données et de la construction même des indicateurs. Cela amène à traiter brièvement des caractéristiques d'un bon indicateur.



Les qualités d'un indicateur

Parmi les exigences de qualité que l'on considère généralement à l'égard d'un indicateur, il y en a quatre que l'on retrouve pratiquement dans tous les travaux consultés : la validité, la fiabilité, la sensibilité et la spécificité.

La **validité** d'une mesure renvoie à la capacité de celle-ci de mesurer réellement ce qu'elle doit mesurer, ou plus justement dans le cas d'un indicateur : «le type de mesure adopté fournit-il vraiment les repères nécessaires à l'appréciation de l'état ou de l'évolution du phénomène pour lequel il a été choisi». ^[23] Il y a plusieurs types de validité : de contenu, de critère et de structure.

La validité de contenu consiste, pour la mesure et seulement pour cela, à représenter toutes les dimensions, tous les aspects d'un concept qu'elle mesure. En considérant la santé ou le bien-être, il est difficile de concevoir un seul indicateur qui puisse constituer une mesure valide de l'un ou l'autre de ces concepts. Il faut donc, au plan conceptuel, identifier les différentes composantes du concept. On peut ensuite élaborer les indicateurs traduisant ses composantes.

La validité de critère consiste à comparer une mesure avec une autre variable extérieure au phénomène étudié. Lorsque l'autre variable est située dans le futur, on parle alors de validité de prédiction ; lorsque le critère est un phénomène ayant cours au même moment, la corrélation entre la mesure et le critère constitue la validité concomitante.

Enfin, la validité de structure considère la capacité de généralisation théorique sur la base des mesures opérationnelles. Elle porte sur des domaines où les définitions des concepts ne sont pas clairement établies, soit à cause de leur degré d'abstraction (par ex. la santé) ou, plus simplement, à cause des connaissances limitées par rapport à ce concept. L'établissement de ce type de validité repose sur l'utilisation de méthodes multivariées comme l'analyse factorielle, par exemple.

Une mesure est considérée comme **fiable**, si elle produit des résultats constants lorsqu'elle est appliquée de façon répétitive sur le phénomène dans le même état. Les sources d'erreur qui peuvent affecter la fiabilité des mesures sont nombreuses. Elles peuvent venir de l'outil de collecte, de la personne qui fournit l'information, de la façon dont elle est demandée, etc.

Un autre critère souvent considéré est la **spécificité** d'un indicateur. Celui-ci est spécifique lorsqu'il ne varie que lorsque le phénomène lui-même subit une modification. L'indicateur est supposé ne mesurer qu'une caractéristique spécifique du phénomène et rien d'autre. L'indicateur doit aussi être **sensible**, c'est-à-dire varier beaucoup et rapidement lorsque apparaissent des modifications du phénomène qu'il représente.

Une autre qualité importante d'un indicateur utilisé dans le cadre de la gestion par résultats est sa **robustesse**, c'est-à-dire sa capacité à résister à l'utilisation que l'on en fait. Par exemple, en sachant que la présence d'une caractéristique donnée indique de bons résultats, on peut s'empresse de se doter de cette caractéristique. **Et, de ce fait, elle perd sa capacité d'indiquer les résultats attendus.** Par exemple, une étude ayant démontré une relation étroite entre la qualité des services et la présence d'un téléphone dans les chambres des centres d'hébergement, l'indicateur n'a plus d'intérêt le jour où les responsables des centres, prenant connaissance de l'étude, décident d'équiper toutes les chambres d'un appareil téléphonique.

Parmi les autres qualités d'un indicateur, on retrouve aussi :

- la disponibilité des sources ;
- la qualité des données sources ;
- l'utilité (pour la planification, le suivi, l'évaluation) ;
- l'intelligibilité, l'indicateur doit être compris par un non spécialiste ;
- la capacité de ventiler l'indicateur selon les niveaux requis ;
- la précision des instruments et l'uniformité des modes de calcul ;
- les coûts raisonnables de la cueillette et du traitement des données.

