

**Orientations pour l'appréciation
de la performance
des services sociaux québécois**

Orientations pour l'appréciation de la performance des services sociaux québécois

Rapport de recherche

Présenté au

Conseil de la santé et du bien-être

Par

André Beaudoin, Ph. D., consultant

Mars 2005

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

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

Édition produite par :

Le Conseil de la santé et du bien-être

1020, route de l'Église, bureau 700

Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9

téléphone : (418) 643-3040

télécopieur : (418) 644-0654

courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

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

www.csbe.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN : 2-550-45300-X (format PDF)

ISBN : 2-550-45299-2 (version imprimée)

© Gouvernement du Québec

PRÉFACE

Dans le contexte du projet de loi 38 prévoyant l'institution d'un Commissaire à la santé et au bien-être, le Conseil de la santé et du bien-être s'est vu mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour préparer des outils de travail et des partenariats en vue de soutenir l'action d'un futur Commissaire à la santé et au bien-être.

Pour donner suite à ce mandat, le Conseil a voulu bénéficier de l'expertise de différents chercheurs et groupes de recherche et leur a demandé de produire des rapports de recherche en lien avec les différentes fonctions et responsabilités prévues pour le Commissaire : fonction d'appréciation du système de services de santé et de services sociaux, fonctions de consultation et d'information et responsabilités liées aux enjeux éthiques du système et aux questions relatives aux médicaments et aux technologies.

Le présent rapport de recherche sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec, que rend public le Conseil, a été réalisé par André Beaudoin, consultant.

Au nom du Conseil de la santé et du bien-être, je remercie bien sincèrement l'auteur. Toutefois, comme il se doit, les opinions formulées dans ce rapport de recherche n'engagent que ce dernier.

La présidente,

Hélène Morais

SOMMAIRE

Le présent rapport d'étude a pour but d'éclairer les choix à faire en vue de l'appréciation de la performance des services sociaux québécois.

Le système des services sociaux dont il s'agit d'apprécier la performance est défini ici comme celui des services sociaux publics existants ou prévus dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il s'agit d'un système d'action organisé dans un contexte concret composé d'un ensemble de sous-systèmes dont la finalité première est de contribuer à la solution des problèmes dans les rapports sociaux, d'en prévenir l'apparition et de satisfaire les besoins de socialité pour le mieux-être des personnes en leur fournissant de manière équitable des services de qualité. Le premier objectif des services sociaux est le rétablissement du fonctionnement en société des personnes avec des problèmes d'adaptation, de délinquance, de menaces à leur intégrité, d'isolement ou de carence dans leurs rapports sociaux. Le deuxième objectif vise la réalisation de l'intégration des personnes vivant des problèmes d'exclusion sociale, de surcharge, des difficultés d'insertion, ou en situation de handicaps. Le troisième objectif des services sociaux est la protection contre les situations de violence (couple et famille, agressions, mauvais traitements, négligence) et la diminution et prévention des conditions de violence, d'exclusion et de déviance. Le quatrième objectif retenu est le soutien à la création d'environnements sociaux constructifs.

L'appréciation de la performance des services sociaux vise à poser un jugement de synthèse sur la pertinence des services sociaux par rapport aux besoins de la population, sur la qualité, l'efficacité, l'efficience et la productivité des services offerts ainsi que sur l'équité de leur distribution et leur accessibilité sur le territoire et pour les différents groupes de la population.

Deux finalités distinctes de l'appréciation sont proposées. La première est l'appréciation des résultats des services sociaux pour l'enfance et la jeunesse. Il s'agit de montrer jusqu'à quel point les services sociaux dans leur action propre et dans leur action conjointe avec les services de santé et en interface avec les soins de garde et le système scolaire contribuent à améliorer le bien-être des enfants et des jeunes en difficulté et à prévenir l'apparition de problèmes chez les jeunes en situation de vulnérabilité. Cette finalité d'appréciation des résultats devrait être organisée autour des enfants, de leur famille et du milieu de garde, de la conception jusqu'à l'âge de la maternelle; autour des enfants, de leur famille et du milieu scolaire pendant la période d'âge allant du début de la maternelle jusqu'à la fin du primaire; et pour les jeunes ayant dépassé le primaire (12 ans et plus) jusqu'à 19 ans, en tenant compte de la famille, du milieu scolaire, des groupes d'appartenance et du travail. La deuxième finalité de l'appréciation porte sur la contribution des services sociaux au maintien de l'indépendance de vie des adultes avec difficultés permanentes et temporaires. Elle consiste à montrer jusqu'à quel point les services sociaux dans leur action propre et dans leur action conjointe avec les services de

santé et en interface avec les organismes du milieu réussissent à maintenir ou à rétablir le mode de vie qui est le plus près possible d'une vie indépendante pour ces personnes dans leur milieu, soit la plupart du temps à domicile, ou avec d'autres solutions permettant le maintien de leur indépendance. Cette deuxième finalité de l'appréciation concerne les aînés en perte d'autonomie, mais également les personnes aux prises avec des difficultés qui les empêchent temporairement de se réaliser ou qui les affectent de manière définitive.

Par rapport à ces deux grandes finalités, un ensemble d'objectifs précis d'appréciation sont présentés dans le document. Ils constituent la base de l'élaboration d'un système d'indicateurs pour l'appréciation des services sociaux.

Finalement, certains mécanismes favorables à l'appréciation de la performance des services sociaux sont proposés. Premièrement, il est proposé que l'appréciation soit faite à partir d'un plan stratégique ministériel centré sur une mission définissant des finalités et des objectifs à réaliser par les services sociaux par rapport à la population et à la clientèle. Deuxièmement, est abordée la question des mécanismes nécessaires pour utiliser toutes les données pertinentes à l'appréciation globale. Une troisième proposition porte sur la capacité d'informer la population et le gouvernement sur la performance globale des services sociaux et sur des changements à apporter afin d'en améliorer la pertinence, l'efficacité et l'efficience. Quatrièmement, il est proposé que l'instance responsable de l'appréciation, le Commissaire à la santé et au bien-être, dispose des moyens requis pour rendre les informations publiques, faire des analyses rétrospectives, exprimer des recommandations éclairées sur la performance du système et sur les grands enjeux des services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	7
Première partie	
Notions de base : services sociaux, performance et appréciation.....	9
1.1 Qu'entend-on par services sociaux ?	9
1.2. Qu'entend-on par la performance des services sociaux ?	15
1.3 Qu'entend-on par l'appréciation de la performance des services sociaux ?	16
Deuxième partie	
Le contexte et le choix du cadre d'appréciation de la performance des services sociaux	19
2.1 Le modèle intégrateur pour l'appréciation des services de santé et des services sociaux	19
2.2 Quelques constatations tirées de l'analyse comparative	22
2.3 Quelques particularités des services sociaux québécois	23
2.3.1 <i>L'organisation des services sociaux publics québécois</i>	23
2.3.2 <i>Les principales composantes des services sociaux publics québécois</i>	25
2.3.3 <i>Les mécanismes de fonctionnement</i>	25
2.3.4 <i>Les mécanismes d'appréciation de la performance des services sociaux</i>	27
Troisième partie	
Propositions : finalités, objectifs et mécanismes pour l'appréciation de la performance des services sociaux québécois	31
3.1. Des finalités de l'appréciation des services sociaux	31
3.2 Des objectifs de l'appréciation de la performance des services sociaux québécois	32
3.3 Des mécanismes pour soutenir l'appréciation de la performance des services sociaux	35
Conclusion	37
Bibliographie	39

Annexe 1

Quelques éléments de définition des domaines de services sociaux	49
---	-----------

Annexe 2

Analyse comparative de cadres et d'approches utilisés pour l'appréciation de la performance des services sociaux.....	53
--	-----------

2.1 Trois provinces canadiennes : l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique.....	54
2.1.1 L'Ontario	54
2.1.2 L'Alberta	58
2.1.3 La Colombie-Britannique	63
2.2 France.....	68
2.2.1 La rénovation de l'action sociale et médico-sociale	69
2.2.2 Place de l'appréciation et de l'évaluation.....	70
2.2.3 Insertion de l'évaluation dans la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	72
2.3 Royaume-Uni (Angleterre)	75
2.3.1 Contexte de l'organisation et de l'appréciation de la performance des services sociaux	75
2.3.2 Mécanismes d'appréciation de la performance.....	76
2.3.3 Standards et critères de la performance	77
2.3.4 Indicateurs de performance	79
2.4 Synthèse des constatations de l'analyse comparative	81

INTRODUCTION

Mettre en place des programmes et des services qui contribuent à améliorer le bien-être et la santé, voilà une aspiration que partagent la plupart des acteurs travaillant dans le secteur des services de santé et des services sociaux.

Le choix d'un cadre d'appréciation de la performance des services sociaux à l'aide d'indicateurs peut devenir un outil puissant permettant de contribuer à l'atteinte de cet objectif. L'appréciation peut être utilisée afin de mettre en œuvre des programmes et des services mieux ciblés, plus cohérents et ayant de meilleures chances de succès.

Le présent document vise à éclairer le choix pour l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec. Il est composé de trois grandes parties. La première partie présente des éléments de définition des services sociaux et de l'appréciation de leur performance. La deuxième partie aborde le contexte de l'appréciation de la performance des services sociaux, notamment en résumant l'expérience étrangère, canadienne et québécoise en la matière. La troisième partie propose des éléments d'un cadre d'appréciation de la performance des services sociaux québécois.

On retrouve enfin deux annexes dans lesquelles sont précisés quelques éléments de définition des domaines de services sociaux québécois et les indicateurs utilisés dans trois provinces canadiennes – l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique et dans deux pays – la France et le Royaume-Uni.

PREMIÈRE PARTIE

NOTIONS DE BASE : SERVICES SOCIAUX, PERFORMANCE ET APPRÉCIATION

Trois éléments essentiels sont à clarifier avant d'élaborer un cadre pour l'appréciation de la performance des services sociaux québécois. Le premier est la définition des *services sociaux*. Le deuxième est la définition de la notion de *performance* des services sociaux. Le troisième élément est de circonscrire la notion de *l'appréciation* de la performance des services sociaux.

1.1 Qu'entend-on par services sociaux ?

D'entrée de jeu, il est important de bien préciser ce qu'il faut entendre ici par services sociaux. C'est l'objet de la première section de ce chapitre : proposer une définition des services sociaux applicable à l'appréciation du système de services de santé et de services sociaux.

Même si on retrouve assez couramment depuis quelques années le terme champ du « social » utilisé à peu de chose près comme synonyme de « services sociaux », ce terme ne paraît pas approprié pour rendre compte de la réalité. En fait, l'utilisation du terme « social » à la place de « services sociaux » est empruntée à certains écrits français pour désigner des actions relevant de l'amélioration des conditions de vie ou visant à trouver des solutions aux problèmes sociaux, autrement dit l'ensemble de la politique sociale (voir Beaudoin, 1987, p. 6-9). C'est pourquoi l'option prise ici est de se référer plutôt au concept « services sociaux » vu qu'il paraît plus conforme à l'approche québécoise utilisée jusqu'à maintenant : Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), désignation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Par ailleurs, comme nous le verrons, l'emploi du concept « services sociaux » n'est pas restreint aux seuls services sociaux offerts par les établissements relevant du MSSS.

Du côté anglais, on utilise souvent la notion de « *social services* » selon une conception générique ou englobante pour désigner l'ensemble des actions et des services contenus dans différents secteurs fonctionnels de la politique sociale : la santé, l'éducation, l'habitation, la sécurité du revenu, la justice. Ce faisant, ce concept s'inspire de la littérature sur l'administration sociale britannique développée en particulier par Titmuss (1974), Brown (1985) et Higgins (1981). Le rapport Barclay sur les services sociaux en Angleterre a aussi utilisé une définition semblable en établissant que « les services sociaux sont des services statutaires et volontaires qu'on considère essentiels pour la survie et le développement personnel dans une société civilisée » (Barclay, 1982, p. XV). Il inclut ainsi dans les services sociaux toute une série de services qui vont de la santé jusqu'à l'éducation et qui pourraient même comprendre les loisirs.

