



IRIS

LES INDICATEURS EN SANTÉ

Guillaume Hébert et Philippe Hurteau
chercheurs à l'IRIS

REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier un ensemble de personnes sans qui l'étude n'aurait pu être. Les commentaires de l'équipe de chercheurs de l'IRIS et les corrections de Martin Dufresne et de Monique Moisan ont rehaussé la qualité de cette étude, tant au niveau de la forme que du fond. Ils et elles ont tous nos remerciements.

Bien entendu, toutes les erreurs se trouvant encore dans ce texte relèvent de l'entière responsabilité des auteures.

correction et édition	Martin Dufresne
mise en page	Eve-Lyne Couturier
correction d'épreuves	Monique Moisan
impression	Katasoho imprimerie & design 5000 Rue d'Iberville #202, Montréal, QC H2H 2S6 514.961.5238 / info@katasoho.com

CRÉDITS PHOTOS (toutes les photos ont été transformées en noir et blanc)

page couverture	Jitter Buffer, <i>Medical Eye</i> , 10 mars 2005, flickr.com. 
page 2, 43 et surimpression	Richard Atkinson, <i>The Milkyway</i> , 28 août 2010, flickr.com. 
page 6	Todd Lappin, <i>Faces of Time</i> , 9 septembre 2007, flickr.com. 
page 22	nov2874, <i>CT Scanner</i> , 22 août 2015, flickr.com. 
page 31	Sylvain Courant, <i>Interdit d'interdire</i> , 24 mai 2014, flickr.com. 
page 39	Phalinn Ooi, <i>Medical/Surgical Operative Photography</i> , 26 septembre 2012, flickr.com. 

Pour plus de détails creativecommons.org

	INTRODUCTION	05
1	Les indicateurs 101	07
	QU'EST-CE QU'UN INDICATEUR ?	07
	LES CLASSEMENTS	11
2	Indicateurs : les pièges	15
	PIÈGE 1 <i>Confondre l'indicateur avec le phénomène</i>	15
	PIÈGE 2 <i>Ignorer la dimension politique d'un indicateur</i>	16
	PIÈGE 3 <i>Perdre de vue l'enjeu managérial</i>	18
	PIÈGE 4 <i>Faire abstraction de la conjoncture socioéconomique</i>	19
	PIÈGE 5 <i>Oublier les effets pervers</i>	20
3	Performance: la dérive québécoise	23
	NÉOLIBÉRALISME ET SANTÉ	23
	LA GESTION AXÉE SUR LES RÉSULTATS	25
4	Investissement et santé publique	27
	« PERFORMER » VIA LA SANTÉ PUBLIQUE	27
	INVESTIR DANS LES INFRASTRUCTURES HUMAINES	30
	CONCLUSION	32
	ANNEXE	33
	NOTES DE FIN DE DOCUMENT	40

Introduction

Le système sociosanitaire québécois classe une foule d'informations et de données sous la forme d'indicateurs, auxquels sont associés plusieurs enjeux qui requièrent plus d'attention. Non seulement y a-t-il plusieurs types d'indicateurs, mais leur choix reflète une question cruciale : celle des finalités des outils collectifs d'analyse de la santé de notre société. Cette brochure a pour objectif d'éclairer et de démystifier le sens des indicateurs utilisés dans le domaine de la santé.

Nous procéderons en quatre étapes. D'abord, nous définirons les indicateurs de santé, selon leurs différentes catégories, en nous référant notamment aux catégorisations établies par des organisations internationales, et en soulignant les problèmes accompagnant les tentatives de classement. Ensuite, nous exposerons les nombreux pièges à éviter au moment de sélectionner ou de créer des indicateurs. Nous établirons, dans un troisième temps, que le déploiement au Québec d'indicateurs dits de performance fait écho à une transformation du mode de gestion de l'État québécois. Enfin, nous indiquerons pourquoi et comment des indicateurs plutôt liés aux déterminants sociaux de la santé s'avèrent plus utiles à l'évaluation du système sociosanitaire.

À travers cette brochure, il faut garder à l'esprit le contexte idéologique dans lequel s'inscrit le recours aux indicateurs de performance. Actuellement, la conception et la publication d'indicateurs vont principalement dans le sens de la marchandisation du réseau public de santé. Par marchandisation, nous entendons l'extension des domaines de l'activité sociale en fonction de règles et de normes de marché, telle la concurrence entre les organisations, qui doivent dès lors s'évertuer à accroître leur clientèle et à dégager une rentabilité accrue. Avec l'implantation d'indicateurs de performance, cette marchandisation s'opère doublement : par la prévalence des résultats budgétaires sur les besoins populationnels en matière de santé (l'obsession du rendement) et par la mise en concurrence des établissements pour l'obtention du financement (l'approche concurrentielle). C'est ce qu'illustre, par exemple, le financement à l'activité des établissements de santé¹.

Cependant, tous les indicateurs produits dans le système sociosanitaire québécois ne découlent pas de cette logique, au contraire. De fait, les indicateurs sont absolument nécessaires au fonctionnement d'un système de santé. Certains montrent, par exemple, le recul d'un type de maladie ou d'une infection particulière et n'ont rien d'équivalent à un autre paramètre qui voudrait que l'on juge de l'état du système de santé à sa performance strictement financière. C'est pour démêler ces enjeux que nous avons rédigé cette brochure.



1

INDICATEURS 101

QU'EST-CE QU'UN INDICATEUR ?

Un indicateur est une donnée qui n'a de sens que par rapport à un objet d'étude. Il s'agit du produit d'une collecte et d'une mise en forme d'informations. Par exemple, le *taux de fractures chez les personnes de plus de 65 ans* est un indicateur qui peut être utilisé avec d'autres données pour évaluer l'adaptation d'une ville à la condition des personnes âgées. Comme nous le verrons plus loin, un indicateur ne permet pas à lui seul de rendre parfaitement compte d'un phénomène complexe.

Il existe différents types d'indicateurs. On utilise d'abord (1) les indicateurs de *l'état de santé* comme tel. Ils peuvent être exprimés négativement (ex. : taux de mortalité) ou positivement (ex. : taux de survie à un cancer). On trouve ensuite (2) les indicateurs de *ressources*, exprimés en fonction des coûts (dépenses en santé par personne) ou non (ex. : le nombre d'infirmières). Enfin, (3) des indicateurs liés aux *services rendus* (ex. : nombre de chirurgies)².

Depuis le tournant des années 2000, ce qu'on appelle des indicateurs de « performance » a pris le haut du pavé au Québec. Ce type d'indicateurs peut comprendre des informations qui relèvent de l'une ou l'autre des trois catégories identifiées ci-dessus. Mais, comme nous le verrons dans la troisième section de la présente étude, ces paramètres servent actuellement à l'implantation

d'une approche de *gestion axée sur les résultats*, inspirée de l'entreprise privée. Par conséquent, nous ne retiendrons pas ce vocable dans notre caractérisation d'indicateurs de santé préconisés.

Tableau 1

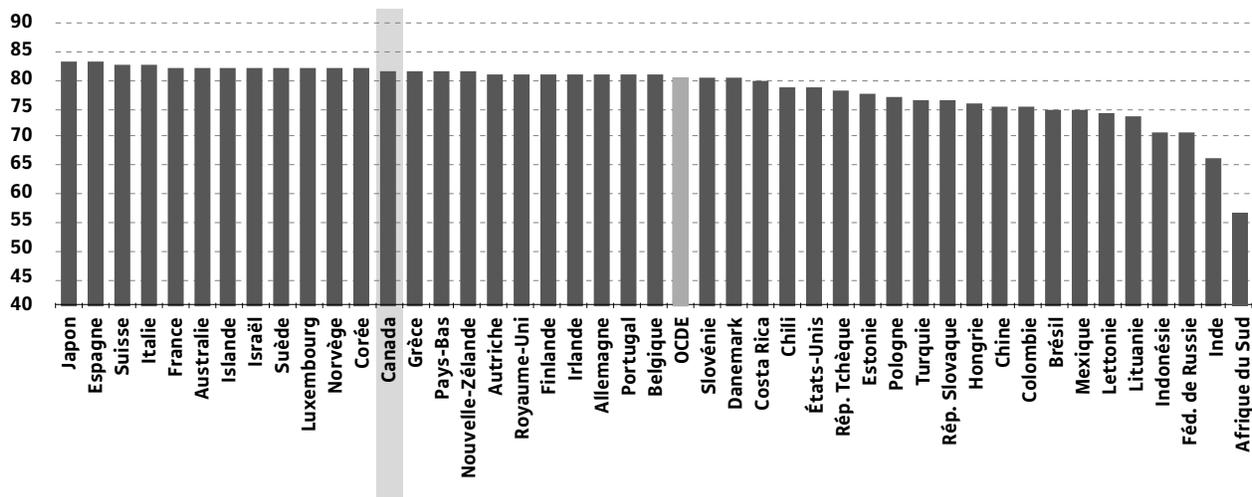
Trois types d'indicateurs

Type	Expression	Exemple
État de santé	négativement	taux de mortalité
	positivement	taux de survie au cancer
Ressources	en fonction des coûts	dépenses de santé par habitant·e
	en termes absolu	nombre d'infirmières et d'infirmiers
Services rendus	en termes absolus	nombre de chirurgies réalisées

On peut également distinguer les indicateurs par leur caractère « externe » ou « interne ». Les indicateurs externes réfèrent aux effets d'un système de santé sur une population, tandis que les indicateurs internes sont ceux qui servent à « l'orientation, l'évaluation et la gestion des activités, des processus et des ressources³ » au sein

Graphique 1

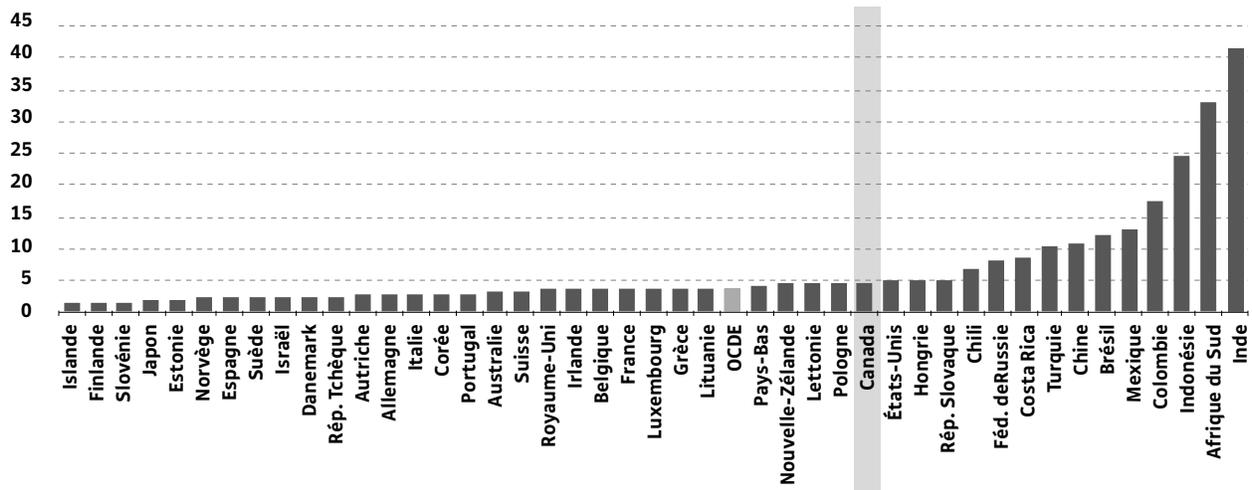
Espérance de vie à la naissance, OCDE, 2013



SOURCE : Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE, Paris, OCDE, 2015, p. 53.