À force d'utiliser un indicateur, on finit parfois par le confondre avec le phénomène étudié. Ce n'est pas parce qu'un indicateur «indique» l'atteinte d'un objectif que, nécessairement, la situation doit être considérée comme correcte. En effet, si plutôt que de prendre les moyens pour obtenir la situation désirée, on essaie d'atteindre la valeur de l'objectif, alors l'indicateur perd de sa signification. Ainsi, on peut s'interroger sur la qualité des services d'un centre d'hébergement où la majorité des préposés ne connaissent pas le nom des usagers. Or, si, pour corriger cette situation, on oblige ces préposés à apprendre tous les noms, cela n'indique pas pour autant un accroissement de l'intérêt ou une qualité accrue des services. **Lorsqu'un indicateur devient un point de référence, donc un objectif ou une norme, il tend à perdre de sa validité à titre d'indicateur des phénomènes ou réalités qu'il devrait aider à apprécier** ^[8,12].



Des conditions essentielles pour avoir de bons indicateurs

Pour obtenir des indicateurs de qualité, il faut donc se donner les moyens pour y arriver et en considérer le coût. C'est pourquoi, on devra se situer dans la chaîne de résultats à un ou des endroits qui optimisent à la fois la validité et la fiabilité de l'indicateur. L'agrégation n'est possible que si les données sont saisies d'une façon uniforme. C'est pourquoi, même si le Ministère n'a plus à considérer directement la gestion des établissements, il a quand même besoin des données par établissement afin de les agréger pour procéder à des analyses par clientèles.

Le besoin de données unitaires a déjà été documenté lors des travaux de la Commission Rochon et, à la même époque, dans le cadre du plan directeur des systèmes d'information du Ministère. Certains proposent aujourd'hui l'utilisation d'échantillons, mais cette solution n'est pas valable pour un système de suivi (monitorage et suivi de gestion). En effet, un échantillon représentatif au début du suivi ne peut le rester indéfiniment. Comme la gestion par résultats n'a de sens que s'il y a comparaison dans le temps et dans l'espace, on ne peut utiliser des techniques qui sont valables pour des études strictement transversales. Une autre limite est la modification dans le temps des objets de suivi et de leur ventilation. L'avènement d'une nouvelle clientèle ayant des caractéristiques spécifiques ou la création d'un nouveau champ d'activités, peut amener une agrégation différente des données de base. C'est pourquoi les systèmes d'information clientèles sont si précieux. On retrouve d'ailleurs cette préoccupation de façon explicite dans l'une des stratégies de la Politique de la santé et du bien-être. Le monitoring, s'appuyant sur des indicateurs fiables, fait partie intégrante des fonctions permettant l'orientation du système de santé et de services sociaux vers des solutions plus efficaces et moins coûteuses.

Les besoins d'information et les indicateurs utilisés par le Ministère et les Régions régionales seront souvent semblables, c'est pourquoi la concertation au plan méthodologique est importante. La particularité des analyses du Ministère tient aux comparaisons, qu'elles soient internationales, interprovinciales ou interrégionales. Ces dernières permettent de se prononcer sur l'équité et l'efficacité des différents regroupements de services.

Plusieurs partenaires partagent déjà ce point de vue. Ainsi, la démarche générale des centres jeunesse, en matière de systèmes d'information, tend à l'uniformisation, la normalisation et la rationalisation des systèmes intégrés. D'ailleurs, pour les personnes impliquées, la démarche commune n'est pas seulement un facteur de succès, mais une

nécessité pour la planification des ressources à l'échelle provinciale et leur allocation entre les différentes régions. **Cette démarche exige une définition commune des données et une évolution des systèmes d'information dans une perspective, elle aussi, commune** ^[1].

L'existence de banques de données communes, alimentées par des systèmes d'information clientèles, constitue une condition nécessaire, mais non suffisante, pour obtenir des indicateurs comparables. En effet, il est extrêmement important que les calculs soient effectués de la même façon et à partir de la même mise à jour des fichiers. Même si le Ministère utilise le même indicateur que les Régions régionales, il est indispensable que chacun puisse recomposer l'indicateur à partir de la même mise à jour des fichiers.