Aux États-Unis, le concept « *human services* » est souvent utilisé pour référer à une conception centrée sur le fournisseur de services dans laquelle l'interaction humaine est définie comme partie du contenu de la fourniture des services (Eriksen, 1997). Le concept est défini tantôt à partir des bénéficiaires du service ou des usagers, qui peuvent être soit les enfants, les jeunes, les familles, les délinquants, les personnes avec déficiences, les personnes âgées, tantôt en précisant que la principale fonction de ces services est de protéger, de maintenir ou d'améliorer le bien-être personnel des individus en définissant, en renforçant ou en modifiant l'une ou l'autre de leurs caractéristiques personnelles soit en travaillant immédiatement avec et sur les personnes visées par le problème, soit en protégeant ou en faisant la promotion du bien-être de ces personnes (Hasensfeld, 1992). Pour préciser davantage, certaines définitions font référence à l'objet ou au domaine même sur lequel portent les *human services* à savoir la satisfaction des différents besoins humains qui contribuent à la qualité de la vie (Schmolling, 1997) ou, encore, d'une manière un peu plus circonscrite, elles précisent la prévention ou la solution de problèmes sociaux comme domaine spécifique de leur action (Mehr, 1986, NHSE/CHSE, 1998).

En France, on utilise de préférence des concepts comme action sociale ou aide sociale ou même assistance sociale pour circonscrire le champ. Lory, dans son volume *La politique d'action sociale* (1975), a été l'un des premiers auteurs français à décrire les principales composantes de ce qu'on appelle l'action sociale en France. Verdier résume l'approche de Lory en présentant l'action sociale comme « une fonction collective, cadre de production de valeurs non marchandes, destinées à améliorer la vie sociale » (Verdier, 1982, p. 12). L'action sociale est donc l'ensemble des moyens mis en place dans une société pour atteindre l'autonomie personnelle, l'enrichissement comme personne et l'harmonisation des relations sociales. Quant au concept plus restreint d'aide sociale, il est utilisé pour désigner l'ensemble des systèmes ou programmes dont le but est, selon Thévenet, « d'associer le corps social dans son ensemble à une entreprise de libération de l'état de besoin, créé par l'inadaptation, la pauvreté, la maladie et la vieillesse » (Thévenet, 1986, p. 17).

La remarque faite par Wilensky, Luebbert, Han et Jamieson (1985) continue de s'appliquer : les services sociaux demeurent « un regroupement disparate de dispositions aux frontières imprécises; très souvent, ils sont dispensés sous les auspices d'autres programmes [...] L'étendue de leurs programmes et dispositions est énorme » (1985, p. 67-68). Le concept de services sociaux demeure ambigu surtout lorsqu'on l'emploie en comparaison avec le concept anglais correspondant, *social services*, qui est utilisé sur un plan organisationnel et institutionnel pour décrire « le réseau des agences, des endroits et des institutions qui constitue la composante de services de la structure du bien-être social. » (Turner & Turner, 1986, p. 5). Il s'agit alors d'arrangements organisationnels qui permettent l'actualisation des politiques et législations en matière de bien-être social. Turner mentionne à titre d'exemples de services sociaux les Sociétés d'aide à l'enfance (*Children's Aid Societies*), les départements d'assistance sociale, les conseils de planification sociale, les Centraides (*United Way*) et les agences de consultation familiale (Turner & Turner, 1986). Les services sociaux sont aussi définis dans un contexte d'intervention comme « les activités des travailleurs sociaux et d'autres professionnels en vue d'aider les gens à devenir

autosuffisants, de prévenir la dépendance, de renforcer les relations familiales et de rétablir le fonctionnement social adéquat des individus, des familles, des groupes ou des communautés » (Barker, 2003, p. 154).

Le débat reste entier à savoir si les services sociaux sont là pour maintenir ou promouvoir la qualité de vie de l'ensemble de la population ou s'ils existent pour prévenir ou résoudre des problèmes spécifiques de groupes sociaux particuliers reconnus comme étant des groupes cibles. Le débat est aussi présent quant à cerner les besoins sociaux qui sont ou ne sont pas des besoins de base lorsqu'il s'agit des services sociaux publics en particulier (ZINS, 2001).

Ce que l'on désigne le plus souvent sous le nom de services sociaux à l'intérieur des établissements québécois prend sa source en anglais dans le terme « *general social services* » ou « *personal social services* » (Kahn et Kamerman, 1977, p. 1). Sheila Kamerman les a décrits comme des services d'aide qui n'impliquent pas la distribution de services d'assistance financière, de santé, d'éducation ou de logement (Kamerman, 1983, p. 9), même s'ils sont très souvent en interface avec eux. Comme l'indique Barker, « leur objectif de base est de stimuler les relations entre les gens et leur environnement et de leur en faciliter la réalisation sur le plan social » (Barker, 2003, p. 119). Même s'ils sont très souvent en interface avec les autres secteurs des politiques sociales, ils s'en distinguent. Néanmoins, le concept des services sociaux incorpore en même temps des dimensions communautaires qui font référence au soutien social fourni aux proches aidants, à l'utilisation des réseaux sociaux, à l'assistance mutuelle, aux programmes d'entraide et à l'utilisation de bénévoles. Il s'agit là de dimensions de plus en plus présentes comme composantes de l'action des services sociaux au Québec (Panet-Raymond, 1988).

Au Québec, la notion de services sociaux définie par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1972, p. 26) est de loin celle qui a été la plus utilisée et c'est celle à laquelle on réfère encore souvent (Mayer, 2004). Dans le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988), il n'y a pas de définition des services sociaux à proprement parler, mais leur domaine est délimité par l'établissement de trois grands niveaux de problèmes et de besoins qui les concernent. Le premier est celui des problèmes fondamentaux de groupes à risque, établis autour du critère de gravité de la situation, de leurs effets à court, moyen et long terme sur les personnes et la société et autour du critère *a posteriori* de l'impossibilité pour les individus et les groupes de faire face aux situations par leurs propres moyens. Les problèmes fondamentaux sont regroupés en trois grands ensembles : les problèmes de violence faite à la personne (agressions physiques et sexuelles, mauvais traitements, violence conjugale et autre formes d'agression), les problèmes de déviance et de mésadaptation sociale (délinquance, troubles de comportement, tentatives de suicide, itinérance) et les problèmes d'intégration sociale (carence des liens entre parents et enfants, surcharge des familles monoparentales, difficultés de fonctionnement en société liées à l'autonomie fonctionnelle des personnes et difficultés d'intégration des immigrants). Le deuxième niveau de problèmes et de besoins est celui des conditions de vulnérabilité de certaines populations particulières en situation de pauvreté, de handicaps et de déficiences des réseaux d'intégration. C'est là en particulier qu'on retrouve

les actions de prévention. Le dernier niveau concerne les difficultés courantes de fonctionnement en société qui se résorbent à travers les ressources collectives d'accès universel (CESSSS, 1988, p. 93-139).

Aux fins du présent rapport, les services sociaux sont circonscrits comme les **arrangements institutionnels existant pour prévenir ou résoudre un ensemble de problèmes dans les rapports sociaux et pour satisfaire les besoins de socialité ou de réalisation de rapports sociaux en vue du bien-être des personnes ou des groupes, ou de leur qualité de vie**. Ils visent l'atteinte du mieux-être psychosocial des personnes et l'utilisation à cette fin des ressources existantes dans l'environnement ainsi que la réalisation du bien-être dans la société par l'équilibre harmonieux dans les rapports sociaux. Quatre **dimensions particulières** du mieux-être et du bien-être en matière de socialité caractérisent l'orientation de ces arrangements :

- 1) Le **rétablissement du fonctionnement en société des personnes ayant des problèmes d'adaptation, de délinquance, de menaces à leur intégrité, d'isolement ou de carence dans leurs rapports sociaux**, soit en modifiant certains de leurs comportements, soit en leur fournissant du soutien ou en soutenant leur environnement, ou en substituant un milieu plus adéquat pour leur développement et leur mieux-être psychosocial.
- 2) La **réalisation de l'intégration des personnes vivant des problèmes d'exclusion sociale, de surcharge, des difficultés d'insertion sociale, ayant des problèmes ou en situation de handicaps** pour assurer leur appartenance à des réseaux tout en facilitant leur adaptation et leur épanouissement.
- 3) La **protection contre les situations de violence (violence dans les relations de couple, les agressions de toutes sortes, les mauvais traitements, la négligence) ainsi que la prévention et la diminution des conditions de violence, d'exclusion et de déviance**, en particulier celles qui menacent la sécurité des personnes elles-mêmes, de leur environnement ou de la société dans son ensemble.
- 4) Le **soutien à la création d'environnements sociaux constructifs** pour permettre aux personnes et aux groupes vivant des conditions de vulnérabilité d'avoir non seulement accès à des ressources appropriées à leur développement et à leur fonctionnement, mais d'établir des milieux dans lesquels se retrouvent les moyens nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être.

Dans ces quatre dimensions, la première est essentiellement curative, les deux suivantes sont préventives et curatives, tandis que la dernière est proprement préventive et la plupart du temps communautaire.

En somme, par services sociaux, on entend l'ensemble des arrangements organisés sous la forme de programmes de services, de mesures juridiques, d'initiatives articulées et d'initiatives communautaires portant sur la socialité ou les rapports

sociaux en vue de la réalisation du mieux-être des personnes ou des groupes et pour l'atteinte du bien-être dans la société. Leurs actions se réalisent très souvent conjointement et en interrelation avec les autres grands secteurs de la politique sociale : la santé, l'éducation, la justice, la sécurité du revenu, le travail et l'habitation.

Néanmoins, il serait irréaliste de tenter de faire l'exploration d'un champ aussi vaste sans le décomposer et le circonscrire sur une base plus opératoire afin de faciliter l'analyse effectuée ci-après. Pour ce faire, il existe différentes possibilités. Il serait donc possible de séparer le champ en se fondant sur la nomenclature établie aux fins de financement par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. On aurait pu aussi les étudier à partir de l'action des différents types d'agents concernés ou à partir des membres des différentes professions qui les assument. Il existe aussi des énumérations selon leur fonctionnement en plusieurs types de domaines regroupés selon les groupes de population visés (enfants, jeunes, familles, personnes avec handicaps, personnes âgées, etc.), les grands secteurs en lien avec les soins de santé (santé physique, santé mentale, soins en centres hospitaliers, soins à domicile, périnatalité, etc.), l'éducation (services sociaux scolaires), la justice (milieu carcéral, libération conditionnelle, les victimes de crimes, expertise sociojudiciaire), la sécurité du revenu et la réinsertion au travail (counseling). Une description synthétique de ces principaux domaines est présentée en annexe 1.

Le choix effectué ici est le regroupement de ces différents domaines en sphères d'activités organisées autour de certains arrangements types qui tiennent compte de la réalité québécoise. Ces regroupements sont les suivants :

- Les services sociaux généraux, de base ou de première ligne :
 - à l'enfance, à la jeunesse, en milieu scolaire, aux parents, aux couples et aux familles;
 - aux adultes dont l'autonomie est diminuée ou ayant un handicap et vivant à domicile ou en milieu protégé.
- Les services d'adoption, de protection de la jeunesse et les services aux jeunes délinquants.
- Les services sociaux institutionnels (centres hospitaliers et de soins de longue durée) en santé physique et mentale.
- Les services de réadaptation psychosociale.
- Les services sociaux liés à la justice et en milieu carcéral.
- Les initiatives d'action et d'organisation communautaires et de développement en économie sociale.
- Les services psychosociaux en clinique privée.
- Les services sociaux en entreprise.