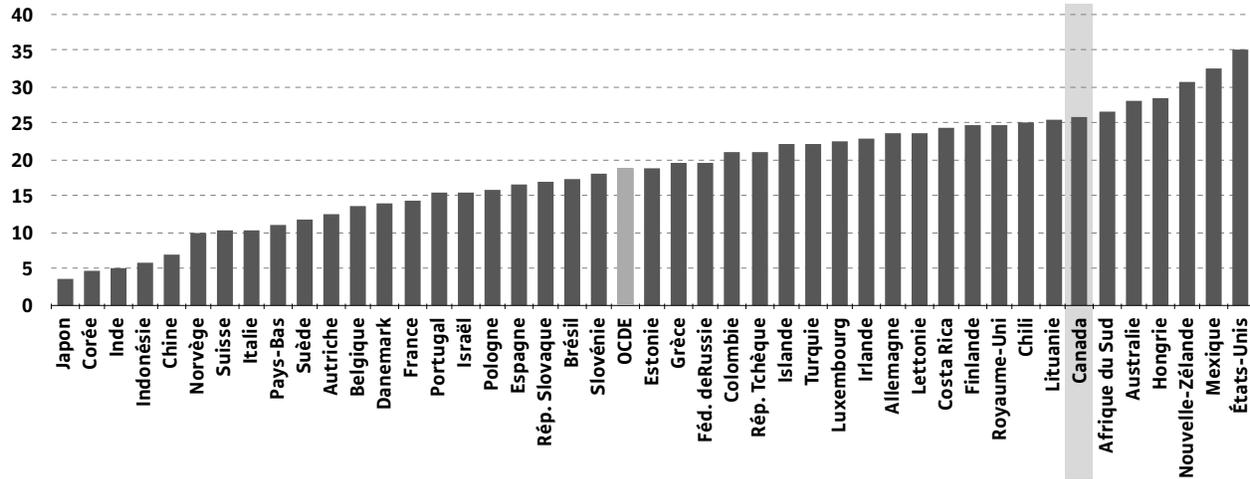
Graphique 2

Mortalité infantile, OCDE, 2013



SOURCE : Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE, Paris, OCDE, 2015, p. 65.

Graphique 3

Prévalence de l'obésité parmi la population adulte (en % de la population de 15 ans et plus), OCDE, 2013

SOURCE : *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, OCDE, 2015, p. 81.

même d'un système de santé. On constate aujourd'hui un déséquilibre entre ces catégories, la deuxième tendant à déclasser la première dans les choix sociaux. En cherchant à quantifier à l'extrême les « processus » du système sociosanitaire et notamment le travail des professionnels de la santé, il est à craindre que l'on perde de vue l'objectif premier du réseau de la santé et des services sociaux, à savoir, optimiser la santé de la population, définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁴ ».

L'analyse d'études produites par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fournit une conceptualisation générale du rôle et de l'utilisation actuelle des indicateurs de santé.

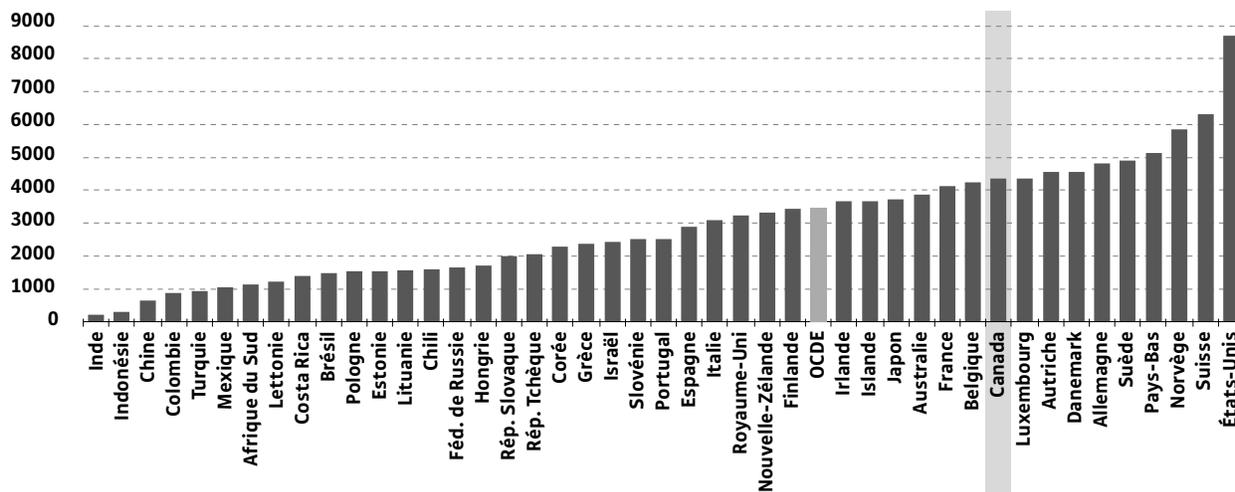
Afin d'illustrer à la fois l'état de santé des populations et les enjeux des organisations sanitaires, l'OCDE a mis en place une série d'indicateurs comparant les

conditions de ses pays membres^a. Les catégories retenues par l'OCDE pour cet exercice étaient les suivantes : état de santé, déterminants non médicaux de la santé, personnel de la santé, services de santé, accès aux soins, qualité des soins, dépenses de santé et financement, secteur pharmaceutique, et vieillissement et soins de longue durée⁵.

Cette catégorisation permet d'établir à la fois une appréciation générale de la santé des populations et des systèmes de soins, et des comparatifs au niveau international. Ces indicateurs de santé recourent des éléments d'information couvrant aussi bien des enjeux globaux de

a Notons que dans son édition de 2015, l'OCDE présente des données comparables pour les 34 pays membres de l'organisation, en plus de contenir, pour un sous-groupe d'indicateurs, des données se rapportant à des pays partenaires : l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Colombie, le Costa Rica, la Fédération de Russie, l'Inde, l'Indonésie, la Lettonie et la Lituanie.

Graphique 4

Dépenses de santé par habitant (en \$US, en parité au pouvoir d'achat), OCDE, 2013

SOURCE : *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, OCDE, 2015, p. 171.

santé comme l'espérance de vie ou la mortalité infantile, (graphiques 1 et 2) que des déterminants non médicaux de la santé, comme le taux d'obésité (graphique 3).

Une première utilité des indicateurs de santé est alors de mieux représenter l'état de santé d'une population. Un bon système de santé sera celui qui parvient à accroître l'espérance de vie de sa population ou à faire reculer la mortalité infantile. Pour arriver à ces fins, il faut s'attacher en priorité aux déterminants non médicaux (comme l'obésité) qui relèvent de la prévention ainsi qu'aux déterminants sociaux de la santé (pauvreté, logement, éducation, alimentation, etc.).

La valeur d'un système de santé se mesure également à l'accessibilité et à la qualité des soins. Les gens ont-ils accès à un médecin? Les délais d'attente pour un rendez-vous ou une chirurgie sont-ils raisonnables? Les meilleures méthodes de diagnostic et de traitement sont-elles disponibles? Faut-il que les patient·e·s déboursent

eux-mêmes pour payer des traitements? La liste de ces critères peut s'allonger et montre la complexité que pose le calcul de la qualité des services sociosanitaires. Une approche purement comptable qui ne s'attarde qu'à des comparaisons budgétaires ne pourra indiquer adéquatement ni l'état de santé d'une population ni même la performance d'un système de santé.

Le graphique 4 montre les dépenses de santé par habitant·e dans divers pays de l'OCDE. On voit qu'il est possible de dépenser bien plus qu'ailleurs, aux États-Unis par exemple, sans pour autant atteindre un meilleur niveau de santé général. On peut en déduire que les déterminants non médicaux mais sociaux de la santé affectent grandement la santé de la population, même si des sommes colossales sont consacrées aux dépenses médicales.

La deuxième raison qui motive le recours à des indicateurs est le projet d'évaluer le fonctionnement de

différents systèmes de santé afin de repérer ceux qui obtiennent de meilleurs résultats et ainsi tenter d'en tirer des leçons. Les vertus d'un système de santé ne peuvent se limiter au respect ou non d'un cadre budgétaire strict ; elles tiennent plus globalement à la capacité du système de remédier aux divers facteurs qui affectent le plus son fonctionnement. Par exemple, les dépenses en prévention ont un effet plus difficilement quantifiable⁶, en particulier à court terme, mais celles-ci participent néanmoins à une forte amélioration des systèmes de santé, notamment par la réduction des inégalités sociales constatées dans la santé d'une population⁷.

Selon l'OCDE, les principaux freins à l'efficacité dans le domaine de la santé sont les interventions et gestes médicaux non justifiés (lesquels impliquent des coûts et des risques de complications inutiles), l'absence de soins de base et les erreurs médicales⁸.

La définition d'indicateurs de santé ayant cours au Canada fait écho à l'approche de l'OCDE. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pose comme objectifs de départ du recours à ces indicateurs de connaître l'état de santé des Canadien·ne·s ainsi que de collecter des informations fiables sur les réseaux qui en ont la responsabilité⁹. Pour y arriver, l'ICIS cherche à élargir les enjeux jugés déterminants dans la mise en place d'une politique viable de santé publique. Depuis 2009, l'ICIS a ainsi œuvré à produire des indicateurs appelés à refléter la complexité des problèmes de santé par la prise en compte des déterminants sociaux, des enjeux de santé mentale et des problèmes spécifiques aux jeunes et aux enfants¹⁰.

En somme, il est nécessaire d'avoir recours à des indicateurs pour déterminer les politiques publiques à mettre en place et pour prendre les bonnes décisions au sein du réseau de la santé et des services sociaux. La question qui se pose alors est la suivante : quels indicateurs choisir ?

On ne peut identifier d'indicateurs universellement « bons » sans égard au lieu, à l'époque ou au contexte social, politique ou économique. En d'autres termes,

l'information contenue dans les indicateurs n'est pas signifiante en soi, elle ne l'est qu'en lien avec un certain contexte¹¹. Même l'espérance de vie, l'un des plus vieux indicateurs en matière de santé, n'a qu'une utilité relative dans la mesure où la santé est bien davantage que le seul fait d'être en vie. On peut d'ailleurs décliner ce paramètre de différentes façons, notamment avec un indicateur tel que « l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) ».

LES CLASSEMENTS

Lorsqu'on parvient à produire de nombreux indicateurs, il peut être tentant de les regrouper et de s'en servir pour ordonnancer des organisations ou des régions en créant des « palmarès ». Mais si les indicateurs utilisés seuls ou maladroitement peuvent induire des erreurs d'appréciation, le risque est aussi grand avec les indicateurs « composites », c'est-à-dire ceux qui servent à l'évaluation de systèmes entiers par la combinaison de plusieurs indicateurs. Les résultats sont alors grevés de nombreux problèmes méthodologiques et peuvent générer des erreurs, en plus d'être aisément manipulables¹².

En effet, il est extrêmement difficile de comparer adéquatement des organisations aussi complexes que des systèmes ou des réseaux de santé. Comment, par exemple, rendre compte des différents objectifs confiés à différents systèmes ou du fait que chacun de ces systèmes n'opère pas dans les mêmes conditions, que les coûts des intrants nécessaires à leur fonctionnement peuvent être très différents ou encore que les méthodes de mesure peuvent varier considérablement d'un système à l'autre¹³ ?

Des comparatifs peuvent bel et bien s'avérer utiles s'ils servent à améliorer un système en s'inspirant de pratiques qui donnent de meilleurs résultats ou encore s'ils mesurent dans le temps l'évolution d'une même organisation. Par contre, des palmarès qui visent à couronner des systèmes soudainement présentés comme des champions peuvent se révéler contreproductifs.

Qui plus est, il est improbable que la stigmatisation de perdants mène à une véritable amélioration des entités soumises à un tel classement. La logique de compétition qui sous-tend cette approche est incompatible avec l'intégration et la collaboration souhaitées au sein d'un système sociosanitaire public.

Des études ont révélé que l'usage d'indicateurs qui mettent l'accent sur des résultats quantifiés négativement (ex. : pourcentage d'erreurs dans les établissements de santé), « conduit rapidement à une gestion par sanctions, surtout si les instances administratives se sentent dédouanées sur le plan de la qualité et cèdent à des interprétations simplistes ». Il devient alors aisé de négliger l'évaluation de la « chaîne de résultats structuraux inadéquats, [ce qui rend] inévitables certaines aberrations en bout de piste¹⁴ ». Par ailleurs, le fait de performer dans un classement érigé pour des systèmes de santé n'est nullement l'équivalent d'améliorer la santé d'une population.

En 2013, le réseau CBC a cherché à identifier les meilleurs hôpitaux au Canada en classant des centaines d'établissements en fonction de leur « performance ». Les résultats de cette initiative journalistique dévoilée tambour battant auront servi à illustrer la futilité de tels palmarès.