Même si on travaille avec une série d'indicateurs qui possèdent toutes les qualités, il ne faut pas oublier que leur élaboration est réalisée à partir de modèles, qui ont le mérite de simplifier une réalité complexe pour en permettre une certaine compréhension, mais qui ne restent qu'une représentation simplificatrice de la réalité.



En guise de conclusion

Pour être capable de gérer par résultats, il faut d'abord en maîtriser les concepts et s'assurer que le terme utilisé est compris de la même façon par tous les partenaires. Pour gérer par résultats, il faut aussi des indicateurs qui soient comparables dans le temps et surtout dans l'espace. Cela implique un travail important de consensus entre les différents interlocuteurs de notre réseau (central, régional et local), non seulement sur le choix des indicateurs, mais également sur la façon de les calculer. Et, si l'on veut véritablement gérer en partenariat, il faut aussi s'assurer d'une même compréhension concernant l'interprétation des résultats. Dans un contexte de gestion par résultats, où l'équité et l'efficacité sont des éléments incontournables, il est évident que les comparaisons interrégionales, interprovinciales et internationales demeurent une nécessité. Cela exige une harmonisation étroite dans le développement et la production des indicateurs.

Si l'on garde en tête que les indicateurs permettent de se poser de bonnes questions pour donner les meilleurs services aux moindres coûts et non pas de porter un jugement définitif, alors on peut penser à gérer par résultats. Bien entendu, cela exige un respect mutuel, de part et d'autres, et une volonté de partage d'informations.

• **Références bibliographiques**

- [1] Association des centres jeunesse du Québec (1995). Les centres jeunesse du Québec, Une démarche commune vers des systèmes d'information intégrés, Montréal, l'Association, 42p.
- [2] BRENNER M.H. (1976). «Estimating the social costs of national economic policy : implications for mental and physical health, and criminal aggression ; a study» dans JOINT ECONOMIC COMMITTEE CONGRESS OF THE U.S., Achieving the goals of the employment act of 1946 - thirtieth anniversary review, 94th Congress, 2nd session, Washington, U.S. Government Printing Office, pp. 1-227.
- [3] BELLAVANCE M. (1985) Les politiques gouvernementales Élaboration-Gestion-Évaluation, Montréal, Agence D'arc inc. (Les Éditions) ÉNAP.
- [4] BIBEAU J.R. et L. BUSSIÈRE (1988). Évaluation de programme Terminologie, Québec, Ministère de l'éducation du Québec, 12 p.
- [5] BLAIS A. (1984). «Les indicateurs» dans Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données, Presses de l'Université du Québec, 1984, pp. 155-173.
- [6] BOISVERT H. (1991). Le contrôle de gestion, vers une pratique renouvelée, Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, p. 41.
- [7] BOUTAT A. et al. (1992). Analyse de la performance hospitalière. Pertinence des durées de séjour et productivité des facteurs, Colloque de l'analyse économique aux politiques de santé. Actes de l'atelier 1, Paris, CREDES et CES, pp. 267-.
- [8] BRUNELLE Y. (1993). La qualité des soins et services : un cadre conceptuel, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, direction de l'Évaluation, 124 p., (Collection Études et Analyses).
- [9] CHAMPAGNE F. et al. (1985). «Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé», Revue d'épidémiologie et de santé publique, Vol. 33, pp. 173-181.