Dans le but d'illustrer la situation québécoise, en considérant l'énumération précédente, les services sociaux se situent à différents endroits : établissements du réseau de services de santé et de services sociaux, autres institutions gouvernementales, organismes communautaires et secteur privé. Ainsi, dans les CLSC (constitués en centres de santé et de services sociaux depuis 2004), les services sociaux sont accessibles en première ligne et ont certaines fonctions générales d'intervention à dominantes d'assistance sociale et psychosociale aux familles, aux couples, aux parents et aux jeunes ou encore aux personnes avec autonomie diminuée ou avec handicap. Ils incluent aussi des services d'organisation communautaire pour appuyer et compléter l'action des autres services de première ligne. Ils sont souvent en interface avec les services de santé, avec le réseau de l'éducation et, à certains moments, avec la sécurité du revenu, l'habitation et même la justice. Les centres jeunesse (CJ) regroupent de façon tout à fait prépondérante, pour ne pas dire exclusive, des services sociaux de deuxième ligne à l'enfance et à la jeunesse qui prennent la forme de services d'adoption, de post-adoption et de recherche d'antécédents, de services de protection de la jeunesse, de services aux jeunes délinquants et ils incorporent de plus un ensemble de services de réadaptation psychosociale en internat, en familles d'accueil et en milieu externe. On retrouve aussi des services de réadaptation dans les centres de réadaptation (CR) en déficience intellectuelle et en déficience physique. En centre hospitalier, les arrangements de services sociaux sont en appui aux services de santé, ces derniers étant prédominants à cause de leur mission première. Ils sont aussi en appui aux soins et à l'hébergement dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD).

Les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale sont associés à des degrés divers avec des établissements publics. La plupart de ces organismes reçoivent une bonne partie de leur financement, et souvent même la quasi-totalité de leur financement, de fonds publics qui proviennent tantôt du MSSS et/ou d'autres sources. Toutefois, il existe aussi des services sociaux dans des structures de services publics à l'extérieur du MSSS, comme les services du Curateur public du Québec, de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), ou à l'extérieur des structures de services publics, par exemple, en bureau de pratique privée ou à l'intérieur d'entreprises du secteur privé.

Le système de services sociaux dont il s'agit d'apprécier la performance est ici défini dans une perspective assez semblable à celle utilisée pour définir le système de services de santé (Champagne *et al.*, 2004). Il s'agit des **services sociaux publics existants ou prévus dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux**. À la différence des services de santé, ils ne sont pas balisés par la Loi canadienne sur la santé et ne font pas à proprement parler partie de l'*Accord sur le renouvellement des soins de santé de 2003*, sauf en ce qui concerne les services sociaux existant dans l'interface des soins de santé. Il s'agit d'un système organisé d'action situé dans un contexte concret composé d'un ensemble de sous-systèmes dont la finalité première est **de contribuer à la solution des problèmes existant dans les rapports sociaux, d'en prévenir l'apparition et de satisfaire les besoins de socialité pour la réalisation du mieux-être des personnes en leur fournissant de manière équitable des services de qualité**.

1.2. Qu'entend-on par la performance des services sociaux ?

Pour établir leur cadre de la performance des systèmes de santé, l'équipe de Champagne, Contandriopoulos, Touché, Béland et Nguyen (2004) fait le choix suivant :

« Concernant les systèmes de santé, il est souvent question tour à tour de *performance, d'efficience, d'efficacité, de rendement, de productivité, de qualité, d'accès* ou encore *d'équité*, etc., sans que la différence entre ces notions – pourtant différentes – soit clairement établie. Nous faisons ici le choix de considérer la **performance** comme un **concept générique englobant l'ensemble de ces notions**. »

Plus loin, après avoir situé le modèle intégrateur de l'étude de la performance pour les services de santé sur lequel nous reviendrons plus loin, Champagne et ses collaborateurs acceptent la définition suivante de la performance organisationnelle :

« Un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur de l'organisation. On peut inférer ces qualités de la manière dont une organisation accomplit ses fonctions (perspective normative) et de la nature de l'équilibre entre les fonctions de l'organisation (perspective configurationnelle).» (Sicotte *et al.*, 1998, cité dans Champagne *et al.*, 2004).

Cette définition est utilisée ici pour aborder la question de la performance des services sociaux. Il s'agit là d'une définition englobante. Néanmoins, considérant que la plupart des services sociaux ne correspondent pas à la définition donnée sur les services couverts dans la Loi canadienne sur la santé, ils ne sont pas soumis aux mêmes exigences d'universalité et de gratuité que les soins de santé définis comme étant médicalement requis. Ils sont balisés surtout par les énoncés du droit aux services à l'article 5 et à l'article 13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. L'article 5 se lit comme suit : « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. » L'article 13 le complète : « Le droit aux services de santé et aux services sociaux [...] s'exerce en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. » Pour cette raison, il faut ajouter comme critère explicite de performance celui de la pertinence des services sociaux pour la satisfaction des besoins des populations concernées.

1.3 Qu'entend-on par l'appréciation de la performance des services sociaux ?

L'utilisation de la notion d'appréciation est peu fréquente dans les écrits sur la question. Elle paraît s'inspirer de la traduction de concepts comme ceux d'*appraisal* ou d'*assessment*. On est beaucoup plus habitué à des concepts comme ceux de vérification intégrée dans son sens élargi, d'audit, de monitoring, de reddition de comptes et d'évaluation. Ce dernier concept et celui d'appréciation sont d'ailleurs souvent confondus.

Dans l'article 2 du projet de loi 38 instituant le Commissaire à la santé et au bien-être, l'appréciation paraît référer à un jugement portant sur la valeur des actions ou des interventions selon des critères et des normes comme la pertinence, les résultats atteints, l'efficacité, l'efficience, la qualité et les dimensions éthiques. Le jugement porte principalement sur les besoins auxquels l'intervention des services sociaux doit répondre, sur les effets de l'intervention, leurs conséquences ou les résultats atteints par rapport aux ressources mises en place.

L'appréciation se différencie de l'évaluation d'une politique ou d'un programme en ce sens qu'elle s'appuie sur une information spécialement collectée et interprétée dans le cadre d'une méthodologie de recherche précise pour éclairer le jugement concernant l'action et ses résultats. Certaines définitions de l'évaluation limitent cette dernière à la mesure des effets de l'intervention, excluant à toutes fins utiles le jugement. D'autres définitions encore plus restrictives limitent l'évaluation à l'estimation *ex post* des effets. Le terme « évaluation » est souvent employé au sens d'appréciation (traduction des termes anglais *appraisal* ou *assessment*) dans la gestion des ressources humaines pour l'évaluation de la performance d'un employé ou dans le domaine financier pour apprécier ou estimer la valeur d'une entreprise. L'usage journalistique du mot « évaluation » est souvent celui d'une estimation imprécise. On utilisera, par exemple, l'expression « on évalue le nombre de victimes à 1000 personnes » ou, dans le cas d'une estimation monétaire, « cette maison est évaluée à 100 000 \$ ». Comme terme diagnostique dans l'intervention clinique, en médecine, « on évalue les chances de survie » et, dans le contexte des services sociaux à la jeunesse, on utilise « accueil, évaluation et orientation ».

On insiste en évaluation sur l'utilisation des méthodes de recherche rigoureuses avec une démarche systématique d'obtention d'information servant à poser un jugement sur l'adéquation entre les actions effectuées et les objectifs visés ou à vérifier si les effets ou les résultats qui découlent des actions entreprises correspondent vraiment aux objectifs prévus. Elle vise à établir avec le plus d'objectivité possible les constatations et elle présente ces constatations sous une forme qui met en évidence son caractère méthodique.

L'appréciation de la performance qui découle du projet de loi se réalisera sans doute surtout en faisant appel aux résultats de recherche disponibles et en se référant dans la mesure du possible à l'utilisation d'indicateurs existants à partir d'informations fiables et valides. Mais il ne s'agit pas de la seule façon de faire pour l'appréciation des services sociaux où l'incertitude est assez grande sous plusieurs aspects. Pour éclairer et fonder le jugement d'appréciation, il est de toute évidence nécessaire de faire appel à d'autres approches comme les méta-évaluations, les synthèses de résultats à partir de recherches réalisées sur des objets similaires ou connexes dans d'autres contextes, les informations recueillies ou les constatations faites dans les démarches d'agrément. Des jugements d'expertise peuvent même être employés comme partie intégrante de l'appréciation.

En somme, l'appréciation de la performance des services sociaux vise à poser un jugement de synthèse sur la pertinence des services existants par rapport aux besoins de la population, et sur la qualité, l'efficacité, l'efficience et la productivité des services offerts ainsi que sur l'équité de leur distribution et l'accessibilité sur le territoire et pour les différents groupes de la population.

DEUXIÈME PARTIE

LE CONTEXTE ET LE CHOIX DU CADRE D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DES SERVICES SOCIAUX

Tout en utilisant les composantes du modèle intégrateur de Champagne *et al.* (CSBE, 2005) retenu par le Conseil de la santé et du bien-être pour l'appréciation du système de services de santé et de services sociaux, nous avons examiné l'évaluation des services sociaux dans différentes sociétés à partir de certaines questions portant sur les caractéristiques des systèmes de services et de leur dynamique d'évaluation. Nous avons ensuite appliqué le même questionnement au système de services sociaux québécois afin de faire ressortir les particularités à considérer pour leur appréciation globale.

2.1 Le modèle intégrateur pour l'appréciation des services de santé et des services sociaux

Les principales composantes du modèle intégrateur sont les suivantes :

1. *Une orientation vers les buts* liée à la capacité du système d'atteindre les objectifs présentés précédemment.
2. *Une interaction avec son environnement pour acquérir ses ressources et s'adapter* ou, autrement dit, à court terme, se procurer les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités, et à plus long terme être capable de se transformer afin de s'adapter aux changements de toute nature.
3. *Une intégration de ses processus internes pour produire*, c'est-à-dire le noyau technique de l'organisation du système. C'est là qu'on y retrouve la majorité des indicateurs utilisés pour mesurer la performance du système.
4. *Un maintien de valeurs et normes qui facilitent et contraignent les trois fonctions précédentes* pour permettre le maintien du sens et de la cohésion de la mission.

Les différentes composantes interagissent selon six processus d'équilibre à réaliser :

- Équilibre *légitimatif* entre les valeurs et l'orientation vers les buts;
- Équilibre *contextuel* entre les valeurs et l'interaction avec l'environnement;
- Équilibre *stratégique* entre l'adaptation des ressources et l'atteinte des buts;
- Équilibre *allocatif* entre les ressources utilisées et la production des services;
- Équilibre *tactique* entre l'orientation vers les buts et la production des services;
- Équilibre *opérationnel* entre le maintien des valeurs et la production des services.

Le schéma est utilisé ici pour l'étude des systèmes de services sociaux existant à différents endroits en vue de répondre à une série de questions concernant l'évaluation de la performance.