Pour expliquer leur démarche, les journalistes relataient d'abord le cas d'une patiente de Colombie-Britannique décédée suite à une infection nosocomiale. Le propos du reportage suggère que si l'on rendait publics les taux de maladies nosocomiales par établissement, les patients choisiraient différemment l'endroit où on les soigne. Des études ont pourtant démontré que d'autres facteurs – et plus d'un – déterminent ce choix chez les patients. De plus, il est extrêmement réducteur de s'attendre à ce que le problème des maladies nosocomiales puisse être résolu – ou contourné – en affichant les performances des établissements en la matière. Si des compressions budgétaires ont par exemple mené à une baisse de la qualité des services d'entretien, ce facteur n'apparaîtra vraisemblablement pas dans les indicateurs, et il est peu probable que les politiques publiques soient ajustées pour y remédier¹⁶. De

plus, un éventuel déplacement des patient·e·s vers certains établissements plutôt que d'autres n'aurait pas davantage pour effet de faire disparaître les problèmes globaux; en fait, cela pourrait même en créer de nouveaux, en multipliant l'afflux dans certains établissements, par exemple.

Il s'avère également que toute l'évaluation des hôpitaux par la CBC ne reposait que sur cinq critères, ce qui a suscité de vives critiques¹⁷. Un autre média, le *Globe and Mail*, a pour sa part déjà renoncé à un tel classement d'hôpitaux. Il a pris cette décision après avoir entrepris la démarche puis s'être aperçu que les biais étaient si importants que le résultat serait au mieux réducteur et au pire trompeur¹⁸.

D'autres classements misant sur un indice composite d'indicateurs tentent également de comparer des États ou différentes unités administratives d'un même système sanitaire. Cette approche est caractéristique d'organisations qui misent sur la concurrence et les solutions de marché. Ainsi, le Canada Health Consumer Index (CHCI)¹⁹ (32 indicateurs regroupés en 5 catégories) entend comparer les provinces canadiennes en vertu de leur « performance » en santé.

LICIS publie également des indicateurs de santé des différentes provinces ou encore des hôpitaux canadiens. Chacun de ces indicateurs peut être comparé à la moyenne canadienne, mais aucun indice composite n'est proposé²⁰.

Ces classements par performance ont toutefois une dimension subjective : ils reflètent les priorités des organisations qui les assemblent et peuvent donc produire des résultats tout à fait différents d'un classement à un autre.

Pour illustrer cette variance de l'évaluation par performance, nous avons comparé trois classements. Au tableau 2, les deux premières colonnes présentent les résultats obtenus avec le classement des provinces canadiennes du Canada Health Consumer Index (CHCI). Les deux suivantes, au centre, montrent l'effet d'un réaménagement de la pondération du CHCI selon des priorités qui nous semblent plus pertinentes. Nous avons augmenté la pondération accordée au facteur « soins primaires et prévention » afin de lui donner la même importance que

Tableau 2

Trois classements des provinces canadiennes selon des indicateurs de santé composites

Province	CCHI	Classement CCHI	CCHI pondéré par l'IRIS	Classement CCHI-IRIS	ICIS	Classement ICIS
Ontario	778	1	848	1	428	1
Colombie-Britannique	752	2	810	2	344	3
Nouveau-Brunswick	744	3	791	3	311	4
Manitoba	646	4	678	7	261	7
Québec	646	5	641	9	422	2
Nouvelle-Écosse	636	6	740	4	200	10
Saskatchewan	634	7	646	8	222	9
Alberta	629	8	692	5	278	6
Île-du-Prince-Édouard	625	9	690	6	289	5
Terre-Neuve-et-Labrador	587	10	593	10	244	8

SOURCES Ben EISNER, « Canada Health Consumer Index 2010 », Frontier Center for Public Policy, décembre 2010, 50 p., www.aims.ca/site/media/aims/healthconsumerindex.pdf; « Votre système de santé », *Institut canadien d'information sur la santé*, <http://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr> (consulté le 19 février 2016), calculs de l'IRIS.

les « résultats de santé ». Nous avons également éliminé des sous-catégories non pertinentes à un tel classement, comme le « pourcentage d'approbation de nouveaux médicaments », puisqu'un pourcentage élevé de ce poste (comme c'est le cas au Québec) peut signifier qu'on autorise le remboursement de nouveaux médicaments coûteux, mais qui n'apportent aucune avancée thérapeutique. Enfin, les deux dernières colonnes ont été construites en appliquant la méthodologie du CHCI aux données de l'« ICIS en bref²¹ ». La liste des indicateurs choisis pour chaque tableau figure en annexe.

Est-ce que le système de santé québécois est performant ou non en comparaison de ceux des autres provinces? Dans le premier classement, le Québec se retrouve

au centre, en cinquième place. Toutefois la méthodologie du CHCI retire des points aux provinces où l'information est plus difficile d'accès, ce qui a eu pour effet de défavoriser le Québec en regard des autres provinces.

Avec les réaménagements de l'IRIS, on démontre l'effet d'une pondération plus attentive à d'autres déterminants réels de la santé; le Québec est alors en 9^e position. Quant au dernier classement, en regroupant les 15 indicateurs de l'ICIS et en utilisant la méthode du CHCI pour les classer, le Québec remonte en 2^e place.

La divergence entre les scores du Québec dans ces trois classements s'explique peut-être par la sympathie des organisations favorables au marché pour l'évolution actuelle du système québécois. En effet, depuis l'arrêt

Chaoulli en 2005, le Québec est devenu l'avant-garde de l'emprise croissante du secteur privé dans le domaine de la santé. C'est sans doute pourquoi l'Institut Fraser, une autre organisation qui prône l'application des règles du marché dans les services publics, a lui aussi couronné le Québec comme un modèle à suivre au Canada²². Chose certaine, cet exercice montre bien comment les résultats de tels classements dépendent des priorités des organisations qui les préparent.

D'autres méthodes d'évaluation, produites au Québec, cherchent à limiter de tels biais. Le début des années 2000 a fait place à une démarche approfondie d'évaluation de la performance des établissements de santé et services sociaux québécois. Ce cadre d'analyse, baptisé «Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé» (ÉGIPSS), repose sur des centaines d'indicateurs répartis dans un système complexe aux dimensions et aux niveaux multiples. On vise à évaluer des résultats, mais aussi tous les processus systémiques qui y conduisent²³. L'utilisation de ces outils s'avère beaucoup plus ardue, ce qui est un problème, mais elle prête beaucoup moins le flanc à un usage démagogique.

En somme, au moment de nous engager dans une démarche où il nous faut élaborer, ou simplement choisir, des indicateurs relatifs à un système sociosanitaire, il faut savoir que la démarche choisie sera souvent aussi déterminante que les résultats obtenus. En d'autres termes, «*comment choisir des indicateurs*» est une question au moins aussi importante que celle de «*quels indicateurs choisir ?*».

En fait, s'il est un problème aujourd'hui, ce n'est plus de prouver qu'on a besoin d'information – on peut parfois en être inondé –, mais de montrer qu'il reste nécessaire d'avoir un cadre conceptuel assez large pour pouvoir choisir l'information nécessaire puis construire, analyser et utiliser, de préférence de manière transparente et constante, les indicateurs la traduisant. À défaut, on peut se retrouver avec des lectures simplistes, partielles et même partiales induisant des effets pervers²⁴.

2

INDICATEURS : LES PIÈGES

Il n'existe pas d'indicateurs aux qualités universelles. Plutôt que de chercher quels seraient les « bons » indicateurs en santé, il est préférable d'apprendre à bien les utiliser. Dans cette section, nous aborderons une série de pièges dont il faut se méfier et d'effets pervers à éviter au moment de choisir et d'utiliser des indicateurs en santé.

PIÈGE 1 **CONFONDRE L'INDICATEUR** **AVEC LE PHÉNOMÈNE**

Il existe plusieurs moyens d'évaluer des systèmes de santé ; il en résulte une multitude d'indicateurs destinés à refléter la complexité des enjeux dans ce domaine. Cette réalité soulève d'emblée l'un des principaux risques liés aux indicateurs : le recours à un seul d'entre eux pour tenter d'expliquer une situation trop complexe pour une telle approche.

L'indicateur ne doit jamais être confondu avec le phénomène qu'il est censé refléter. Un indicateur n'est qu'un construit permettant d'étudier une facette d'un phénomène²⁵. Non seulement n'est-ce jamais le reflet total du phénomène étudié, mais les indicateurs ne peuvent rendre compte de l'ensemble des activités et comportements des individus dans un système de soins. Le danger

devient alors de chercher néanmoins à tout quantifier, d'échouer forcément à le faire adéquatement, mais de poursuivre tout de même ce processus à l'aveuglette. C'est ce que signale Richard Cyert :

La première étape consiste à mesurer tout ce qui peut être facilement mesuré. Cela est convenable dans la mesure du possible. La deuxième étape consiste à ne pas tenir compte de ce qui ne peut être mesuré facilement ou à lui assigner une valeur quantitative arbitraire. C'est une méthode artificielle et trompeuse. La troisième étape consiste à présumer que ce qui ne peut être mesuré facilement n'est pas très important. Cela équivaut à de l'aveuglement. La quatrième étape consiste à dire que ce qui ne peut être mesuré facilement n'existe pas vraiment. Cela est suicidaire²⁶.

Multiplier les indicateurs pour chercher à saisir la complexité des phénomènes n'est pas non plus forcément la solution, ne serait-ce qu'en raison du coût de production de tels indicateurs. Cela requiert un travail

administratif proportionnel à la complexité des indicateurs à produire et des informations déjà disponibles ou à créer, ainsi qu'à celle des structures organisationnelles existantes. Dans le cas du financement à l'activité par exemple (un mode de financement des établissements de santé qui exige la production continue d'une foule d'indicateurs), nous avons montré ailleurs que ce mode de financement requiert des investissements importants et jusqu'à la création de nouvelles catégories de personnel²⁷. Cette production d'indicateurs absorbe par conséquent des ressources qui ne peuvent être investies ailleurs.

En outre, l'utilité d'un indicateur varie avec le temps ; il peut devenir désuet à mesure que changent les priorités, les objectifs et les valeurs qui guident un système socio-sanitaire. On trouvera alors moins rentable d'y consacrer de vastes dépenses. Il faut bien déterminer l'énergie et les ressources que l'on veut assigner à l'évaluation d'un système et ne pas s'imaginer qu'il en résultera automatiquement un accroissement de sa « performance ». Un indicateur de l'évolution de différents résultats ne révélera pas nécessairement ce qui, dans la structure ou l'organisation du travail, favorise ou défavorise l'obtention de meilleurs rendements : les indicateurs doivent être plus subtils²⁸.

En somme, la démultiplication des indicateurs ne permet pas forcément elle non plus d'étudier un phénomène dans sa totalité. On peut même constater l'inverse, particulièrement à l'époque des mégadonnées^b où l'information à traiter peut se multiplier au point que son traitement devient extrêmement complexe. Ce

flux d'information, s'il a pour effet de ne pouvoir être manipulé que par des spécialistes, peut confondre les gestionnaires et le public en général. Des chercheurs ont d'ailleurs décrit comment certains développements méthodologiques axés sur l'évaluation économique ont réduit la capacité des décideurs à les manipuler dans leurs prises de décisions²⁹.

PIÈGE 2

IGNORER LA DIMENSION POLITIQUE D'UN INDICATEUR

Le choix d'un indicateur est toujours d'ordre politique. L'adoption d'un indicateur donné pour évaluer un système de santé résulte habituellement d'une lutte, comme le faisaient remarquer Yvon Brunelle et Alain Saucier, responsables de l'évaluation au MSSS dans un document méthodologique publié en 1999. Ce document a précédé de peu le virage des années 2000 et l'introduction de la gouvernance entrepreneuriale, et notamment de la gestion axée sur les résultats³⁰. Les constats lucides que l'on y trouve font écho à d'autres critiques qui circulaient à l'époque et soulignent la centralité des décisions politiques ainsi que des enjeux liés au contrôle sur l'ensemble du système³¹.

En effet, le choix d'un indicateur n'est pas neutre ; en mettant en lumière certains aspects d'un phénomène, il en laisse d'autres dans l'ombre. Ainsi, bien que le choix des indicateurs ne détermine pas forcément les résultats de l'analyse, il peut contribuer à établir sous quel angle sera prise une décision relative à une politique publique. Comme on peut le constater, le choix même des indicateurs est une démarche où l'on « prend position³² ». Par conséquent, si l'on admet que les décisions ne sont pas strictement bureaucratiques, qu'elles relèvent de choix politiques, il est nécessaire d'y introduire une dimension participative et démocratique. La participation citoyenne est une des caractéristiques du modèle d'État bâti au

^b Les mégadonnées, à cause de leur démesure, deviennent impossibles à gérer avec des outils classiques de gestion de bases de données. Elles proviennent notamment des médias sociaux, des photos et des vidéos numériques transmises en ligne, des signaux des systèmes de localisation GPS, des téléphones intelligents, des relevés de transactions électroniques, des données publiques mises en ligne, etc. « Mégadonnées » (fiche terminologique), Office québécois de la langue française, http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26507313 (consultée le 19 février 2016).