Références bibliographiques

- [10] CONTANDRIOPOULOS A.P. et al. (1993). «L'évaluation dans le domaine de la santé Concepts et méthodes», Bulletin, vol. XXXIII, no. 1, pp. 12-17.
- [11] CONTANDRIOPOULOS A.P. et al. (1993) Description des modes de régulation des systèmes de santé canadiens et de certains pays industrialisés, Montréal, Université de Montréal, (GRIS).
- [12] CORIN E. (1987). Les dimensions sociales et psychiques de la santé : outils méthodologiques et perspectives d'analyse, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, synthèse critique # 10, Québec, Les publications du Québec, 150 p.
- [13] CORNELLIER D. (1988). Évaluation de programmes. Lexique de concept, Drummondville, Office des personnes handicapés du Québec, 8 p.
- [14] DEMING W E. (1991). Hors de la crise, Paris, Economica, 352 p.
- [15] DONABEDIAN A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring - Volume I - The definition of quality and approaches to its assessment, Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, 163 p.
- [16] KELADA J. (1992). Comprendre et réaliser la qualité totale, Deuxième édition, Montréal, Éditions Quafec, 415 p.
- [17] LANCE J.M. (1993). La mesure de l'efficacité économique dans les organisations sanitaires : Problèmes et défis, Obstacles et incitatifs à une gestion efficace : Perspectives d'évaluation, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, pp.19-29
- [18] LEBRUN T. ET al. (1991). L'évaluation en matière de santé des concepts à la pratique, Lille, Société Française d'Évaluation des Soins et des Technologies, 479 p.
- [19] MARCEAU R. et al. (1992) «La planification d'une évaluation de programme Concepts théoriques et considérations pratiques», Management public Comprendre et gérer les institutions de l'État, Presses de l'Université du Québec, pp. 445-479.
- [20] McKEOWN T. (1978) The role of medicine, Oxford, Basil Blackwell, 207 p.
-

- [21] NG E. (1992) «Recul de la mortalité par âge chez les enfants et les aînés, au Canada et aux États-Unis, 1971-1989» dans Rapports sur la santé .
- [22] PUMA GESTION PUBLIQUE (1994). La gestion des performances dans l'administration : mesure des performances et gestion axée sur les résultats, Études hors série, no 3, OCDE, 102 p.
- [23] PÉRON Y. et C. STROHMENGER (1985). Indices démographiques et indicateurs de santé des populations, cat. 82-543F, Ottawa, Statistique Canada 1985, 265 p.
- [24] PINEAULT R. (1977). «Rationalisation de l'évaluation et du contrôle dans les organismes de santé», Administration hospitalière et sociale, mars-avril, pp.14-26.
- [25] PINEAULT R. et D. DAVELUY (1986). La planification de la santé, Montréal, Agence d'Arc inc. (Les Éditions), 480 p.
- [26] RHEA J.C. et al.(1988). The facts on File, Dictionary of health care management, New York, Facts on file publications, 692 p.
- [27] SYLVAIN F. (1986). Dictionnaire de la comptabilité et des disciplines connexes, Toronto, L'institut canadien des comptables agréés, 662 p
- [28] SWISS J.E. (1991). Public management Systems, Monitoring and managing Government Performance, Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- [29] VOYER P. (1994). Tableaux de bord de gestion, Québec, Presses de l'Université du Québec, 334 p.
- [30] WHITEHEAD M. (1993). «The concepts and principles of equity and health», Health promotion international, vol. 6, no. 3.
- [31] WOLFSON M.C. (1989). Measuring contributions to health, a system of health statistics, Ottawa, Statistics Canada and Canadian Institute for Advanced research, 9 p.

COLLECTION MÉTHODOLOGIE ET INSTRUMENTATION

DERNIERS TITRES PARUS

- (DGPE n° 7) **Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources.**
(R. PAMPALON et coll. – Direction de la planification, 1995)
- (DGPE n° 6) **Monitoring / secteur jeunes : cadre conceptuel.**
(L. FORTIN – Direction des études et indicateurs, 1994)
- (DGPE n° 5) **L'évaluation quantitative des résultats des programmes de longue durée sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie – Aspects conceptuels et méthodologiques.**
(L. BARNARD – Direction de l'évaluation, 1993)
- (DGPE n° 4) **L'organisation et la dispensation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie par les CLSC et les centres hospitaliers.**
(L. TRAHAN, L. BÉLANGER et M. BOLDUC – Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE n° 3) **Devis pour la réalisation d'une recherche sur le cheminement des bénéficiaires dans trois centres de réadaptation publics en toxicomanie.**
(C. MOISAN – Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE n° 2) **Cadre de référence et stratégie d'élaboration d'indicateurs de besoins pour l'allocation régionale des ressources.**
(R. PAMPALON et coll. – Direction de la planification, 1990)
- (DGPE n° 1) **S.I.F.O. - Système d'information financière et opérationnelle.**
(M.-A. ST-PIERRE et M. BLONDEAU – Direction de l'évaluation, 1989)

Les documents qui figurent sur cette liste peuvent être obtenus à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^{ème} étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