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

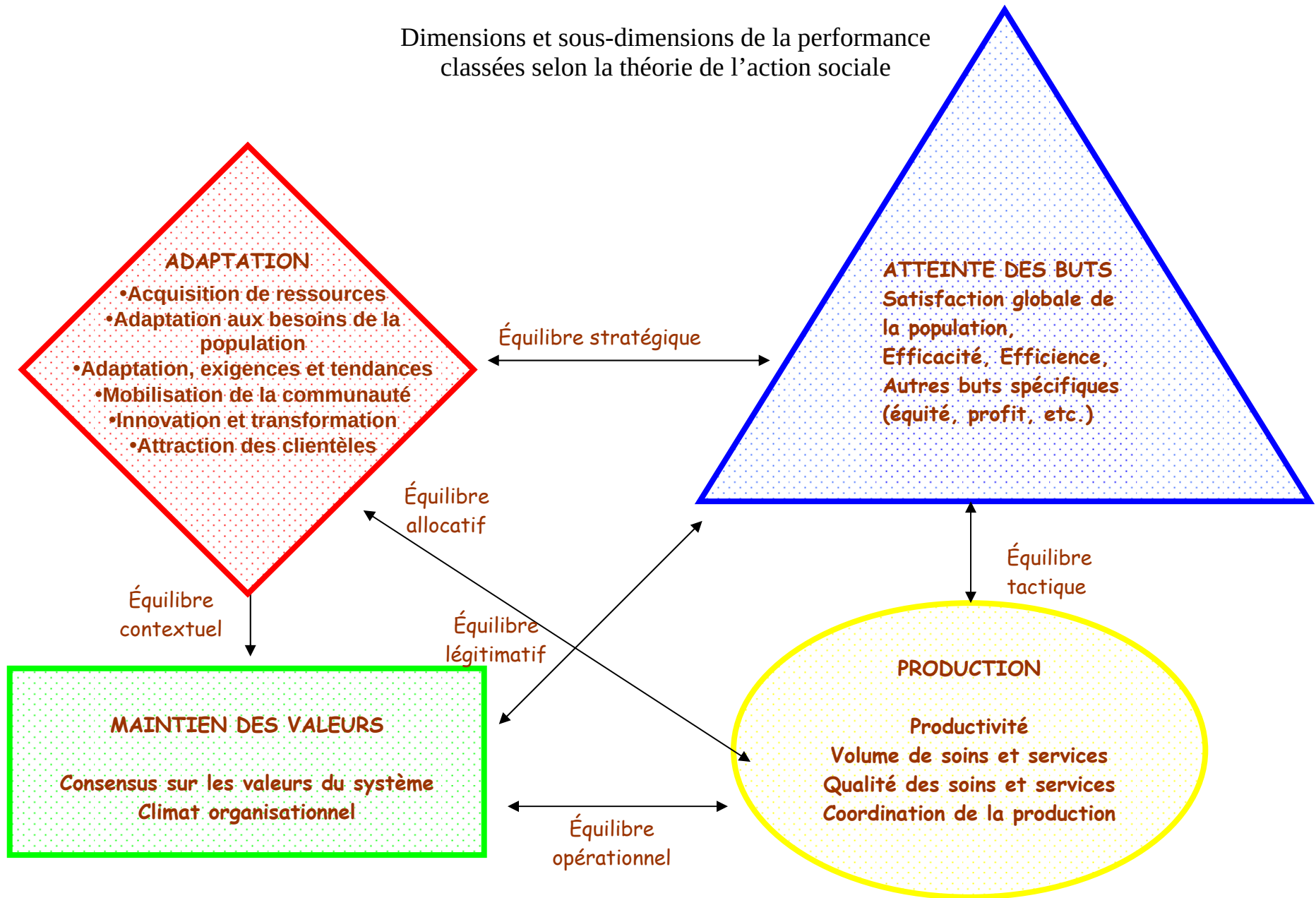


Figure 1. Schéma d'analyse des dimensions et sous dimensions de la performance classées selon la théorie de l'action sociale
(Source : CSBE, 2005, Rapport Champagne *et al.*)

2.2 Quelques constatations tirées de l'analyse comparative

L'étude comparative que vous pouvez consulter *in extenso* à l'annexe 2 vise à répondre aux questions suivantes :

- Quels éléments constitutifs servent à déterminer le type approprié d'articulation des services sociaux publics pour satisfaire les besoins de la population (nature, lieu et fonctions principales) ?
- Y a-t-il des mécanismes d'appréciation ou d'évaluation des services sociaux ? De quelle manière sont-ils articulés ?
- Quelles sont les composantes du système de services sociaux évaluées à la lumière des différentes dimensions et sous-dimensions de la performance du schéma utilisé (*atteinte des buts, production, adaptation et maintien des valeurs*) ? Quelles sont les relations entre elles ?
- Y a-t-il un cadre législatif ou organisationnel de référence à l'évaluation de la performance ? Quels en sont les mécanismes de fonctionnement ?

L'analyse de l'appréciation de la performance des services sociaux a été faite dans trois provinces (Ontario, Alberta et Colombie-Britannique) et dans deux pays, le Royaume-Uni et la France. Dans tous les endroits, on retrouve l'ensemble des services sociaux, mais leur articulation varie de façon assez considérable sur un certain nombre de points. Dans les trois provinces canadiennes, les services sociaux sont disséminés dans cinq ou six ministères différents. Ils sont organisés autour de pôles principaux centrés sur l'enfance et la famille et sur les adultes en difficulté. L'offre de services est faite la plupart du temps par des organismes externes avec des liens contractuels ou dans le cadre de mécanismes établis par législation avec les ministères concernés (Enfance et Famille, Santé, Éducation, Justice et Services communautaires). En France, les services sociaux relèvent d'une seule autorité locale qui dépend de trois ministères et en Angleterre, ils relèvent de *councils* locaux rattachés au seul ministère de la Santé.

En Ontario, le processus utilisé pour faire l'évaluation d'ensemble des services sociaux dans le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et dans le ministère des Services sociaux et communautaires est minimal, mais les ministères de la Santé et des Soins de longue durée et du secteur de la Justice ont identifié un certain nombre d'indicateurs. Les plans stratégiques existant en Alberta et en Colombie-Britannique sont à la base d'un certain nombre d'indicateurs utilisés pour faire l'appréciation de la performance des services sociaux. Du côté du Royaume-Uni (Angleterre), l'évaluation des services sociaux se fait selon un processus articulé qui part de la définition d'un ensemble d'objectifs d'appréciation pour les services sociaux à l'enfance et aux adultes en difficulté, utilisant un ensemble d'indicateurs discutés avec chaque autorité locale et rendus publics selon un système de marquage pour comparer les endroits dans le temps et sur le plan local, régional et national. La France avec la loi 2002-2 a établi le principe de l'évaluation de la performance faite par un Conseil national de l'évaluation des services

d'action sociale et médico-sociale, mais la mise en place de mécanismes organisateurs de l'appréciation reste à faire.

Dans les provinces canadiennes, l'appréciation de l'atteinte des buts porte sur la satisfaction des clientèles ou des familles selon le cas, mais c'est moins le cas au Royaume-Uni qui utilise des indicateurs plus directement reliés aux opérations du système. En ce qui concerne l'efficacité et l'efficience, les indicateurs portent très souvent sur des *outputs* et moins souvent sur les résultats auprès des clientèles et sur des effets populationnels. Il y a peu d'indicateurs directs sur l'équité. Certaines données sur la performance des services sociaux au niveau de la production sont complexes et peu d'entre elles ont été transformées en indicateurs. On a le plus souvent recours à des jugements d'expertise à partir des données sur des opérations de base pour évaluer l'extension des services et la coordination des activités, la qualité et la continuité des services offerts. L'appréciation de l'adaptation du système se fait à partir d'études ponctuelles concernant l'acquisition des ressources, l'adaptation aux besoins de la population, l'innovation et la transformation du système. Malgré l'importance accordée au maintien des valeurs et à l'éthique, l'appréciation en est surtout faite par les mécanismes externes relevant des organismes de contrôle professionnel, des droits de la personne ou des droits des usagers. Il y a presque toujours un certain cadre législatif ou réglementaire pour encadrer l'évaluation de la performance même si, à certains endroits, il est minimal et relève de lois génériques de vérification ou d'encadrement.

2.3 Quelques particularités des services sociaux québécois

Il faut préciser dès le départ que c'est le système des services sociaux publics encadré par la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui est ici l'objet d'attention. Très souvent, il est confondu avec le système relatif au bien-être. S'il est vrai que les services sociaux contribuent à la réalisation du bien-être, ils ne constituent pas à eux seuls, ou avec le système de services de santé, tout le système de bien-être. Ce dernier est beaucoup plus large et inclut, entre autres, plusieurs mesures de sécurité de revenu, des actions collectives ou communautaires ou même d'économie sociale en matière de soutien au développement de secteurs particuliers et d'autres initiatives face à des emplois protégés dans la société pour aider des populations vulnérables. La définition des particularités de la situation québécoise en matière de services sociaux, par rapport à celle des autres provinces, impose aussi d'exclure de la définition les services de garde à l'enfance dans les centres de la petite enfance et en milieu familial et les autres pans de la politique familiale relevant du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille.

2.3.1 L'organisation des services sociaux publics québécois

Parmi les programmes dont s'est dotée la société québécoise pour assurer le bien-être de ses citoyennes et de ses citoyens, le système de santé et de services sociaux du Québec

est reconnu pour la large gamme de services qu'il offre. Son organisation comporte trois grandes caractéristiques :

- L'intégration des services de santé et des services sociaux au sein d'une même administration tant sur le plan de la gestion que de l'offre de services. Cela a l'avantage de répondre de manière mieux intégrée aux besoins de différentes personnes, que ce soit les enfants en bas âge, les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes qui ont des problèmes d'adaptation ou des incapacités.
- Comme deuxième caractéristique, le système repose sur trois paliers : le central (le ministère de la Santé et des Services sociaux), qui établit les grandes orientations, le régional (agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux) ayant comme responsabilités l'organisation, la coordination et le financement dans une région, et le local, constitué des établissements regroupés en instances locales.
- La troisième grande caractéristique du système québécois, c'est d'être sous contrôle public. L'État définit le panier de services, en finance la production et le fonctionnement et fixe les conditions d'accessibilité sur une base équitable¹.

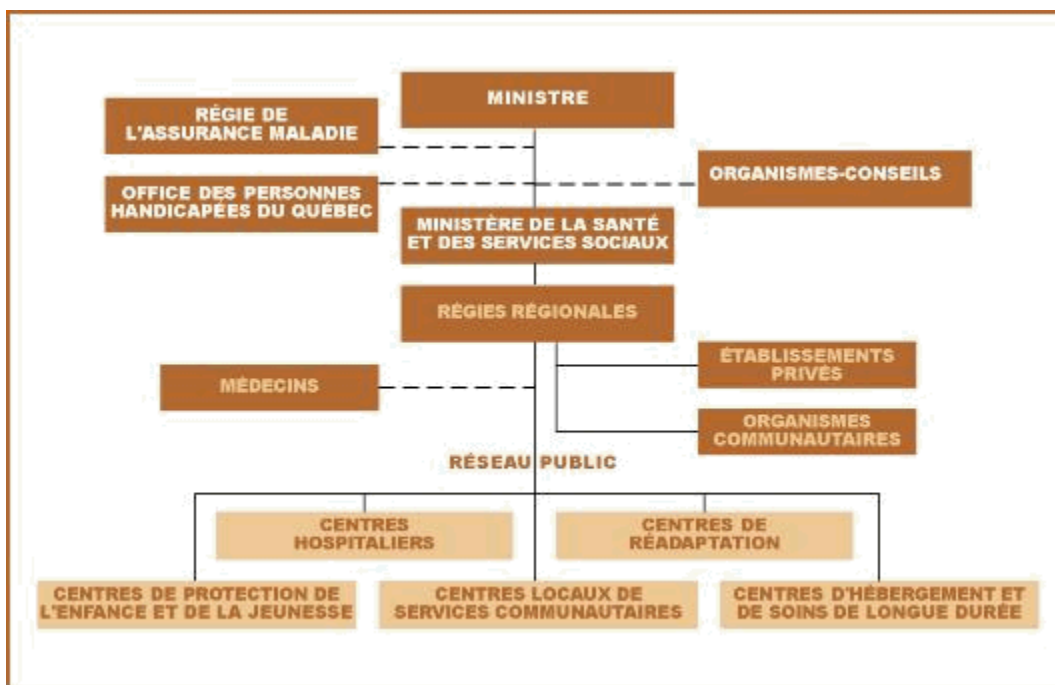


Figure 2. Organigramme du MSSS, DSI, septembre 2003 (consulté sur Internet en juin 2004)

1. Voir Gouvernement du Québec 2004 : www.gouv.qc.ca/informations (consulté sur Internet en juin 2004).

Les régies régionales sont remplacées dans cet organigramme par les agences régionales, et plusieurs des établissements sont maintenant regroupés pour constituer des centres de santé et de services sociaux.