Tableau 3

Grille d'analyse pour guider les politiques publiques

Principe	Intervention	Évaluation
Participation	Impliquer les parties prenantes à toutes les étapes d'un projet.	Impliquer les parties prenantes dans l'évaluation de l'intervention.
Capacitation	Permettre aux individus et aux communautés d'assumer un véritable contrôle sur les facteurs personnels, socioéconomiques et environnementaux qui affectent leur santé.	Permettre aux parties prenantes prenant part à l'évaluation de développer des compétences.
Holisme	Considérer les volets multiples de la santé : physique, mentale, sociale et spirituelle.	
Multidisciplinarité	S'assurer de la collaboration des acteurs issus de toutes les disciplines et de tous les secteurs.	Faire reposer le processus d'évaluation sur plusieurs disciplines et s'appuyer sur différents modes de collecte d'informations.
Équité	Viser l'équité dans le domaine de la santé et de la justice sociale.	
Soutenabilité	S'assurer que les individus et les communautés puissent maintenir les avancées après l'intervention.	
Diversité	S'appuyer sur plusieurs approches combinées.	
Pertinence		Définir le processus d'évaluation de manière à prendre en compte la complexité de l'intervention et permettre la mesure des effets à long terme.

SOURCE : Marie-Claude TREMBLAY et autres, « How Can Both the Intervention and Its Evaluation Fulfill Health Promotion Principles? An Example From a Professional Development Program 2013 », *Health Promotion Practice*, vol. 14, n° 4, juillet 2013, p. 563-571, adapté de Irving Rootman et autres.

Québec dans la foulée de la Révolution tranquille, et le système sociosanitaire ne fait pas exception. Dans les dernières années toutefois, notamment avec l'adoption du projet de loi 10^c et l'introduction de mécanismes de

gouvernance entrepreneuriale³³, cette participation a été considérablement restreinte.

Ce recul est d'autant plus préoccupant que depuis la fin des années 1990, on reconnaît généralement que la diversité des points de vue doit être considérée au moment de définir les critères de l'évaluation et donc les indicateurs choisis. Ainsi, lorsque le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec a confié en 2003 à des professeurs de l'Université de Montréal la responsabilité d'élaborer un « cadre d'évaluation de la performance en santé », on a

c Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales.

réservé 18 mois à une participation citoyenne, qui devait avoir lieu dès le début du processus³⁴. On prenait donc cette dimension au sérieux.

Or, on peut remettre en question aujourd'hui le sérieux des démarches de consultation, si tant est qu'elles existent encore. Qu'elles soient effectuées par internet ou non, les consultations sont souvent lourdement orientées. En outre, si la participation démocratique était réellement reconnue comme indispensable, une transparence devrait caractériser toutes les démarches visant à choisir, élaborer et évaluer des indicateurs.

Il existe une vaste documentation sur l'intervention démocratique pour guider un réseau de santé. Des chercheurs ont, par exemple, construit la grille d'analyse apparaissant au tableau 4. Ils y énumèrent huit principes qui doivent guider les politiques publiques et, de ce fait, le choix des indicateurs. Cette grille insiste notamment sur la participation, la capacitation, le holisme et l'interdisciplinarité dans les démarches d'élaboration des politiques publiques³⁵.

Il est en outre impensable de démocratiser un système de santé sans favoriser l'accès à l'information. Notons à ce sujet que la Loi d'accès à l'information sur les organismes publics du Québec fait actuellement l'objet d'une commission parlementaire visant sa réforme. Celle-ci pourrait être déterminante pour l'évaluation du réseau de la santé et des services sociaux, puisqu'il est actuellement très difficile d'avoir accès aux données de ce réseau, notamment celles de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Cet organisme a pourtant accumulé au fil des 40 dernières années une information précieuse, qui pourrait enrichir l'analyse. Si les indicateurs visent à mieux servir le public, l'accès à de telles données devrait être une condition *sine qua non*³⁶.

PIÈGE 3 PERDRE DE VUE L'ENJEU MANAGÉRIAL

Depuis l'époque du taylorisme et de «l'organisation scientifique du travail» au tournant du XX^e siècle, le développement d'indicateurs a souvent servi à réduire la part de contrôle sur le travail laissée au personnel. Le système sociosanitaire ne fait pas exception à cette règle. Au fil du temps, des réformes du travail ayant pour objectif officiel d'améliorer les soins par de nouveaux outils de mesure et par un usage accru de l'informatique ont plutôt eu pour effet de réduire le contrôle des travailleuses et des travailleurs sur leur environnement. Pourtant, dans certains milieux, ces chantiers ont parfois été entrepris avec le support des professionnel·le·s de la santé, afin par exemple de démontrer le caractère scientifique de leur travail. À d'autres occasions, les nouvelles mesures ont été justifiées puis acceptées, notamment par des infirmières, comme façon de prouver au public la surcharge dont elles faisaient l'objet. Mais la quantification de leurs fonctions aura souvent servi à intensifier ces tâches plutôt qu'à les réduire ou même simplement les reconnaître³⁷.

Avant l'apparition de la méthode Lean-Sigma, soit l'introduction récente dans le système de santé de méthodes importées d'entreprises telles que Toyota ou Motorola, la multiplication d'indicateurs accompagnait déjà le déploiement de techniques dites de «qualité totale» (*Total Quality Management*³⁸). Dans les années 1990, en Ontario, les infirmières ont initialement collaboré à la mise en place de nouvelles méthodes d'organisation du travail. Elles y voyaient une occasion d'augmenter leur degré d'autonomie. Toutefois, malgré ces motivations initiales des travailleuses ou des gestionnaires relativement au TQM, «les infirmières se sont retrouvées à devoir multiplier les *tâches* plutôt qu'à acquérir de nouvelles *compétences* et ont par conséquent

subi une perte de contrôle sur leur travail plutôt que d'en tirer une plus grande fierté³⁹. Avec l'introduction massive de ce type de pratiques dans les années 2000, le TQM constitue encore aujourd'hui une illustration d'effets non annoncés sur l'organisation du travail.

PIÈGE 4

FAIRE ABSTRACTION DE LA CONJONCTURE SOCIOÉCONOMIQUE

Il est illusoire d'attendre des indicateurs de performance qu'ils contribuent à rehausser la qualité d'un système de santé s'ils sont appliqués dans la foulée de réformes majeures ou durant des phases de compressions budgétaires. Pour qu'un indicateur soit utile, il doit être valide. On sait que « les preuves de validité s'accumulent au fil des recherches dans lesquelles on a utilisé le même indicateur et ce n'est qu'au terme d'une longue période que les publications commencent à faire état de cette validité ».

Or, le réseau de santé et de services sociaux du Québec a subi plusieurs transformations profondes au cours des 25 dernières années. Il est long et ardu de mener à terme de telles réformes et il est risqué d'y créer des indicateurs dont la durée de vie risque d'être très limitée.

Après les politiques ayant mené au déficit zéro au milieu des années 1990, notamment par la fermeture de nombreux hôpitaux, il était illusoire de s'attendre à une amélioration de la qualité des soins. Ce que l'on appelait alors le « virage ambulatoire », une transformation qui visait une efficacité accrue par un recours moindre aux installations hospitalières et un recours plus fréquent à des techniques comme la chirurgie d'un jour ou les soins à domicile, aura été complètement sapé par la compression drastique des ressources imposée à cette époque. Un médecin a écrit à l'époque :

C'est ainsi qu'à Maisonneuve-Rosemont, l'amélioration remarquable de la plupart des « indices de performance » réalisée au fil des ans s'est trouvée complètement noyée par l'augmentation du débit imposée à l'urgence à la suite des compressions. Pour ne donner qu'un seul exemple, l'hôpital reçoit maintenant 50 au lieu de 25 ambulances chaque jour à la suite de la fermeture de Saint-Michel et Bellechasse⁴¹.

Le réseau de la santé et des services sociaux du Québec a subi une autre réforme majeure en 2003, alors que Philippe Couillard était ministre de la Santé. Les fusions d'établissements créant des CSSS et des agences régionales ont rendu inapplicables bon nombre de comparaisons, en plus de soustraire au public toutes les données antérieures permettant des analyses et comparaisons longitudinales.

La réforme de 2015, sous l'autorité du ministre Gaëtan Barrette a non seulement soulevé de vives oppositions de la part de nombreuses organisations, mais elle est appliquée en pleine période d'austérité budgétaire. Cette nouvelle vague de fusions invalide désormais les comparaisons avec un système sociosanitaire qui récupérait à peine des transformations de 2003.

Non seulement la production d'indicateurs appropriés sur l'état du système devient-elle soudainement très ardue, voire impossible, mais les réformes elles-mêmes ont un impact bien plus déterminant sur la « performance » du réseau que l'effet d'indicateurs visant à l'améliorer⁴².

Comme on l'a dit, les indicateurs reflètent des choix politiques, et les caractéristiques de l'administration publique cristallisent elles-mêmes des courants philosophiques et politiques au sein d'une société. À une époque où le capital privé colonise peu à peu les sphères d'action humaine, les indicateurs présentement mis en place renforcent par conséquent cette dynamique.

PIÈGE 5 OUBLIER LES EFFETS PERVERS

En 2015, les médias québécois ont rapporté un exemple d'effets pervers observés dans le système de santé après la mise en place d'indicateurs de performance. Il a été révélé que des gestionnaires parvenaient à réduire artificiellement les listes d'attente par divers subterfuges. On dirigeait, par exemple, les patient·e·s vers des thérapies de groupe, même si celles-ci n'étaient pas indiquées dans leur cas, ou l'on appelait brièvement des personnes pour ainsi les extraire d'une liste d'attente⁴³. Ce type d'effets pervers est inévitable lorsqu'on accroît l'usage d'indicateurs pour déterminer l'évolution d'un système. On peut parfois limiter ces effets, mais on ne peut totalement les éviter.

Mal utilisés, les indicateurs de performance peuvent donc nuire à l'analyse plutôt que la favoriser. Comme le montre le tableau 5, Peter Smith a établi une liste de huit effets pervers accompagnant l'effet de tels indicateurs⁴⁴.

L'effet de tunnel désigne le risque de limiter l'évaluation d'un système de soins aux phénomènes qui peuvent être quantifiés. Il peut en résulter plusieurs effets pervers. Contrairement au secteur privé, par exemple, le secteur public n'a pas le critère unificateur des coûts. Si, pour une entreprise, une division est déficitaire, elle peut s'en départir. Mais lorsque l'État consacre des ressources importantes à une localité où règne un fort taux de chômage, il ne peut la traiter comme une « division déficitaire » et encore moins abandonner l'action étatique dans ce territoire. En contrepartie, des effets positifs et souhaitables s'avèrent difficiles à quantifier lorsque les services publics occasionnent des « externalités positives ».

Un deuxième effet pervers identifié par Smith est celui de la *sous-optimisation*. Il se produit lorsque les indicateurs amènent des gestionnaires à se concentrer sur l'atteinte d'objectifs locaux aux dépens d'objectifs pour l'ensemble du système. Selon Smith, un niveau doit nécessairement être privilégié aux dépens de l'autre

et il faut alors se poser une question fondamentale : l'organisation de marché et la bureaucratie sont-elles compatibles avec les obligations d'un fournisseur de services publics ?

Tableau 4

Huit effets pervers de Smith

Effet de tunnel	Privilégier la réduction du temps requis pour faire un bandage plutôt que l'intervention sur l'état psychologique d'un patient parce que le premier facteur est quantifiable.
Sous-optimisation	Réduire le nombre d'accidentés de la route dans une région en déplaçant la circulation dans une autre région, où il y aura augmentation du nombre d'accidentés.
Myopie	Réduire la durée de séjour à l'hôpital des personnes en réadaptation et causer une hausse des réadmissions.
Fixation sur les mesures	Parvenir à réduire le temps requis pour faire un bandage afin de pouvoir à faire plus de bandages, même s'il s'agit en fait de personnes qui reviennent en raison d'un bandage défectueux.
Mauvaise représentation	Ne pas rendre compte de toutes les erreurs médicales, étant donné qu'elles nuisent à l'image des gestionnaires.
Mauvaise interprétation	Comparer l'âge du décès moyen dans deux établissements sans se préoccuper de l'environnement socioéconomique de chacun.
Déjouement	Effectuer des dépenses non nécessaires pour éviter de devoir fonctionner avec un budget réduit l'année suivante.
Ossification	Déconsidérer les avis des patients, usagers ou de la population en se concentrant sur l'atteinte d'indicateurs désuets.