2.3.2 Les principales composantes des services sociaux publics québécois

Les services sociaux publics existent dans le cadre de la LSSSS et desservent l'ensemble de la population du Québec : enfants, jeunes, adultes, familles et personnes âgées susceptibles d'avoir recours aux services de santé et aux services sociaux. Ils sont fournis à l'intérieur de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), de centres de réadaptation (CR), de centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et de centres hospitaliers (CH). Il est à noter que plusieurs de ces établissements sont en train d'être constitués en centres de santé et de services sociaux. De plus, des services sociaux publics sont aussi fournis par des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et même des ressources privées reconnues à cette fin par le MSSS. Il faut souligner que, à la différence des services de santé, les services sociaux ne sont pas assujettis à la Loi canadienne sur la santé, sauf lorsqu'ils font directement partie de l'interface avec les services de santé.

Dans leur ensemble, à l'exception de services de garde à l'enfance et de certains services liés à la justice, les services sociaux relevant du MSSS couvrent la plupart des services déjà définis : services sociaux généraux, de base ou de première ligne à l'enfance, à la jeunesse, en milieu scolaire, aux parents, aux couples et aux familles; les services aux personnes adultes ayant une autonomie diminuée ou un handicap et vivant à domicile ou en milieu protégé; les services d'adoption, de protection de la jeunesse et les services aux jeunes délinquants; les services de réadaptation; les services sociaux dans les centres hospitaliers et de soins de longue durée; les services sociaux en santé mentale; les services offerts dans les organismes communautaires et les autres initiatives communautaires et en économie sociale reconnu par les autorités régionales.

2.3.3 Les mécanismes de fonctionnement

L'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux campe clairement le but du régime des services de santé et des services sociaux : « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ». Dans le nouveau contexte, la mission générale des instances locales du réseau de la santé et des services sociaux vise à soutenir l'autonomie des personnes et de leurs familles et garantir l'efficacité des différents services dispensés aux citoyens autour des objectifs suivants :

1. assurer à la population l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne (prévention, évaluation, diagnostic, traitement, réadaptation et soutien);
2. garantir à la population l'accès aux services spécialisés et surspécialisés en considérant les activités du réseau universitaire associé;
3. permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers;
4. impliquer les divers groupes de professionnels du territoire;
5. favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activité du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux;
6. assurer la participation des ressources humaines nécessaires à la prestation des services (MSSS, 2003).

Le Ministère concentre principalement ses activités sur des fonctions de planification, de financement, d'allocation des ressources, de coordination nationale, de communications/relations avec les citoyens et d'évaluation des résultats. Le dernier plan d'organisation administrative du Ministère (juillet 2004) a recentré certaines délimitations de fonctions en situant sur le plan de la coordination et des ententes de gestion le développement de l'information (MSSS, 2004b, p.18-19), en réarticulant la direction de la planification stratégique par l'insertion d'une unité de gestion de projets spéciaux et trois directions adjointes : la planification stratégique (qui comprend les études et analyses); l'évaluation, la recherche et les affaires extérieures et les ressources informationnelles (MSSS, 2004b, p. 23-25).

De plus, dans le plan d'organisation 2004, une direction générale des services sociaux a été créée au MSSS, incluant, entre autres, les services sociaux généraux, les services associés à la condition des femmes, les services aux jeunes et aux familles, les services en matière de lutte à la toxicomanie (et autres dépendances), les services aux activités communautaires, les services aux personnes handicapées et les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, auxquels s'ajoutent le Secrétariat à l'adoption internationale et le Secrétariat aux aînés (MSSS, 2004b; p.34-39). Parmi les fonctions de la direction, on retrouve celles du suivi des indicateurs développés quant à l'atteinte des objectifs d'accessibilité et de qualité de même que le développement de standards et d'outils d'évaluation de la qualité et de la satisfaction des usagers.

Des orientations ministérielles ont aussi été rendues publiques ces dernières années, dont la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, les *Orientations sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, la *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, les *Objectifs ministériels et stratégies d'action en santé et bien-être des femmes*.

Pour atteindre un maximum de cohérence dans l'exercice de ses responsabilités, le Ministère a, en 2001, défini et fait connaître ses attentes à l'intérieur d'un plan national stratégique qui sert de référence pour l'organisation des services (MSSS, 2001). La mise en œuvre du plan a fait l'objet d'un suivi, de concert avec les instances régionales et locales, de sorte qu'il est possible au moins pendant les années 2001-2002 et 2002-2003 de voir comment les différentes orientations initiales ont été l'objet d'adaptations et de modifications². (Cette étude a été réalisée avant la publication du plan stratégique ministériel 2005-2010)

Dans le nouveau contexte de développement des agences de services de santé et de services sociaux), une responsabilité majeure du Ministère consiste à pourvoir les régions en ressources nécessaires à la réalisation de leur mandat. Le président-directeur général et le conseil d'administration de l'agence régionale sont imputables de l'accessibilité et de l'organisation des services dans leur région. Conformément à leurs responsabilités de planification, de coordination des services, d'allocation des ressources et d'évaluation des résultats, les agences régionales ont à mettre en œuvre les orientations et les objectifs nationaux.

2.3.4 Les mécanismes d'appréciation de la performance des services sociaux

La politique d'ensemble en matière d'évaluation de la performance des services sociaux n'est pas encore bien développée au MSSS. Néanmoins, il faut souligner que, à la suite de *La Politique de la santé et du bien-être*, adoptée en 1992 (MSSS, 1992) et suivie du plan de mise en œuvre, il y a eu un certain nombre d'initiatives pour extraire des 19 objectifs des données sur la performance du système (Legault, 1995, 1998, 2002; Institut national de santé publique, 2001). En 1999, le Vérificateur général du Québec avait recommandé que les besoins de recherche fasse « l'objet d'un plan d'action et d'un suivi systématique » (Vérificateur général, 1999, tome 2, chapitre 3). Un examen fait par Paris (2001) des données portant sur les projets de recherche subventionnés par rapport à la Politique de la santé et du bien-être – même si l'auteur n'y fait pas référence de manière explicite – permet d'avancer qu'il ne ressort pas à proprement parler d'indicateurs des recherches réalisées. Pour les différents objectifs d'adaptation sociale, soit les objectifs de 1 à 5 et les objectifs 18 et 19, le volume des subventions et le nombre de recherches a toutefois augmenté de manière importante, constatation confirmée dans Bégin et Dunnigan (2004).

En lien avec le Plan stratégique 2001-2004 du MSSS, il a été prévu de renouveler la politique de la santé et du bien-être. Toutefois, dans le Rapport annuel 2002-2003 (MSSS, 2004a), il est mentionné que ce résultat n'a pas été atteint.

Un rapport vient d'être publié par le Ministère (juillet 2004) : *La politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en œuvre de ses retombées sur l'action du système québécois de 1992 à 2002*. Le rapport évalue les mécanismes mis en place pour

2. Le rapport du Ministère pour l'année 2003-2004 n'était pas encore disponible en juillet 2004.

assurer le suivi et la mise en œuvre de la politique de la santé et du bien-être, il dresse le bilan des actions structurantes qui ont été entreprises et tente d'évaluer les effets produits sur l'action du réseau. Les principales conclusions de l'étude permettent d'affirmer que, après avoir reçu un accueil très favorable et avoir permis une mobilisation qui a débouché sur un certain nombre de plans d'action régionaux, elle n'a pas produit les effets escomptés. Les ressources pour appuyer l'action ont fait défaut et le suivi n'a pas été assuré. L'étude conclut que la Politique n'a pas donné les effets attendus même si elle demeure une référence importante dans certaines régions et elle insiste sur la nécessité de se donner les instruments pour assurer une continuité à moyen et à long terme (Bégin et Dunnigan, 2004, p.136-137). L'un des instruments essentiels qui a fait défaut est l'absence de suivi formel de la mise en œuvre de la Politique. Néanmoins, par rapport aux objectifs de la PSBE en matière d'adaptation sociale (les six premiers objectifs), le rapport conclut qu'« aucun des six objectifs fixés dans la politique n'a été atteint, du moins selon les informations disponibles » (Bégin et Dunnigan, 2004 p.122). Dans le champ de l'intégration sociale (objectifs 18 et 19), les informations disponibles indiquent des améliorations (Bégin et Dunnigan, 2004, p.123). Toutefois, s'il y a eu certaines initiatives qui ont permis le développement de certains indicateurs, il n'en reste pas moins qu'il y a eu absence de suivi de la mise en œuvre de la politique et que l'augmentation des montants consacrés à la recherche n'a pas débouché sur la mise en place de moyens d'établissement d'un suivi systématique.

De manière parallèle, d'autres efforts ont été faits en santé publique et par les enquêtes de Santé Québec, qui comprennent certains indicateurs applicables aux services sociaux dont la dernière publication intitulée : *Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC*. (Pampalon *et al.*, 2004). En protection de la jeunesse, des indicateurs repères existent depuis 1993 (Roberge, 2002) et l'étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations signalées (Tourigny *et al.*, 2002) est un exemple qui va dans le même sens.

En même temps, il existe des organismes qui s'intéressent aussi à l'appréciation. C'est le cas du Vérificateur général qui produit périodiquement des rapports de vérification intégrée qui dépassent la seule vérification comptable pour s'intéresser à des questions concernant la performance des services sociaux. La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a, elle aussi, fait des enquêtes à partir de situations précises qui touchent la performance des services. Il y a aussi le Conseil québécois d'agrément d'établissements de santé et de services sociaux qui recueille tout un ensemble de données pour tracer le portrait des établissements concernés par l'agrément, fait l'évaluation de leur offre de services, des rapports avec le client, des rapports avec les partenaires, des activités de l'établissement, du climat organisationnel et même des ressources.

Dans son *Rapport annuel 2002-2003*, le MSSS a examiné un ensemble d'orientations stratégiques dans lesquelles sont définis différents objectifs dans des axes d'intervention précis. Pour ce faire, son organisation s'inspire de trois principes qui constituent des

critères d'évaluation par rapport aux orientations stratégiques que s'est donné le MSSS sur la base de ses différents axes d'intervention regroupant au total 29 objectifs. Ces principes sont : l'universalité, la gratuité et la continuité de la prestation des services.

Quant aux orientations stratégiques, elles sont au nombre de cinq :

1. convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs;
2. améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources;
3. doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et de méthodes de budgétisation appropriées;
4. stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses;
5. clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité. (MSSS, 2004a).

Dans ce rapport, pour chacune des orientations stratégiques présentées, on retrouve un ou plusieurs axes d'intervention, des objectifs précis pour chacun des axes ainsi que des cibles spécifiques à partir desquelles des indicateurs sont utilisés pour déterminer si les résultats attendus sont atteints ou pas.

Étant donné que ce sont les services sociaux qui font l'objet de ce travail, nous nous limitons à relever quelques indicateurs définis à partir de l'orientation stratégique n° 2 portant sur l'amélioration de l'accès aux services (MSSS, 2004a). Le tableau de la page suivante résume la façon dont ont été définis jusqu'à maintenant les différents éléments du processus d'orientation stratégique jusqu'aux indicateurs.

L'élaboration d'un plan stratégique pour les services sociaux, qui débouche sur la définition de certains indicateurs très qualitatifs pour l'évaluation de la performance illustrée ici, situe la démarche à l'intérieur du fonctionnement du Ministère en se référant surtout à l'intégration des processus dans la production des services et aux mécanismes concernant l'adaptation. L'atteinte d'objectifs centrés sur les usagers ou sur la population et la préoccupation des valeurs et des normes sont presque complètement absentes.

Le choix d'un cadre d'appréciation doit donc non seulement s'appuyer sur la définition des services sociaux, de la performance et de l'approche d'appréciation, s'inspirer de l'expérience étrangère mais aussi d'être adapté à l'environnement sociopolitique administratif et professionnel des services sociaux québécois.