SOURCE Peter SMITH, « On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector », *International Journal of Public Administration*, vol. 18, n° 2-3, 1995, p. 277-310. Adapté par les auteurs.

De façon similaire, la *myopie* peut constituer un effet pervers de l'usage d'indicateurs. Plutôt que de privilégier une partie aux dépens de l'ensemble, on priorise cette fois certains objectifs nationaux à court terme plutôt que des projets susceptibles d'être plus légitimes, mais appelant des investissements à plus long terme.

La *fixation sur les mesures* se produit lorsque des gestionnaires accordent plus d'attention aux indicateurs qui permettent de mesurer un succès qu'aux objectifs qui sont à l'origine de ces indicateurs. Smith cite l'exemple d'un projet de réduction des listes d'attente au Royaume-Uni. On détermina alors qu'aucun.e patient.e ne devait demeurer sur une liste d'attente plus de deux ans. Les gestionnaires y parvinrent. Toutefois, même si cet indicateur sembla témoigner d'une amélioration, l'attente moyenne augmenta pour l'ensemble des patient.e.s et plus nettement encore pour les cas plus lourds qui étaient auparavant traités en priorité. L'indicateur suggérait une amélioration, alors qu'on s'était éloigné de l'objectif initial de réduire les problèmes liés à l'attente.

Autre effet pervers : les indicateurs peuvent être manipulés. On se retrouve alors avec une *mauvaise représentation* du phénomène sur lequel on souhaite agir. Cette vision faussée peut refléter la créativité du gestionnaire chargé de compiler les indicateurs, ou il peut y avoir fraude. Quant à la *mauvaise interprétation*, elle risque de devenir plus fréquente à mesure que l'on multiplie le nombre d'indicateurs et leur complexité. S'il faut des spécialistes pour lire les indicateurs, comme c'est parfois le cas, on ajoute une couche administrative supplémentaire et on favorise une dérive technocratique.

On parle de *déjouement* lorsque des gestionnaires manipulent certaines activités mesurées afin de sécuriser un avantage stratégique dans leurs fonctions. C'est le type d'effet pervers observé lorsqu'une personne a intérêt à ne pas trop améliorer le niveau d'activités qui sont de son ressort étant donné qu'advenant une amélioration,

celle-ci pourrait provoquer un rehaussement des cibles à atteindre à l'avenir.

Enfin, Smith identifie un dernier effet pervers qui peut survenir en cas d'évaluations trop rigides, l'*ossification*. Dans ce cas, l'analyse enferme l'organisation dans une activité qui ne considère plus les problèmes au-delà de la mesure qui permet l'atteinte d'objectifs circonscrits. Smith conclut notamment à cet égard que les indicateurs de performance sont particulièrement inappropriés en présence de remises en question politiques et donc d'une certaine instabilité.

Nous avons énuméré dans cette section des pièges à éviter et des effets pervers liés à l'utilisation d'indicateurs. Il est clair que la création et l'application des indicateurs de santé sont aujourd'hui le lieu d'une tension significative. À la fois utilisés et promus pour améliorer des résultats cliniques et surveiller les conditions de santé des populations, les indicateurs se retrouvent également au centre de prescriptions managériales où l'objectif de mesure (la quantification des activités, et notamment du travail) peut prendre le pas sur l'activité effectivement mesurée. C'est ce que nous examinons dans la troisième section.



3

PERFORMANCE : LA DÉRIVE QUÉBÉCOISE

Les indicateurs de santé peuvent être convertis en indicateurs de performance et viser l'atteinte de résultats hautement astreints à des considérations budgétaires.

Dans cette section, nous mettons en lumière le cadre idéologique qui conditionne cette dérive, en précisant la forme qu'il prend au Québec.

NÉOLIBÉRALISME ET SANTÉ

Dans le contexte québécois, les indicateurs de performance sont des outils indispensables à ce qu'il convient de nommer la réforme néolibérale de l'État québécois en général et du système sociosanitaire en particulier. En voulant réduire à des données quantifiables la complexité des rapports impliqués dans le *continuum* de soins, on exerce une pression à la performance aux effets réducteurs indus. Michel Parazelli signale qu'atteindre les objectifs de limitation des dépenses publiques prend aujourd'hui le pas sur les considérations éthiques et politiques et sur le contexte même où sont livrés les soins à la population.

Déjà sur le terrain, les intervenants savent que l'heure n'est plus aux bavardages sur le pourquoi de l'intervention, ni sur les repères théoriques, éthiques et politiques de construction des problèmes sociaux, et encore moins sur l'importance d'être attentifs aux réalités sociales émergentes non prévues par les programmes; mais sur le combien et le quand dans

l'atteinte des cibles visées par les divers programmes, qu'il s'agisse du domaine des dépendances, de la périnatalité, de l'itinérance, de la pauvreté, etc. Il en va d'ailleurs de la survie financière des établissements qui doivent atteindre des quotas de cibles en retour d'un financement proportionnel⁴⁵.

La qualité des soins dispensés, dans le contexte de leur prise en charge par les indicateurs de performance, vient à se confondre avec l'atteinte d'une conformité toute administrative⁴⁶. En vertu de cette approche, le service de santé de qualité est celui qui est, d'un établissement à l'autre, conforme à la même visée de calcul et de quantification; c'est le service qui peut se résumer en une seule donnée afin de s'insérer dans des rapports d'imputabilité dont la fonction est d'accompagner l'uniformisation des services, et ce, au détriment de réalités sociales diverses. Au final, et il s'agit là d'une constante de la nouvelle gestion publique, le résultat dont fait état l'indicateur de qualité ou de performance en vient à primer sur l'activité réelle⁴⁷, sur le service effectivement rendu à la population.

Yvon Brunelle et Alain Saucier soulignent le phénomène suivant :

On doit aussi noter qu'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 peut être considérée comme acceptable. Si, au lieu de prendre les moyens pour obtenir la situation désirée, on essaie d'atteindre la valeur de ce qui est devenu un objectif, alors l'indicateur perd de sa signification; en fait, il perd sa validité à titre d'indicateur. 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 la mise en lumière de ce fait entraîne une action pour corriger directement cette situation – obliger les préposés à apprendre tous les noms, par exemple –, cela n'indique pas pour autant un accroissement de l'intérêt de ceux-ci ou une amélioration de la qualité des services⁴⁸.

Dans cette obsession pour la mesure, l'imputabilité technocratique devient plus importante que l'imputabilité démocratique⁴⁹. Les gestionnaires d'établissement ont moins à répondre aux besoins des populations dont ils ont la charge qu'à devoir organiser prioritairement les soins dispensés en fonction des objectifs fixés par Québec, et ce, même si ceux-ci contredisent les besoins exprimés au niveau local. Dans ce contexte, il n'est pas rare de relever, au sein du personnel responsable des soins, un sentiment généralisé de harcèlement⁵⁰, en raison de la pression exercée pour atteindre des objectifs souvent perçus comme très éloignés des impératifs du terrain.

Il existe donc une tension dans ce domaine, que l'on peut résumer ainsi : les indicateurs sont des outils de quantification pratiques, qui permettent de constater les avancées ou reculs en matière de santé publique et de contester l'efficacité des pratiques médicales. En même temps, cette recherche de quantification pousse à l'organisation des soins en fonction des seules données observables, de sorte

que les soins en viennent à refléter les indicateurs et non l'inverse^d.

Facteur encore plus inquiétant, on assiste à la publication de certains indicateurs pour mettre en concurrence les établissements de soins de santé. Ici, les adeptes des solutions de marché affirment que l'information diffusée permettra aux « consommateurs » d'être plus « éclairés » dans leurs choix en matière de soins, poussant ainsi les gestionnaires des établissements à améliorer leur offre de services. Une telle utilisation des indicateurs, en plus de rompre avec toute idée de constitution d'un système universellement accessible, met de côté un élément central à toute politique sanitaire : la prise en considération des enjeux d'inégalités de santé. Les solutions de marché, en santé comme ailleurs, reproduisent et ultimement renforcent les inégalités existantes. User des indicateurs de santé dans cet esprit est tout sauf une mobilisation responsable d'outils de gestion pourtant indispensables.

Nous posons la question du lien entre, d'une part, la volonté louable d'optimiser les ressources du réseau et, d'autre part, la dynamique actuelle d'y instaurer des mécanismes de marché par l'application d'indicateurs de performance. Cette logique, essentiellement marchande, tend à assimiler le comportement des utilisateurs de services de santé à ceux de n'importe quel consommateur et donc à chercher des indicateurs qui guideraient ceux-ci vers des choix de consommation éclairés⁵¹.

On lira ainsi que :

Dans de nombreux pays, les responsables des politiques en sont venus à reconnaître que la concurrence est probablement le meilleur moyen d'améliorer la qualité des services dans le système de santé et que

^d Par le fait même, les établissements de santé se trouvent soumis aux mêmes règles d'organisation que les entreprises évoluant dans le secteur privé. Éric TCHOUAKET, *Influence du financement sur la performance des systèmes de soins*, thèse présentée à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, 2011, p. 34.

cette concurrence ne peut être encouragée sans que des indicateurs de qualité ne soient rendus publics⁵².

En définitive, les indicateurs introduisent une confusion néfaste entre efficacité et rendement. Si augmenter l'efficacité, mesuré par l'amélioration de l'état de santé de la population, est un objectif valable et même prioritaire, son remplacement par l'idée d'organiser les soins pour rendre ces derniers plus rentables relève d'un dangereux glissement vers la marchandisation et la privatisation de la santé au Québec. C'est pourtant ce que l'on observe sous l'impulsion de la *gestion axée sur les résultats*, imposée depuis le tournant des années 2000.

LA GESTION AXÉE SUR LES RÉSULTATS AU QUÉBEC

Le choix des indicateurs de performance est d'ordre politique. Au Québec, on a peu à peu accordé la priorité aux indicateurs de performance de type plus *gestionnaire*, voire même dans une perspective de compression budgétaire en s'inspirant des pratiques qui ont cours dans le secteur privé et qui visent une meilleure valorisation d'un capital.

La nécessité pour l'administration publique de recourir aux indicateurs de performance date de 2000 avec l'adoption de la Loi sur l'administration publique. Cette loi consacre l'adhésion de l'appareil étatique québécois au principe d'une gestion axée sur les résultats et stipule clairement que cette approche requiert la production d'indicateurs de performance.

Un document réalisé par le Conseil du trésor sur la gestion axée sur les résultats est révélateur de cette nouvelle approche. Publié en 2014, il récapitule le contexte dans lequel le Québec a choisi d'adopter cette méthode. D'entrée de jeu, on y précise que c'est «l'ouverture des marchés» et la «forte concurrence» qui amènent à

«repenser le développement de l'État» et qu'il est par conséquent nécessaire de «produire à meilleur coût⁵³».

La gestion axée sur les résultats entend placer le «citoyen» au cœur des activités de l'État. Ce citoyen n'a toutefois plus grand-chose à voir avec la démocratie inventée à Athènes. Le Conseil du trésor est clair :

En effet, les ministères et organismes ne doivent plus uniquement se préoccuper du citoyen «client» en se limitant à la connaissance de ses attentes et à l'évaluation de la qualité des services, mais aussi prendre en considération le citoyen «contribuable» [celui qui s'attend à un rendement optimal de ses taxes et impôts] et le citoyen «actionnaire» [celui qui souhaite la réalisation des orientations gouvernementales établies au regard de ses opinions et attentes]⁵⁴.

Le fondement politique de la citoyenneté s'efface donc devant une acceptation technocratique où prime le marché. De fait, dans la Loi sur l'administration publique de 2000, le «citoyen» fait référence «à la population et aux entreprises⁵⁵».

Pour que la gestion axée sur les résultats puisse fonctionner, «l'information relative aux résultats obtenus doit être constamment analysée et utilisée par l'organisation dans le processus de prise de décision⁵⁶». L'illustration d'un «tableau de bord» est également citée dans cette approche gestionnaire. Comme dans une usine, des indicateurs de performance doivent permettre aux managers d'ajuster à tout moment la production pour maintenir la plus grande efficacité⁵⁷.

Dans un guide sur les indicateurs, le Conseil du trésor précisait que chaque organisme gouvernemental devait se doter d'un «portefeuille d'indicateurs⁵⁸». Contrairement à la définition qu'en donnait le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'indicateur est nécessairement une information qui «permet de juger des progrès accomplis en vue de l'atteinte de l'objectif⁵⁹». Il acquiert une connotation beaucoup plus performative.

L'austérité appliquée aux finances publiques québécoises au tournant des années 2010 aura plus fondamentalement permis l'accélération de cette transformation de l'approche gestionnaire de l'État vers une gestion axée sur les résultats.

Dans un document déposé en annexe du budget 2010-2011, intitulé *Vers un système de santé plus performant et mieux financé*⁶⁰, le gouvernement a ouvert la porte à la ronde de compressions qui se poursuit à ce jour. Pour ce faire, la situation des dépenses de santé est décrite comme étant désormais hors de contrôle et, en raison du vieillissement de la population, en voie de mener à une impasse budgétaire dans un avenir rapproché. Bien que la nature alarmiste et biaisée de ces deux affirmations ait été démontrée depuis⁶¹, celles-ci continuent de sous-tendre l'orientation gouvernementale.

Ainsi, les indicateurs de performance en viennent à être annexés à des objectifs de compressions budgétaires. Ce faisant, la logique de marchandisation-privatisation décrite plus tôt vient rejoindre une seconde dynamique propre au néolibéralisme, soit la restriction des dépenses publiques jugées improductives. Instaurer des pratiques plus « performantes » en vient à prendre le pas sur toute autre considération, et les indicateurs allant en ce sens se trouvent à occuper une place considérable dans les travaux de planification du MSSS.

C'est ce que révèle l'étude des trois derniers plans stratégiques (2005, 2010, 2015) du MSSS. Bien que s'y trouvent réaffirmés chaque fois de grands principes directeurs comme la diminution des inégalités de santé⁶², on constate la priorité réitérée du critère budgétaire. En définitive, c'est à cet objectif principal que les indicateurs de performance se rapportent, et cette tendance n'a fait que s'accroître depuis 2005.

Au niveau des établissements de santé, certains documents révèlent la teneur des transformations en cours. Par exemple, un dépliant d'information du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM) montre le statut accordé aux nouvelles méthodes d'évaluation dans le sys-

tème sociosanitaire québécois. On y décrit l'ÉGIPPS que nous avons mentionné plus haut (p. 14), en précisant que cette démarche s'inscrit dans la même dynamique que d'autres réformes visant l'optimisation, telles que le projet « Entreprise en santé »⁶³. Tout indique que les méthodes d'évaluation de la performance en cours de développement sont importées de l'entreprise privée au sein du système public, malgré les risques d'incompatibilité entre les objectifs et les valeurs de ces différents contextes.

Bref, la priorité au rendement instaurée au Québec dans le domaine de la santé semble contraire aux valeurs préconisées dans les instances internationales : au lieu de viser une amélioration des soins et des conditions de santé de la population, l'obsession budgétaire a pour effet de retenir les indicateurs les moins pertinents pour juger de l'efficacité du réseau.

L'importance exagérée accordée à la mesure de la performance risque d'inciter l'État à adapter les soins aux indicateurs et non l'inverse. La logique d'optimisation des ressources et d'augmentation du rendement fait en sorte que l'évaluation des soins s'effectue en réponse aux besoins des administrations de justifier l'utilisation des ressources budgétaires imparties.

D'ailleurs, on observe également cette dynamique dans d'autres transformations actuelles du système, comme le principe de l'utilisateur-payeur et la mise en concurrence des établissements.

4

INVESTISSEMENT ET SANTÉ PUBLIQUE

Quels sont alors les moyens à privilégier pour qui veut accroître l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux du Québec? Faut-il développer des « soins axés sur le patient » par la production d'indicateurs toujours plus complexes sur le système de santé? Ou ne faudrait-il pas au contraire s'attaquer en amont aux causes des problèmes de santé en agissant sur les indicateurs liés aux déterminants sociaux de la santé? À notre avis, des politiques publiques qui chercheraient à accroître la santé publique plutôt que d'individualiser les soins obtiendraient de meilleurs résultats et permettraient par ailleurs des investissements appréciables dans l'économie publique. On atteindrait ainsi d'abord, et surtout, une amélioration pour l'ensemble de la population plutôt qu'une action limitée aux gens déjà malade.

« PERFORMER » VIA LA SANTÉ PUBLIQUE

Le concept fourre-tout de « soins axés sur le patient » chemine actuellement dans les propositions de transformation structurelle des systèmes de santé⁶⁴. Il recouvre aussi bien un souci de mieux agencer les rendez-vous médicaux avec l'horaire des patient·e·s que des traitements individualisés comme la prescription de tests de dépistage génétique ou de médicaments biotechnologiques. En fait, la promesse

d'axer les structures sur le patient circule au Québec depuis que le rapport Castonguay a proposé une mise en compétition des hôpitaux pour leur financement. Aujourd'hui, on voit même le « financement à l'activité » parfois désigné comme un « financement axé sur le patient⁶⁵ ».

Certaines des propositions associées aux « soins axés sur le patient » sont certainement aussi simples que bienvenues. Mais d'autres sont beaucoup plus complexes et parfois fort coûteuses. Par exemple, l'industrie pharmaceutique

développe actuellement un modèle d'affaire de « médicaments de niche », qui n'est pas toujours garant d'avancées réelles. En effet, avec « les avancées de biotechnique et le développement de tests génétiques censés permettre une médecine plus “personnalisée”, la frontière entre maladies rares et maladies communes devient de plus en plus malléable⁶⁶ ». Un accent mis sur l'individu peut ainsi grever des ressources nécessaires à l'ensemble des systèmes de santé.

Au fond, toutes ces initiatives, qu'elles impliquent ou non de réellement transformer les structures pour « axer les soins sur le patient », obéissent à une « approche client » importée du management privé. Cette approche calque des réformes néolibérales dans des organisations étatiques, et appelle la production d'indicateurs censés fournir des signaux sur une conjoncture assimilée à un marché⁶⁷. Elle insiste sur la responsabilisation individuelle – on va même jusqu'à faire signer des contrats aux patients⁶⁸ – et tend à invalider une conception holiste de la santé.

Pourtant, une attention aux déterminants sociaux de la santé, à commencer par le niveau de revenus et le statut social, permettrait d'agir plus efficacement sur la santé de la population dans son ensemble. Les indicateurs que les autorités devraient prioriser sont ceux que l'on peut lier à ces déterminants : ils agissent en amont et facilitent la prévention en matière de santé. À l'inverse d'une approche client qui tend à concentrer les ressources sur l'individu tombé malade, agir sur les déterminants sociaux de la santé permettrait d'améliorer la situation de tous et toutes avant leur recours aux services de santé curatifs :

C'est la raison pour laquelle ce concept est si important : tout le monde en bénéficie. [...] La pauvreté et la mauvaise santé de certaines personnes nous affectent tous et toutes. La pauvreté est un frein à l'économie. Les gens piégés dans l'adversité financière sont incapables de participer pleinement à la vie publique et au marché, ou de cotiser à la société par des impôts. Ils sont aussi plus susceptibles d'avoir besoin de services de santé, de chuter dans le système carcéral, ou d'avoir besoin d'aide sociale. [...] Comme

leur santé en souffre, ces coûts sont supportés par les contribuables. Nos prisons ne sont pas emplies de criminels endurcis (du moins pas à leur arrivée); la vaste majorité des crimes contre la propriété et les personnes découlent de la pauvreté. Cette grossière inégalité compromet notre sécurité, notre prospérité et notre bonheur à vivre en société⁶⁹.

Le tableau 5 dresse la liste de 12 déterminants de la santé tels que définis par Santé Canada. Notons au passage que l'item « services de santé », où l'on retrouve notamment le système hospitalier, ne figure qu'en dixième place dans cette liste. En effet, l'état de santé des gens dépendra souvent davantage de déterminants tels que les conditions de travail, l'environnement, l'éducation et le soutien social, pour n'en nommer que quelques-uns.

Santé Canada rapporte par exemple que l'effet des relations sociales sur la santé peut être aussi déterminant que l'activité physique, le tabagisme ou l'obésité. L'organisme fédéral cite en exemple des études internationales qui montrent comment le soutien social est lié au taux de décès prématurés et même au risque d'angine de poitrine. Le niveau d'instruction figure aussi parmi les déterminants sociaux cruciaux. Santé Canada relève par exemple que le nombre de jours de travail perdus diminue avec le niveau d'études. De sept par an pour les personnes n'ayant qu'un niveau élémentaire, il descend à quatre pour les personnes qui ont atteint l'échelon universitaire.

Au sommet de la liste, on trouve « le niveau de revenus et le statut social ». Être pauvre rend malade. Depuis plusieurs décennies, des spécialistes de la santé publique ont montré comment les inégalités de revenus au sein d'une société entraînent une détérioration de l'état de santé. L'ouvrage désormais célèbre des Britanniques Richard Wilkinson et Kate Pickett, *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, montre à quel point il s'agit d'un facteur névralgique dans la hausse ou la baisse du niveau de santé d'une société⁷⁰. En somme, si c'est l'amélioration de la santé des populations que l'on vise à travers le développement d'indicateurs, ceux-ci devraient refléter les déterminants

Tableau 5

Déterminants de la santé

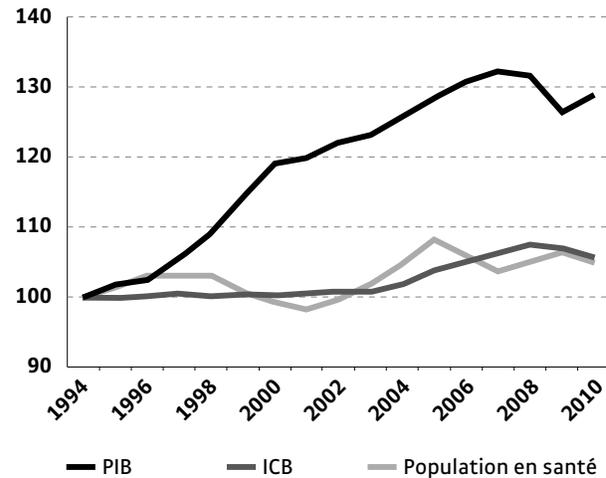
Rang	Déterminant
1	Niveau de revenu et statut social
2	Réseaux de soutien social
3	Éducation et alphabétisme
4	Emploi et conditions de travail
5	Environnements sociaux
6	Environnements physiques
7	Habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelle
8	Développement de la petite enfance
9	Patrimoine biologique et génétique
10	Services de santé
11	Sexe
12	Culture

SOURCE « Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas », *Agence de la santé publique du Canada*, www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php (consulté le 19 février 2016).

sociaux de la santé et en premier lieu le niveau de revenus et les inégalités.

Des chercheurs de l'Université de Waterloo travaillent depuis plusieurs années à développer un Indice canadien du bien-être (ICB), qui repose sur des indicateurs globaux comme la vitalité des communautés, l'engagement démocratique, l'éducation, l'environnement, la santé populationnelle, les loisirs et la culture, le niveau de vie et le rapport au temps. Dans le domaine de la santé, il mesure la santé physique, mentale et sociale. L'Indice canadien du bien-être présente les mêmes risques que les

Graphique 5

Évolution du produit intérieur brut (PIB), de l'indice canadien du bien-être (ICB) et des indicateurs de santé de l'ICB, Canada, 1994-2010

SOURCE <https://uwaterloo.ca/canadian-index-wellbeing/our-products/domains/healthy-populations>.

autres indicateurs composites et doit par conséquent être manipulé avec précaution.

Le graphique 5 montre comment la croissance économique (PIB) n'est pas garante de l'amélioration du bien-être des populations (ICB). Alors que cette croissance a été importante entre le milieu des années 1990 et le milieu des années 2000, tant l'indice canadien du bien-être global que le domaine santé de l'indice n'ont pas suivi cette progression. La prospérité liée à cette croissance a concentré des richesses entre les mains d'une minorité, et cette croissance des inégalités se reflète dans la stagnation, voire le recul, de la santé des populations, et pour cause : « Des études montrent que la répartition des revenus dans une société peut être un déterminant beaucoup plus important de la santé que le total des revenus gagnés par les membres de la société⁷¹. »

INVESTIR DANS LES INFRASTRUCTURES HUMAINES

Donner priorité aux indicateurs de santé publique permettrait non seulement d'agir efficacement sur la santé des populations prises dans leur ensemble et de traiter en amont les causes de la maladie, mais cela autoriserait également l'État à jouer un rôle économique important en investissant dans les « infrastructures humaines ».