Tableau 4

Illustration de la définition de l'orientation stratégique n° 2
Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources

Axe d'intervention	Objectif (n°)	Cible (n°)	Indicateur
Axe 1 : Les efforts en matière de promotion, de prévention et de protection	Développer les activités de promotion, de prévention et de protection et les intégrer aux pratiques cliniques et dans les continuums de services (n° 4)	Plan d'action en matière de prévention du suicide (n° 2)	1. Implantation de la stratégie québécoise de prévention 2. Nombre de projets pilotes 3. Plan d'action en prévention du suicide 4. Accessibilité téléphonique en tout temps
Axe 2 : Une première ligne de services comme assise du système	Compléter l'offre de services de base dans les CLSC (n° 6)	Mise en œuvre des orientations sur la gamme de services de base offerts en CLSC à l'intention des jeunes et de leurs familles (n° 1)	1. Nombre de CLSC ayant une équipe de base pour les services de jeunesse 2. Nombre de CLSC qui offrent la gamme complète de services de base
Axe 3 : Qualité, continuité et coordination des interventions	Mettre en place des réseaux de services intégrés pour des clientèles plus vulnérables en raison d'une perte d'autonomie (n° 9)	Mise en œuvre des orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie (n° 1)	1. Nombre de territoires où existent des réseaux intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie 2. Nombre de territoires où sont implantés des réseaux de services intégrés en santé mentale
	Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes (n° 10)	Suivi intensif auprès des enfants pour qui le risque d'éprouver des problèmes d'adaptation sociale est élevé (n° 2) Stratégie d'intervention à l'égard des personnes atteintes de déficience physique (n° 3) Implantation des orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (n°5)	Nombre de parents et de jeunes bénéficiant du programme de services et de suivi intensif Diffusion de la stratégie d'intervention à l'égard des personnes atteintes de déficience physique et de leurs proches Nombre de mesures du plan d'action mises en place

TROISIÈME PARTIE

PROPOSITIONS : FINALITÉS, OBJECTIFS ET MÉCANISMES POUR L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DES SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS

Dans cette partie, l'objectif visé est de proposer quelques éléments servant de base à l'élaboration du cadre d'appréciation des services sociaux québécois en tenant compte le plus possible des enseignements fournis dans l'étude portant sur les autres provinces et pays ainsi que sur le système de services sociaux au Québec. La première partie propose les finalités, la deuxième les objectifs et la troisième partie les mécanismes à la base de l'appréciation des services sociaux.

Quatre éléments sont importants à considérer dans le développement d'un cadre d'appréciation : les finalités poursuivies, les objectifs qui découlent de ces finalités, les indicateurs à établir et les orientations et mécanismes à adopter pour la mise en œuvre. Les indicateurs ne sont pas abordés ici parce que ni le temps ni les moyens à notre disposition ne permettent de le faire. De plus, il s'agit à notre avis d'une opération qui, au préalable, nécessite des décisions politiques pour déterminer les objectifs et les priorités. Il serait plus ou moins arbitraire d'énumérer des indicateurs dont plusieurs paraissent d'ailleurs disponibles, malgré leurs imperfections, sans se fonder sur des décisions en matière d'objectifs et de sous-objectifs d'appréciation à réaliser. Néanmoins, dans les sections précédentes, le lecteur a pu voir des illustrations d'indicateurs en matière de services sociaux dont certains sont déjà utilisés et dont plusieurs autres utilisés ailleurs (voir annexe 2) pourraient être transposables au Québec.

3.1. Des finalités de l'appréciation des services sociaux

L'analyse de la situation à différents endroits a permis de constater qu'il est possible de regrouper les services sociaux autour de deux axes principaux : services à l'enfance et à la jeunesse; services aux adultes ayant des difficultés temporaires ou permanentes. C'est à partir de ces deux axes de services sociaux que se définissent le mieux les finalités d'appréciation des services sociaux en considérant la réalité propre au Québec.

- Première finalité : **appréciation des résultats des services sociaux pour l'enfance et la jeunesse.**

Être en mesure de faire ressortir jusqu'à quel point les services sociaux, dans leur action propre et dans leur action conjointe avec les services de santé et en interface avec les soins de garde et le système scolaire, contribuent à améliorer le bien-être des enfants et des jeunes. Cette finalité d'appréciation de résultats devrait être organisée selon trois axes principaux :

1. L'axe des enfants à partir du moment de la conception jusqu'à l'âge de la maternelle, en insérant la famille et le milieu de garde.
 2. L'axe des enfants à partir de l'entrée à la maternelle (cinq ans) jusqu'à la fin du primaire (12 ans environ), en insérant la famille, le milieu de garde et le milieu scolaire.
 3. L'axe des jeunes ayant dépassé le primaire (12 ans et plus) jusqu'à 19 ou 20 ans, en insérant la famille, le milieu scolaire, les groupes d'appartenance et le travail.
- Deuxième finalité : **appréciation de la contribution des services sociaux au maintien de l'indépendance de vie des adultes avec difficultés permanentes et temporaires.**

Établir jusqu'à quel point les services sociaux, dans leur action propre et dans leur action conjointe avec les services de santé et en interface avec les organismes du milieu concernant les adultes avec déficience temporaire ou permanente affectant leur autonomie et leur fonctionnement en société, réussissent à maintenir ou à rétablir un mode de vie qui est le plus près possible d'une vie indépendante dans leur milieu, soit la plupart du temps à domicile, dans leur famille, ou avec des solutions alternatives adaptées au maintien de leur indépendance. Cette finalité concerne, il va sans dire, d'abord les aînés en perte d'autonomie, mais elle concerne toutes les personnes aux prises avec des difficultés qui les empêchent temporairement de se réaliser (maladie physique ou mentale, violence familiale, consommation abusive, etc.) ou qui les affectent de manière définitive (handicap, déficience intellectuelle, déficience psychomotrice, etc.).

Il est clair que la mise en œuvre de ces finalités sera plus facile à définir si elle l'est en intersection d'un plan stratégique articulé. Toutefois, tant et aussi longtemps qu'il n'y aura pas de plan ministériel stratégique centré sur des résultats, qui soit partagé par les instances régionales et les instances locales concernant des finalités à réaliser en matière de performance, le risque est très fort que la contribution de l'appréciation soit réduite de beaucoup. Dans l'attente de telles conditions, il est souhaitable que soient mobilisées les ressources existantes qui, de près et de loin, contribuent à différents niveaux et à différents degrés à une meilleure connaissance des services sociaux et à l'évaluation de leur fonctionnement et des résultats atteints.

C'est dans ce cadre que sont présentés des objectifs précis concernant ces deux finalités.

3.2 Des objectifs de l'appréciation de la performance des services sociaux québécois

Les objectifs présentés sont des objectifs de contenu en lien avec chacune des finalités. Ils concernent plusieurs des dimensions et sous-dimensions de l'appréciation de la

performance à partir du schéma utilisé précédemment (page 23) et s'inspirent des constatations faites à partir de la situation dans d'autres endroits et antérieurement au Québec dans la continuité de la Politique de la santé et du bien-être. En même temps, malgré une certaine précision, ils ne débouchent pas nécessairement tous sur la formulation d'un ou de plusieurs indicateurs de performance. Plusieurs d'entre eux pourraient être transposés en indicateurs mesurables, alors que d'autres objectifs d'appréciation devront utiliser d'autres moyens aux fins d'appréciation.

Les objectifs énumérés ci-après n'ont pas la prétention d'être complets ou définitifs, mais nous pensons qu'ils occupent une place suffisamment élevée dans une liste de priorités pour être retenus au point de départ. En même temps, leur définition devra être établie en fonction de certains paramètres de référence propres et pertinents à chaque finalité.

a) Objectifs d'appréciation des résultats des services sociaux sur l'enfance et la jeunesse

- Savoir si les enfants et les jeunes québécois ont l'environnement familial qui est en mesure de leur fournir les soins et la sécurité nécessaires à leur développement pendant les différentes périodes de leur enfance et de jeunesse. (À définir et regrouper selon les critères appropriés en lien avec certains services offerts).
- Établir jusqu'à quel point les enfants victimes de négligence, d'abus physique, psychologique ou sexuel reçoivent la protection nécessaire et sont dans des conditions nécessaires pour rétablir leur cheminement vers un développement optimal.
- Établir jusqu'à quel point les enfants et les jeunes qui ont des troubles de comportement ou des problèmes de délinquance et leurs parents ont des services qui leur permettent de trouver des solutions appropriés à ces problèmes.
- Vérifier jusqu'à quel point les enfants et les jeunes recevant des services sociaux généraux ou des services de protection ont les meilleures chances de bénéficier d'une éducation, de soins de santé ou de services de soutien aux familles ou complémentaires ou substituts à la famille pour soutenir leur développement et éviter la détérioration de leur situation.
- Établir jusqu'à quel point les jeunes qui quittent les services sociaux à ou vers l'âge de 18 ans sont en mesure de continuer une vie indépendante sans isolement et en participant socialement et économiquement.
- Vérifier si les enfants et les jeunes qui ont des besoins sociaux spécifiques en lien avec un problème de santé, de déficience intellectuelle ou de handicap, de consommation (alcool ou autres substances) reçoivent les services et si le soutien offert au milieu familial ou un autre milieu leur permet de faire face à la situation.
- Examiner si les processus d'accueil, d'évaluation de prise en charge dans les différents services sont satisfaisants pour établir de manière appropriée les types et niveaux de services ou de soins requis et si les délais de réponse sont adéquats.

- Examiner si les enfants, les jeunes et leurs familles recevant des services sont impliqués dans l'établissement des plans d'intervention.
- Établir la valeur des mécanismes en place face aux plaintes.
- Vérifier si les moyens nécessaires sont pris pour savoir si tous les enfants pris en charge sont protégés contre les abus et les mauvaises pratiques dans les services offerts.
- Vérifier les moyens qui sont pris pour s'assurer que les intervenants sont qualifiés, formés et en mesure d'exercer leurs tâches.
- Examiner les données existantes ou les conclusions d'études concernant l'efficacité des différentes stratégies, moyens et mécanismes d'intervention utilisés auprès des jeunes pris en charge et leur famille.
- Vérifier l'existence et l'application des normes assurant la confidentialité et la dignité des enfants, des jeunes et de leur famille.

b) Objectifs d'appréciation de la contribution des services sociaux au maintien de l'indépendance de vie des adultes en difficultés permanentes et temporaires

- Établir jusqu'à quel point les services permettent aux adultes avec des difficultés (santé, déficiences, handicaps, consommation et autres) et à leur famille de continuer à vivre dans leur logement ou leur milieu de manière indépendante.
- Vérifier les moyens qui sont pris pour promouvoir l'indépendance des adultes en difficulté nécessitant l'intervention des services sociaux, en respectant leur dignité et en encourageant leur participation.
- Vérifier si les personnes malades reçoivent des soins appropriés à domicile et si les personnes recevant leur congé de l'hôpital bénéficient des services et soins requis à domicile.
- Examiner jusqu'à quel point les aidants familiaux et autres proches aidants sont dans des conditions appropriées pour fournir l'aide.
- Établir les moyens et types de ressources développées et utilisées dans la communauté pour répondre aux besoins des adultes en difficulté.
- Examiner si les services et les lieux accueillant des victimes de violence familiale remplissent toutes les conditions pour les protéger.
- Vérifier si les moyens nécessaires sont pris pour que soient protégées les personnes qui ont besoin de l'être contre les abus et les mauvaises pratiques dans le milieu d'accueil ou dans les services existants.
- Vérifier les moyens qui sont pris pour s'assurer que les intervenants sont qualifiés, formés et en mesure d'exercer leurs tâches.

- Examiner et conclure à partir de données ou d'études existantes sur les ressources communautaires les plus adaptées, les plus efficaces et les plus efficaces pour les soins et le soutien à fournir aux personnes en difficulté.
- Établir l'existence et le fonctionnement des mécanismes et procédures en place dans les établissements et organismes pour assurer le respect des normes d'éthique et de déontologie face aux personnes, aux familles et aux groupes recevant des services.

Pour la réalisation des deux finalités et des différents objectifs définis précédemment, l'instance responsable de l'appréciation tient compte au maximum des indicateurs existants, soit au Québec ou ailleurs, et vérifie s'ils sont adaptables au Québec. Elle utilise, lorsque des indicateurs ne sont pas développés et disponibles, l'information sur la performance à partir de moyens alternatifs que l'on retrouve dans les systèmes d'information et les recherches réalisées en matière d'évaluation des services sociaux, surtout celle concernant l'atteinte des résultats et les modes d'utilisation des ressources, y compris des jugements d'expertise.