En effet, des investissements visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé permettraient notamment de réduire les coûts futurs des maladies chroniques dont on prédit actuellement une forte augmentation. Plusieurs de ces troubles, dont l'obésité, le diabète et les maladies cardio-vasculaires, peuvent être évités s'ils font l'objet de politiques préventives. Ainsi, même selon un critère strictement économique, les autorités devraient investir aujourd'hui pour réduire l'incidence et les coûts de ces maladies au cours des prochaines décennies.

Ces investissements n'auraient pas seulement un effet stabilisateur sur les budgets de demain, ils pourraient être un facteur de stimulation économique. Les faibles investissements du secteur privé et le lourd endettement des ménages requièrent de l'État qu'il prenne le relais en matière d'investissements santé. À la fin de 2015, un nouveau gouvernement fédéral a d'ailleurs été élu en s'engageant à investir massivement dans les infrastructures, même si ces investissements entraînent des déficits budgétaires. Le gouvernement québécois devrait suivre cet exemple et revigorer l'économie publique après l'avoir trop longtemps asséchée par l'imposition de politiques d'austérité.

Ces nouveaux investissements pourraient être destinés aux « infrastructures humaines » qui permettent d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Certains de ces investissements élargiraient les services publics (garderies, éducation postsecondaire, assurance dentaire, accès à la culture). D'autres consisteraient à lancer des projets d'infrastructures, tels que le transport en commun. D'autres encore permettraient de s'attaquer à des

injustices historiques comme les inégalités de santé qui affectent les peuples autochtones⁷².

Par le passé, des investissements en santé publique ont permis à la fois d'améliorer la santé de la population et d'économiser sur les dépenses engendrées par les maladies ou les accidents. Ce fut le cas des politiques de sécurité routière, de fluoration de l'eau, de garderies publiques, de logements pour les sans-abri, etc. L'OMS dresse d'ailleurs des listes de domaines où l'inaction des autorités s'avère plus coûteuse que l'action⁷³.

À titre d'exemple, on peut citer les succès fulgurants de la lutte contre le tabac. La réduction du tabagisme s'est traduite à la fois par une meilleure santé et par des réductions importantes des coûts consacrés à la foule de pathologies causées par cette habitude de vie. Un autre exemple moins connu est celui des soins primaires de dentisterie offerts gratuitement aux écoliers de 5 à 14 ans en Saskatchewan et au Manitoba dans les années 1970 et 1980⁷⁴. Il a fallu relativement peu de dépenses pour livrer ces soins qui ont permis le maintien de la santé bucco-dentaire à un âge charnière. Des estimations permettent d'évaluer à 560 millions de dollars au Canada les coûts d'un tel programme de nos jours, soit 4,1 % de l'ensemble des coûts publics et privés de services dentaires.

Enfin, le cas des centres de la petite enfance au Québec est également un exemple où l'action publique sur un déterminant social de la santé, soit le statut socio-économique à l'enfance, présente un impact important sur les indicateurs de santé de la population, tout en permettant des économies⁷⁵. Cette politique s'est avérée un important égalisateur social pour les enfants issus de différentes catégories socioéconomiques, en favorisant la récupération du retard de maturité et de préparation à l'école. À l'inverse, lorsque les enfants sont confinés à une petite enfance défavorisée et que ce retard n'est pas récupéré, les conséquences s'en feront sentir jusque tard à l'âge adulte.



Conclusion

Dans cette brochure, nous avons exploré le thème des indicateurs en santé. Nous avons vu que ces indicateurs sont multiples et que même s'il s'agit d'instruments indispensables à l'évaluation de la santé des populations et des systèmes sanitaires d'une société, ils ne sont pas neutres et peuvent servir certains objectifs aux dépens d'autres priorités. Le choix d'indicateurs est toujours le fruit d'une décision politique et peu importe les motivations qui guident ces choix, des pièges et des effets pervers peuvent annuler l'effet recherché.

À une époque où le gouvernement québécois introduit une nouvelle gouvernance entrepreneuriale au sein de l'État, et notamment au sein du réseau de la santé et des services sociaux, les indicateurs dits de performance sont mis de l'avant afin de favoriser une gestion axée sur les résultats. Ces approches sont inspirées de l'entreprise privée et contribuent à substituer peu à peu des objectifs budgétaires (le rendement financier) aux objectifs publics de santé des populations.

Si l'on souhaite améliorer l'état de santé de la population québécoise, il importerait de mettre l'accent sur les indicateurs témoignant de la santé publique, de façon à renouer avec une approche de la santé plus holiste, et donc reconnaître l'ensemble des déterminants sociaux de la santé en amont de tout recours au système hospitalier.

En somme, la gouvernance entrepreneuriale et les indicateurs qui y sont liés ne servent pas l'intérêt des populations, et développer des indicateurs de performance assujettis à cette vision des services publics est un leurre. Qui plus est, les politiques d'austérité qui ont dans les dernières années considérablement restreint les ressources du réseau de santé et des services sociaux invalident d'emblée toute volonté de hausser le niveau de santé des populations par l'utilisation d'indicateurs de performance.

Annexe

Tableau 6

Classement des provinces canadiennes selon le Canada Health Consumer Index

Sous-discipline	Indicateur	C-B	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NE	IPE	TNL
Accès du patient à l'information	Loi sur les droits des patients	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Dossier d'hôpital électronique	2	3	1	1	2	1	3	2	2	3
	Liste des médicaments pour non initiés	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Rapport en ligne du temps d'attente pour l'imagerie	1	1	3	3	3	1	1	3	3	1
	Satisfaction des patients	1	1	2	2	2	2	3	3	2	2
	Score pondéré de la sous-discipline (/100)	53	53	60	60	67	47	67	73	67	60
Soins primaires et prévention	Accès à un médecin de famille	2	1	1	2	3	1	3	3	3	2
	Dépistage du cancer du colon	2	2	2	3	3	1	2	1	2	2
	Dépistage du cancer du sein	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3
	Taux de réadmission pour problèmes d'asthme	2	2	2	1	2	1	3	2	2	2
	Taux d'hospitalisation pour conditions liées aux soins ambulatoires	3	3	2	3	3	3	1	2	2	1
	Score pondéré de la sous-discipline (/100)	73	73	67	80	93	60	80	67	67	67
Temps d'attente	Accès à un spécialiste moins d'un mois après référence pour nouvelle condition	3	1	2	2	1	3	2	2	2	1
	Attente pour chirurgie de la hanche	3	2	1	1	3	3	2	1	2	2
	Attente pour chirurgie du genou	3	2	2	2	3	3	2	1	2	2
	Radiothérapie pour le cancer faite promptement	3	1	3	3	3	3	3	1	3	2
	Temps d'attente pour CT scan	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
	Temps d'attente pour IRM	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1
	Temps d'attente pour chirurgie des cataractes	3	1	3	1	3	2	3	2	2	3

Sous-discipline	Indicateur	C-B	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NE	IPE	TNL
	Chirurgie pour fracture de la hanche même jour ou jour suivant	2	2	1	2	2	1	3	2	2	3
Temps d'attente (suite)	Score pondéré de la sous-discipline (/350)	306	190	233	219	292	277	277	190	219	219
	Taux de mortalité dû aux IAM en hôpital	2	3	2	3	2	1	2	2	2	2
	Taux de mortalité dû aux AVC en hôpital	2	3	2	2	2	1	2	1	2	1
	Taux de mortalité infantile	3	1	1	1	2	2	3	3	2	1
	Taux de fracture de la hanche en hôpital	2	1	2	1	3	1	2	2	2	2
	Taux de réadmission pour hystérectomie	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
	Taux de réadmission pour prostatectomie	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Résultats de santé	Score pondéré de la sous-discipline (/350)	253	233	194	214	253	175	253	233	233	175
	Vaccination infantile	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
	Vaccination contre la grippe pour aînés	3	2	2	2	3	2	2	3	1	1
	% d'approbation des nouveaux médicaments	1	1	2	1	1	3	2	2	1	2
	Inclusion rapide des nouveaux médicaments au programme de remboursement provincial	1	3	3	3	2	3	1	1	1	2
	Accès à de l'information médicale 24/7	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3
Étendue et portée des services et accès aux nouveaux médicaments	Score pondéré de la sous-discipline (/100)	67	80	80	73	73	87	67	73	40	67
	Score global	752	630	634	646	778	645	743	636	625	587

SOURCE Ben EISNER, « Canada Health Consumer Index 2010 », Frontier Center for Public Policy, décembre 2010, 50 p., www.aims.ca/site/media/aims/healthconsumerindex.pdf.

Sous-discipline	Indicateur	C-B	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NE	IPE	TNL
	Temps d'attente pour IRM	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1
	Temps d'attente pour chirurgie des cataractes	3	1	3	1	3	2	3	2	2	3
	Chirurgie pour fracture de la hanche même jour ou jour suivant	2	2	1	2	2	1	3	2	2	3
Temps d'attente (suite)	Score pondéré de la sous-discipline (/250)	219	135	167	156	208	198	198	135	156	156
	Taux de mortalité dû aux IAM en hôpital	2	3	2	3	2	1	2	2	2	2
	Taux de mortalité dû aux AVC en hôpital	2	3	2	2	2	1	2	1	2	1
	Taux de mortalité infantile	3	1	1	1	2	2	3	3	2	1
	Taux de fracture de la hanche en hôpital	2	1	2	1	3	1	2	2	2	2
	Taux de réadmission pour hystérectomie	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
	Taux de réadmission pour prostatectomie	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Résultats de santé	Score pondéré de la sous-discipline (/350)	253	233	194	214	253	175	253	233	233	175
	Score global	810	692	646	678	848	641	791	740	690	593

SOURCE Ben EISNER, « Canada Health Consumer Index 2010 », Frontier Center for Public Policy, décembre 2010, 50 p., www.aims.ca/site/media/aims/healthconsumerindex.pdf, calculs de l'IRIS.

Tableau 8

Classement des provinces canadienne selon les indicateurs de santé de « L'ICIS en bref »

Sous-discipline	Indicateur	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NE	IPE	TNL
Accès	Temps d'attente pour voir un spécialiste	2	1	1	2	2	1	3	2	2	3
	Temps d'attente pour une radiothérapie	1	1	2	3	3	3	2	1	1	2
	Temps d'attente pour un remplacement articulaire	1	3	3	1	3	3	1	1	2	3
	Score pondéré de la sous-discipline (/100)	44	56	67	67	89	78	67	44	56	89
Qualités	Réadmission à l'hôpital	1	2	1	3	1	3	2	2	2	3
	Décès à l'hôpital	3	3	2	1	2	3	2	1	2	1
	Hospitalisation répétées en raison d'une maladie mentale	1	2	2	3	2	2	2	2	2	1
	Score pondéré de la sous-discipline (/100)	56	78	56	78	56	89	67	56	67	56
Dépenses	Dépenses publiques de santé par habitant, ajustées selon l'âge	3	1	1	1	3	3	3	1	1	1
	Coût standard d'un séjour à l'hôpital	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1
	Scores pondéré de la sous-discipline (/100)	67	33	33	33	100	100	100	33	33	33
Prévention	Obésité	3	2	1	1	2	3	1	1	2	1
	Tabagisme	3	2	1	2	3	1	1	1	2	1
	Score pondéré de la sous-discipline (/100)	100	67	33	50	83	67	33	33	67	33
	Espérance de vie à la naissance	3	1	1	1	3	3	1	1	1	1
Résultat	Décès évitables	3	1	1	1	3	2	1	1	2	1
	Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance	1	1	1	1	3	3	2	1	3	1
	Score pondéré de la sous-discipline (/100)	78	33	33	33	100	89	44	33	67	33
	Score global	344	267	222	261	428	422	311	200	289	244

SOURCES « Votre système de santé », Institut canadien d'information sur la santé, <http://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr> (consulté le 19 février 2016), calculs de l'IRIS.