3.3 Des mécanismes pour soutenir l'appréciation de la performance des services sociaux

Les indications fournies sur les orientations et les mécanismes servant à définir un cadre de fonctionnement pour l'appréciation sont présentées ici seulement à titre d'hypothèses. Ces hypothèses découlent en bonne partie de la définition du système des services sociaux, de l'analyse de l'évaluation de la performance des services sociaux dans d'autres endroits et des constatations relatives à l'état de situation au Ministère.

a) L'importance d'avoir un plan stratégique ministériel centré sur une mission définissant des finalités et des objectifs à réaliser par les services sociaux par rapport à la population et leur clientèle.

À partir de la vérification de la situation en Alberta, en Colombie-Britannique et en Angleterre, il est possible pour l'instance responsable de l'appréciation de contribuer au développement des services et d'accroître leur qualité si ses fonctions s'exercent dans le cadre de l'énoncé d'objectifs de performance appuyés sur des moyens réalistes de la mesurer ou de l'établir, comme des indicateurs. Un plan stratégique ministériel sur lequel on peut s'appuyer fournit une condition de base pour réaliser l'appréciation.

En l'absence d'un tel plan ministériel complet, l'instance responsable de l'appréciation pourrait s'inspirer des deux grandes finalités d'appréciation présentées précédemment avec leurs objectifs ou en ajoutant au besoin d'autres objectifs pertinents. À la lumière des expériences faites ailleurs, les risques d'erreur sont très faibles et corrigibles en cours d'implantation, puisque les finalités d'appréciation indiquées et leurs objectifs s'inspirent des objectifs d'ensemble de deux grands secteurs de fonctionnement des services sociaux qui s'énoncent de manière assez semblable d'un endroit à l'autre.

b) L'accessibilité aux données de base

Les indications fournies dans la section précédente constituent une première orientation instrumentale en fournissant un point de départ dans l'approche de la définition de la question pour ce qui est de l'appréciation des résultats par rapport à certaines finalités importantes. Elle fait référence à la première partie du premier paragraphe de l'article 10 du projet de loi 38.

Pour être en mesure de formuler un jugement d'appréciation sur les résultats obtenus, il faudra que l'instance responsable de l'appréciation, le Commissaire à la santé et au bien-être, dispose d'informations sur d'autres aspects, notamment sur les ressources consacrées à ces objectifs pour l'ensemble du Québec, les régions et les communautés locales concernées. Il devra aussi disposer de données sociodémographiques, géographiques et économiques de base. Ses besoins en la matière et les points de jonction avec les sources d'information doivent être clairement définis et établis pour lui garantir l'accès et la disponibilité de l'information nécessaire pour l'exécution de son mandat.

c) La capacité d'informer la population et le gouvernement sur la performance globale et sur les changements proposés afin d'en améliorer l'efficacité et l'efficacité

À ce propos, la démarche d'appréciation de départ devrait être très modeste et réaliste en tenant compte de la situation actuelle. Néanmoins, certaines indications sur la manière dont les objectifs sont réalisés pourront faire l'objet d'analyse et d'information à la lumière d'indicateurs comme ceux portant sur le suivi de la Politique de la santé et du bien-être ou ceux sur la défavorisation des communautés locales et des clientèles des CLSC (Pampalon *et al.*, 2004). On pourrait aussi utiliser l'avis d'experts ou de citoyens au besoin. Une certaine prudence s'avère néanmoins nécessaire à cet égard en début d'exécution du mandat. Ce n'est qu'au bout de quelques années et avec de l'information valable que cette appréciation de la performance globale débouchant sur des recommandations de changement pourra être faite.

d) La capacité d'analyse des grands enjeux des services sociaux et de formuler des recommandations sur leur évolution.

Par ailleurs, au fur et à mesure que les données appropriées et suffisamment fiables sont disponibles, cette information pourrait être analysée à l'aide du modèle intégrateur d'appréciation et rendue publique. De plus, les différents responsables d'organismes comme le Conseil québécois d'agrément, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, le Vérificateur général, les responsables de l'évaluation de la performance des services sociaux au Québec au Ministère, dans les régions, dans les établissements et dans les centres de recherche pourraient être associés à ces analyses. Des contacts sont aussi nécessaires avec d'autres provinces ou pays ayant des préoccupations semblables. L'expertise de chercheurs ayant effectué des recherches sur ces aspects fournira l'éclairage nécessaire pour la formulation d'avis sur les grands enjeux et l'état de l'évolution du système.

CONCLUSION

En rétrospective, le développement d'orientations pour l'appréciation de la performance des services sociaux en lien avec le projet de loi 38 sur la création d'un Commissaire à la santé et au bien-être s'est fait au point de départ en prenant soin de circonscrire de manière assez précise la réalité des services sociaux et de l'appréciation de la performance. Les services sociaux ont été définis comme des arrangements organisés sous la forme de programmes de services, de mesures légales, d'initiatives articulées et d'initiatives communautaires portant sur les rapports sociaux, en vue de la réalisation du mieux-être des personnes ou des groupes et pour l'atteinte du bien-être dans la société. L'appréciation de la performance est, pour sa part, le jugement porté sur la pertinence des services sociaux en tenant compte des besoins de la population et sur la qualité, l'efficacité, l'efficience et la productivité des services offerts tout en tenant compte de l'équité de leur distribution et leur accessibilité. Le cadre utilisé pour l'analyse a été emprunté de Champagne *et al.* (CSBE, 2005), cadre retenu par le Conseil de la santé et du bien-être, et comprend quatre composantes : l'orientation vers les buts, l'interaction avec l'environnement et l'adaptation, l'intégration des processus internes pour la production des services et le maintien des valeurs et des normes.

L'étude de la situation en Ontario, en Alberta, en Colombie-Britannique, en France et au Royaume-Uni, (voir annexe 2) a permis de constater que, en dépit de structures assez différentes d'organisation des services sociaux, l'appréciation et l'évaluation de la performance est toujours présente, même si elle occupe une place différente dans les orientations et les mécanismes de sa mise en œuvre. L'articulation de l'appréciation de la performance se réalise plus facilement lorsqu'elle se fait à l'intérieur d'un modèle défini d'organisation de services et d'un plan stratégique, articulé, stable et durable. C'est en particulier le cas en Alberta, en Colombie-Britannique et au Royaume-Uni, alors que pour les deux autres endroits étudiés, l'état d'avancement est moins manifeste à cet égard.

Il existe, en conséquence, malgré les différences constatées, des mécanismes d'appréciation de la performance de l'atteinte des buts et des différentes dimensions de la production des services. Ces mécanismes sont la plupart du temps établis à l'intérieur de cadres formels appuyés par une législation. L'appréciation de la performance en matière d'adaptation du système de services sociaux a moins fait l'objet d'attention, et le maintien des valeurs et des normes est encadré par d'autres mécanismes et moyens que ceux utilisés pour l'atteinte des buts et la production des services.

En tenant compte des particularités du système de services sociaux québécois et de la volonté du législateur, l'appréciation des services sociaux peut s'articuler autour de deux grandes finalités. La première est celle de l'appréciation des résultats des services sociaux pour l'enfance et la jeunesse. Il s'agit d'établir jusqu'à quel point les services sociaux,

dans leur action propre et dans leur action conjointe avec les services de santé et en interface avec les soins de garde et le système scolaire, contribuent à améliorer le bien-être des enfants et des jeunes. La deuxième finalité est celle de l'appréciation de la contribution des services sociaux au maintien de l'indépendance de vie des adultes avec des difficultés permanentes et temporaires. Elle vise à établir jusqu'à quel point les services sociaux, dans leur action propre et dans leur action conjointe avec les services de santé et en interface avec les organismes du milieu auprès des adultes en difficulté, réussissent à maintenir ou à rétablir un mode de vie qui est le plus près possible d'une vie indépendante dans leur milieu, soit la plupart du temps à domicile, dans leur famille, ou avec des solutions alternatives permettant dans la mesure du possible le maintien de leur indépendance. La série d'objectifs proposés découle de ces deux finalités. Ces objectifs se situent dans la continuité des efforts faits jusqu'à maintenant au Québec, surtout dans la perspective de La Politique de la santé et du bien-être, tout en considérant dans leur ensemble les services sociaux du réseau relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les objectifs présentés peuvent servir de base à l'élaboration d'indicateurs ou d'autres moyens pour l'appréciation des services sociaux. C'est dans la réalisation de cette tâche qu'il devient possible de s'attaquer, une fois les décisions prises sur l'adoption des finalités et des objectifs de l'appréciation et une fois les priorités établies en la matière. Les constatations faites à partir de l'analyse d'expériences externes permettent de conclure que, malgré une certaine complexité et en tenant compte des particularités de la situation québécoise, la réalisation en est faisable.

BIBLIOGRAPHIE

ADALBERG, Evers *et al.* (1997) *Developing quality in personal social services. Concepts, cases and comments*. Ashgate, Brookfield, USA. 312 p.

ALBERTA CHILDREN'S SERVICES. (2004) *Alberta's Vision. Kids First* Edmonton; Government of Alberta. 9 p disponible à : www.child.gov.ab.ca/

ALBERTA, COMMUNITY DEVELOPMENT. (2003) *Annual Report Community Development for the fiscal Year Ended March 31, 2003*, 342 p. disponible à : www.child.gov.ab.ca/

ALBERTA FINANCE. (2004) *Government of Alberta Strategic Business Plan*. Edmonton, Government of Alberta. 96 p. disponible à : www.finance.gov.ab.ca/publications

ALBERTA HEALTH AND WELLNESS. (2001) *Health Authority Business Plan and Annual Report Requirements. 2002/2003 to 2002/2005* (November). Disponible à : www.health.gov.ab.ca/resources/publications

ALBERTA SENIORS. (2003) *Alberta Seniors Annual Report 2002-2003*. Disponible à : www.seniors.gov.ab.ca/

ALBERTA SOLLICITOR GENERAL. *Alberta Solicitor General Annual Report 2002-2003*, (en ligne <http://www.justice.gov.ab.ca/>)

ALTER, C. *et al.* (1990) *Evaluating your practice- a guide to self-assessment*. New York, Springer Publishing Co. 158 p.

BARCET, A. *et al.* (2002) *Connaissance et communication, conditions d'une efficacité de la production de service*, Rapport final de recherche. DARES, Paris, France. 229p.

BARCLAY, P. (1982) *Social workers, their roles and tasks*. Bedford Square Press, London.

BARKER, R. (2003) *The social work dictionary*. Silver Spring, Maryland, NASW. 493p.

BAUBY, P. (1998) *Reconstruire l'action publique : services publics, au service de quoi*. Syros, Paris, France. 200 p.

BARREYRE, J. (2002) L'évaluation dans le domaine éducatif et social : méthode ou référentiel ? : L'évaluation institutionnelle, dans Jaeger, M. (2002). *La Loi rénovant*

l'action sociale et médico-sociale et les enjeux de l'évaluation des institutions. La Nouvelle Revue de l'AIS, 2002; (20) : p.45-51. Paris, France.

BEAUDOIN, A. (1987) *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 154 p.

BEAUDOIN, A. (1988) *Services sociaux à l'enfance, à la famille, aux personnes âgées et dans le domaine de la santé. L'état de la situation au Québec*. Laboratoire de recherche, école de service social, Université Laval, Québec, 194 p.

BÉGIN, P. et L. DUNNIGAN. (2004) *La Politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 203 p.

BERGMAN H. *et al.* (1997) Care for Canada's frail elderly population : fragmentation or integration ? *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* 157, p. 1116–1121.

BLAIE, J.-P. (1988) *L'évaluation en travail social*. Presses universitaires Nancy, France. 213 p.

BLANC, B. (1986) *Actions collectives et travail social-Processus d'action et d'évaluation*. T2, ESF éditeur.

BOELHOUWER, J. *et al.* (2002) Social indicators and living conditions in the netherlands; advances in quality of life research 2001. *Social Indicators Research* 2002; 60 (1-3) : p. 89-113.