Notes de fin de document

- 1 Guillaume HÉBERT, *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?*, Montréal, IRIS, 2012, 8 p.
- 2 Yvon BRUNELLE et Alain SAUCIER, *Les indicateurs et le système de soins*, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec), Direction générale de la planification et de l'évaluation, février 1999, p. 3.
- 3 Chantal D'AUTEUIL, *Guide sur les indicateurs*, Secrétariat du Conseil du trésor (Québec), février 2003, p. 14, www.tresor.gouv.qc.ca/cadredegestion/fileadmin/documents/publications/sct/guide_indicateur.pdf.
- 4 « À propos de l'OMS », Organisation mondiale de la Santé (OMS), www.who.int/about/fr (consulté le 15 février 2016).
- 5 ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE (OCDE), *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, Éditions OCDE, 2015, 222 p., http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr.
- 6 OCDE, *Le Projet de l'OCDE sur la santé : Vers des systèmes de santé plus performants*, Paris, 2004, p. 12, www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/31785614.pdf.
- 7 *Ibid.*, p. 11.
- 8 *Ibid.*, p. 13.
- 9 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATIONS SUR LA SANTÉ (ICIS), *Indicateurs de santé 2013*, Ottawa, 2013, p. 4, https://secure.cihi.ca/free_products/HI2013_Jan30_FR.pdf.
- 10 *Ibid.*, p. 7.
- 11 Jack KNOTT et Aaron WILDAVSKY, « If Dissemination Is the Solution, What Is the Problem? », *Science Communication*, vol. 1, n° 4, 1980, p. 537-578, cités par Damien CONTANDRIOPOULOS, Astrid BROUSSELLE et Nonvignon Marius KÉDOTÉ, « Évaluation des interventions visant à promouvoir l'utilisation de l'information dans les systèmes et les organisations », *Healthcare Policy*, vol. 4, n° 1, 2008, p. 89-107.
- 12 François CHAMPAGNE et autres, *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*, Résumé du rapport technique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, avril 2005, 39 p., www.irsip.umontreal.ca/rapportpdf/N05-02.pdf.
- 13 Peter SMITH, « On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector », *International Journal of Public Administration*, vol. 18, n° 2-3, p. 294, <http://dx.doi.org/10.1080/01900699508525011>.
- 14 BRUNELLE et SAUCIER, *op. cit.*, p. 18.
- 15 « Rate my hospital : A fifth estate investigation », *CBC News*, www.cbc.ca/news2/health/features/ratemyhospital (consulté le 19 février 2016).
- 16 Dan ZUBERI, *Cleaning Up How Hospital Outsourcing Is Hurting Workers and Endangering Patients*, Ithaca, Cornell University Press, 2013, 200 p.
- 17 « Rate my hospital », *op. cit.*
- 18 Paul TAYLOR, « Are websites that rate hospitals and MD reliable? », *Healthy Debates*, 1^{er} juin 2015, <http://healthydebate.ca/personal-health-navigator/websites-rate-hospitals-mds-reliable>.
- 19 Ben EISNER, « Canada Health Consumer Index 2010 », Frontier Center for Public Policy, décembre 2010, 50 p., www.aims.ca/site/media/aims/healthconsumerindex.pdf. Il s'agit du fruit d'une collaboration entre trois instituts favorables aux marchés : le Frontier Centre for Public Policy, le Health Consumer Powerhouse et l'Atlantic Institute for Market Studies.
- 20 « Votre système de santé », *Institut canadien d'information sur la santé*, <http://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr> (consulté le 19 février 2016).
- 21 *Idem.*
- 22 Bachus BARUA, *Provincial Healthcare Index*, Institut Fraser, janvier 2013, 76 p., <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/provincial-healthcare-index-2013-rev.pdf>.
- 23 CHAMPAGNE et autres, *op. cit.*, p. 29.
- 24 BRUNELLE et SAUCIER, *op. cit.*, p. 2.
- 25 *Le guide du citoyen sur les indicateurs de santé : Guide de référence pour les Canadiens*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2011, p. 17.
- 26 CYERT (traduction), cité par BRUNELLE et SAUCIER, *op. cit.*, p. 5.
- 27 HÉBERT (2012), *op. cit.*
- 28 BRUNELLE et SAUCIER, *op. cit.*, p. 10.

- 29 Chantale LESSARD, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS et Marie-Dominique BEAULIEU, « The role (or not) of economic evaluation at the micro level : can Bourdieu's theory provide a way forward for clinical decision-making? », *Social Science & Medicine*, vol. 70, no. 12, 2010, 1948-1956.
- 30 BRUNELLE et SAUCIER, *op. cit.*, p. 1.
- 31 Peter SMITH, « On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector », *International journal of public administration*, vol. 18, no. 2, 1995, p. 277-310.
- 32 CHAMPAGNE et autres, *op. cit.*, p. 26-29.
- 33 Guillaume HÉBERT, La gouvernance en santé au Québec, note socioéconomique, IRIS, février 2014, 12 p.
- 34 CHAMPAGNE et autres, *op. cit.*, p. 29.
- 35 Également sur la participation des communautés à la définition des politiques de santé : A. O'MARA-EVES et autres, « The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups : A meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 15, no. 129, 2015.
- 36 Damien CONTANDRIOPOULOS, « Cinq milliards dépensés dans le noir », *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques*, 24 novembre 2015, <http://iris-recherche.qc.ca/blogue/cinq-milliards-depenses-dans-le-noir>.
- 37 Pat ARMSTRONG et autres, *Take Care : Warning Signals for Canadian Healthcare System*, University Toronto Press, 1994, 128 pages. Voir aussi : Patrick MARTIN, *Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier : une étude exploratoire auprès d'infirmières québécoises politiquement engagées*, thèse de doctorat, Université de Montréal, 2015, 521 p.
- 38 À propos de la méthode LEAN : Yves CLOT, *Le Travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte, 2010. À propos du TQM : Nicolaas SIEDS KLAZINGA, *Quality management of medical specialist care in The Netherlands : An explorative study of its nature and development*, Université Erasmus de Rotterdam, 1996.
- 39 Pat ARMSTRONG et Hugh ARMSTRONG (traduction), « Contradictions at work : Struggles for control in Canadian Healthcare », *Socialist Register 2010*, p. 153.
- 40 André-Pierre CHAMPAGNE et autres, *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*, Université de Montréal, 1990, 197 p. cité par CHAMPANGNE et al., *op. cit.*, p. 20.
- 41 Paul LÉVESQUE, « Le » virage ambulatoire « n'est plus qu'une fiction », *La Presse*, 28 mars 1998, p. B3.
- 42 ARMSTRONG et ARMSTRONG, *op. cit.*, p. 153.
- 43 Véronique PRINCE, « «Tromperie» , pour éliminer les listes d'attentes », *TVA Nouvelles*, 10 septembre 2015.
- 44 SMITH, *op. cit.*
- 45 Michel PARAZELLI, « L'autorité du »marché« de la santé et des services sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 2010, p. 8.
- 46 Daniel LOZEAU, « Le difficile ancrage de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics : écarts et cohabitation entre trois archétypes organisationnels », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 2010, p. 66.
- 47 Samuel LEGAULT-MERCIER et Michèle ST-PIERRE, « De l'usage des indicateurs de qualitatifs en évolution et en suivi de gestion dans l'administration publique », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Vol. 25, No. 1, p. 69-89.
- 48 Brunelle et Saucier, *op. cit.*, p. 18.
- 49 Isabelle FORTIER, « La modernisation de l'État québécois : la gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 2010, p. 35-50.
- 50 Vincent de GAULEJAC, « La NGP : nouvelle gestion paradoxante », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 2010, p. 83-98.
- 51 LABRIE, Yanick, *Pour un système de santé universel et efficace : Six propositions de réforme*, Montréal, Institut économique de Montréal, 2014, p. 45-49.
- 52 *Idem*, p. 45.
- 53 SÉCRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR, *Guide sur la gestion axée sur les résultats*, Gouvernement du Québec, 2014, p. 3, www.tresor.gouv.qc.ca/cadregestion/fileadmin/documents/publications/sct/GuideGestionAxeResultat.pdf.
- 54 *Ibid.*, p. 6.
- 55 *Ibid.*, p. 16
- 56 *Ibid.*, p. 17
- 57 MOUVEMENT QUÉBÉCOIS DE LA QUALITÉ, « Tableau de bord et indicateur de performance », Présentation, <https://www.qualite.qc.ca/uploads/files/presentation-tableau-de-bord>

- et-indicateurs-de-performance.pdf (consulté le 19 février 2016).
- 58 D'AUTEUIL, *op. cit.*, p. 29.
- 59 «Objectif, indicateur et cible : éléments essentiels de la performance», *Secrétariat du Conseil du Trésor*, 27 novembre 2014, www.tresor.gouv.qc.ca/cadredegestion/actualites/detail-de-la-nouvelle/objectif-indicateur-et-cible-elementes-essentiels-de-la-performance/index.html.
- 60 *Vers un système de santé plus performant et mieux financé*, Budget 2010-2011, Québec, Gouvernement du Québec, 2010.
- 61 Francis FORTIER et Guillaume HÉBERT, *Quels seront les impacts du vieillissement de la population?*, Montréal, IRIS, 2015, 16 p. Guillaume HÉBERT et Jennie-Laure SULLY, *Les dépenses en santé sont-elles hors contrôle?*, Montréal, IRIS, 2015, 12 p.
- 62 Voir les plans stratégiques 2005-2010, 2010-2015 et 2015-2020 du Gouvernement du Québec. *Plan stratégique 2005-2010 du MSSS*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, 47 p. *Plan stratégique 2010-2015 du MSSS*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 52 p. *Plan stratégique 2015-2020 du MSSS*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 23 p.
- 63 EGIPSS version capsule.fr (mon document), vérifier avec la FIQ ce qu'elles pensent d'Entreprise en santé. www.bnq.qc.ca/fr/normalisation/ressources-humaines/entreprise-en-sante.html
- 64 Ronald M. EPSTEIN et Richard L. STREET Jr, «The Values and Value of Patient-Centered Care», *Annals of Family Medicine*, mars 2011, vol. 9, no. 2, p. 100-103.
- 65 GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ, «En avoir pour notre argent (Rapport Castonguay)», Rapport, Gouvernement du Québec, 2008, 338 p.
- 66 Marc-André GAGNON, «Pourquoi les médicaments sont-ils si chers», *Conférence-débat Pilule d'Or Prescrire 2015*, p. 3, www.prescrire.org/Docu/DownloadDocu/PDFs/PiluledOr2015_Gagnon.pdf (consulté le 19 février 2016).
- 67 Ann FIELD, «Centré sur l'approche client», *Les Affaires*, 17 novembre 2008.
- 68 Cy FRANK et autres, «Creating Sustainable Accountability through Collaboration, Relevant Measurement and Timely Feedback», *Healthcare Papers*, 2006, vol.7, no.1, p. 38.
- 69 Ryan MEILI (traduction), *A Healthy Society : How a Focus on Health can Revive Canadian Democracy*, Purich Publishing Limited, Saskatoon, 2012, p. 27.
- 70 Richard Wilkinson et Kate Pickett, *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Éditions Les petits matins, Paris, 2013, 512 p.
- 71 «Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas», *Agence de la santé publique du Canada*, [hwww.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php) (consulté le 19 février 2016)
- 72 Wendy GLAUSER, Joshua TEPPER et Jill KONKON, «8 steps toward addressing Indigenous health inequities», *Healthy Debates*, 7 janvier 2016, <http://healthydebate.ca/2016/01/topic/8-steps-toward-addressing-indigenous-health-inequities>.
- 73 OMS, *The Case for Investing in Public Health*, 2014, Rapport, 40 p., www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf.
- 74 CENTRE CANADIEN DES POLITIQUES ALTERNATIVES, *Putting Our Money Where Our Mouth Is : The Future of Dental Health Care in Canada*, Avril 2011, 44 p.
- 75 Voir les travaux de Sylvana CÔTÉ, notamment : «Child care quality and cognitive development : trajectories leading to better preacademic skills», *Child Development*, Mars-Avril, 2013, vol. 84, no. 2, p. 752-766.



IRIS

Institut de recherche
et d'informations
socioéconomiques

L'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheurs se positionne sur les grands enjeux socioéconomiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES

1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7

514.789.2409 • iris-recherche.qc.ca

Imprimé **ISBN 978-2-923011-80-6**
PDF **ISBN 978-2-923011-81-3**