BOUKELAL, A. (1997) Réflexions sur l'évaluation en travail social, éléments en vue de la mise en place d'une démarche d'évaluation dans les structures médico-sociales. *Cahiers de l'actif*, n° 256-257, octobre 1997.

BRITISH COLUMBIA. (2004) *Provincial Government Strategic Plan, 2004/05 - 2006/07*, Victoria, B.C. (document pdf disponible à : www.bcbudget.gov.bc.ca/stplan/)

BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF CHILDREN AND FAMILY DEVELOPMENT. (1999) *Measuring our Success*, Victoria, B.C. Disponible à : www.cf.gov.bc.ca/publications/

BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF CHILDREN AND FAMILY DEVELOPMENT. (2003) *Annual Service Plan Report*, Victoria, B.C. Disponible à : www.mcf.gov.bc.ca/

BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF CHILDREN AND FAMILY DEVELOPMENT. (2004) *Service Plan 2004/05 - 2006/07 Budget 2004* British Columbia, Victoria, B.C. Disponible à : www.mcf.gov.bc.ca/childcare/

BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF COMMUNITY, ABORIGINAL AND WOMEN'S SERVICES. (2004) *Service Plan 2004/05 - 2006/07, Budget 2004* British Columbia, Victoria, B.C. Disponible à : www.mcaws.gov.bc.ca/

BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF COMMUNITY, ABORIGINAL AND WOMEN'S SERVICES. (2003) *Annual Service Plan Report 2002/03*, British Columbia, Victoria, B.C. Disponible à : www.mcaws.gov.bc.ca/

BRITISH COLUMBIA MINISTRY ATTORNEY GENERAL AND MINISTER RESPONSIBLE FOR TREATY NEGOTIATIONS. (2004) *Service Plan 2004/05 - 2006/07, Budget 2004* British Columbia, Victoria, B.C. Disponible à : www.ag.gov.bc.ca/

BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF PUBLIC SAFETY AND SOLICITOR GENERAL. (2004) *Service Plan 2004/05 - 2006/07, Budget 2004* British Columbia, Victoria, B.C. Disponible à : www.pssg.gov.bc.ca/

BROWN, M. (1985) *Introduction to social administration in Britain, 6th ed.* London, Hutchinson. 283 p.

BRUNEAU, C. et al. (2002) *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux.* Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAÉS), Paris, France. 72 p.

BUSSMANN, W. (1995) *Accompagner et mettre à profit avec succès les évaluations des mesures étatiques : guide de réflexion.* Genève, Georg éditeur. 109 p.

CARR, A. et al. (1994) Audit and family systems consultation : evaluation of practice at a child and family centre. *Journal of family therapy* 1994; 16 (2) : p. 143-157.

CHALLIS, D. et al. (2002) Frail old people at the margins of care : some recent research findings. *British journal of psychiatry*. 2002; 180 (FEV) : p. 126-130.

COHEN, E. (2003) Framework for culturally competent decisionmaking in child welfare. *Child welfare*. Volume 82, n° 2, MAR-APR. p. 143-155.

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL DE L'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES. (1993) *L'insertion des adolescents en difficulté : rapport de l'instance d'évaluation.* Commissariat général du plan, Paris, France, 374 p.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL. (1972) *Rapport de la Commission. Les services sociaux Vol VI* Québec, Ministère des Affaires sociales, 437 p.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. (1988) *Rapport de la Commission* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 803 P.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. (2000) *Les solutions émergentes : rapports et recommandation*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2 vol.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2001) *Avis. Quel temps pour les jeunes ? La participation sociale des jeunes*, Québec, Le Conseil. 63 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004) *Mémoire sur le projet de loi 38 instituant le Commissaire à la santé et au bien-être*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004) *Les services sociaux au Québec document de consultation*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004) *Rapport de la consultation sur les services sociaux*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN ÊTRE (2004) *Pour une appréciation globale et intégrée du système québécois de services de santé et de services sociaux*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2005) *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes des services de santé. Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Rapport de recherche de Champagne, F. et al.

CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'ÉVALUATION. (1996) *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*. Paris, La Documentation française. 123 p.

DAVIES, C. et al. (1998) Assessing outcomes for children in need; assessing outcomes in child care : an international perspective. *Children and society*, 2 (3) : p. 155-201.

DAL-SANTO, T. et al. (2002) Exploratory resarch in public social services agencies : as assessment of dissemination and utilization. *Journal of sociology and social welfare*, 2002; 29 (4) : p. 59-81.

DE GAULLE ANTHONIOZ, G. (1995) *Évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté* : Avis adopté par le conseil économique et social au cours de

sa séance du 12 juillet 1995. Conseil Economique et Social. Section des Affaires Sociales, Paris, France, (juillet), 78 p.

DEMAILLY, L. (2000) Les modes d'existence des techniques du social; sociologies inactuelles, sociologies actuelle. *Cahiers internationaux de sociologie*, (108) : p. 103-124.

DIENER, E. *et al.* (1997) Measuring quality of life : economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research* 40, p. 189-216.

DONZELOT, J. (1992). Évaluer une politique sociale. *Informations sociales* n° 19, (avril)

ERIKSEN, K. (1997) *Human Services Today* Virginia : Reston Publishing. 198 p.

ESPING-ANDERSEN, G. (1999) *Les trois mondes de l'État providence*, Paris, PUF. 310 p.

FRAISSE, J., M. BENETTI et V. DE GAULE. (1987) *L'évaluation dynamique des organisations publiques*. Éd. D'Organisation, Paris, France. 116 p.

FRÉCHETTE, G. et M. VACHON. (2003) *Rapport, conclusion d'enquête et recommandations – Enquête systémique sur les services de protection en Montérégie*, Québec, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

FONDS STRUCTURELS COMMUNAUTAIRES. (1999) *Évaluer les programmes socio-économiques. Glossaire de 300 concepts et termes techniques, Collection Means*, vol. 6, 2003, Bruxelles : Commission européenne.

GUBA, E. et Y. LINCOLN. (1989) *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park : Sage Publications. 294 p.

HASENSFELD, Y. (1992) *Human Services as Complex Organizations*. Newbury Park California, Sage Publications. 400 p.

HENRY, G.T. *et al.* (2003) Beyond use : Understanding evaluation's influence on attitudes and action. *American Journal of Evaluation*, 24,(3), 293-314.

HIGGINGS, J. (1981) *States of welfare. A comparative analysis of social policy*. New York, St-Martin's Press. 193 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. (2001) *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*, Québec, Les publications du Québec. 432 p.

JAEGER, M. (2001) *Guide du secteur social et médico-social*, Paris, France, 261 p.

JAEGER, M. (2002) La Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale et les enjeux de l'évaluation des institutions : L'évaluation institutionnelle. *La Nouvelle revue de l'AIS*; (20) : Paris, France p.29-37,.

KAHN, A. *et al.* (1977) *Social services in international perspective; the emergence of the sixth system*. Washington, U.S Department of Health, Education and Welfare. 128 p.

KAMERMAN, S. (1983) The new mixed economy of welfare : public and private. *Social Work*, 28(1), p. 5-10

KLUKE, J.D. *et al.* (1999) Recurrence of Maltreatment : An application of National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). *Child Abuse and Neglect* , 23 (7), p.633-665.

LEGAULT, P. (dir.). (1995) *Les indicateurs de la politique québécoise de la santé et du bien-être. Exercice de suivi 1995*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

LEGAULT, P. (dir.). (1998) *Les indicateurs de la politique québécoise de la santé et du bien-être. Exercice de suivi 1998* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

LEGAULT, P. (dir.). (2002) *Les indicateurs de la politique québécoise de la santé et du bien-être. Exercice de suivi 2001*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

LESSARD, C. (2002) *Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse 1993-1994 à 2000-2001*. Direction des indicateurs et du pilotage d'orientation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre. 308 p.

LÉVY, A. *et al.* (1994) *Santé publique*, Paris, France,. 243 p.

LORY, B. (1975) *La politique d'action sociale*. Toulouse : Privat. 302 p.

MARSHALL, M. *et al.* (1995) The cardinal needs schedule : a modified version of the mrc needs for care assessment schedule. *Psychological medicine*. 25 (3) . p. 605-617.

MARTIN, L. (2002) Comparing the performance of multiple human service providers using data development analysis. *Administration in social work*, vol. 26, n^o 4, Livonia, États-Unis, p. 45-60.

MAYER, R. (1994) « L'évolution des services sociaux », dans Dumont, F. *et al.* (1994) *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut de recherche sur la culture, p. 1013-1033.

MEHR, J. (1986) *Human Services : Concepts and Intervention Strategies* Boston, Ma; Allyn & Bacon. 367 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ. (2004) *Note d'information DGSA/5B no 2004/96 du 03/03/04 relative aux actions*

favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Direction Générale de l'Action Sociale, Paris, France, 30 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1992) *La Politique de la santé et du bien-être*; Bibliothèque nationale du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2001) *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux* Québec, MSSS, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2003) *Plan d'organisation administrative du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Document pdf disponible à : www.msss.gouv.qc.ca/ministere en juin 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2004a) *Rapport annuel de gestion 2002-2003*. Document pdf disponible à : www.msss.gouv.qc.ca/ consulté en juin 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2004b) *Plan d'Organisation Administrative du ministère de la Santé et des services sociaux*, disponible à : www.msss.gouv.qc.ca/ministere/org_administrative.html (consulté en juillet 2004).

NATIONAL DATA ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (NDACAN). (2002) *National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). Detailed Case Data Component, 1995 – 1999. User's Guide and Codebook*. Ithaca, N.Y., National Data Archive on Child Abuse and Neglect

NEUMAN, K.M. (2003) Developing a comprehensive outcomes management program : A ten step process. *Administration in social work*, vol. 27, n° 1, Livonia, États-Unis, p. 5-23.

NHSE/CHSE. (1998) *The Human Services Worker : A Generic Job Description A joint publication of the National Organization for Human Services Education and Council for Standards in Human Service Education* disponible à : www.nohse.com/hsworker.html (consulté en mai 2004)

NOLL, H. H. (1998) *Social Indicators and Social Reporting : the International Experience*. Ottawa, Canadian Council on Social Development disponible à : www.ccsd.ca/noll1.html (consulté en mai 2004).

OUELLET, H. *et al.* (1994) « L'accessibilité aux services sociaux », dans Dumont, F. *et al.* (1994). *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut de recherche sur la culture, p.867-888.

PAMPALON, R., M. PHILIBERT et D. HAMEL.(2004) *Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC*, Institut national de santé publique du Québec, 38 p.

PANET-RAYMOND, J. (1988) Le patchwork : illusion ou réalité possible pour les CLSC. *Intervention*, mars, p. 12-21.

PANIS, A. (2001) *La politique de la santé et du bien-être et la recherche subventionnée au Québec*, Collection Études et analyses, n° 44, MSSS, 132 p.

RAVAUD, J. et al. (1994) *Insertion sociale des personnes handicapées : méthodologies d'évaluation*. Paris, CINERHI-INSERM, 1994, 260 p.

RODRIGUEZ, L. et al. (2001) Enjeux et paradoxes de l'évaluation dans le champ de la santé et des services sociaux; l'évaluation sociale : un enjeu politique, *Cahiers de recherche sociologique*, 2001; (35) : 149-166.

ROSSI, P. et al. (2004) *Evaluation : a systematic approach* (7th ed.) Thousand Oaks, CA : Sage, c2004, 470 p.

SCHMOLLING, P. et al. (1997) *Human Services in Contemporary America* (4th ed.) Pacific Grove : Brooks-Cole Publish. Co, 275 p.

SOCIAL SERVICE INSPECTORATE (SSI). (2004a) *Modern Social Services. A commitment the Future. The 12th Annual Report of the Chief Inspector of Social Services 2002-2003*, London, Department of Health Social Services Inspectorate, disponible à : www.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/AnnualReports, 126 p.

SOCIAL SERVICE INSPECTORATE (SSI). (2004b) *SSI Performance assessment 2004. Operating policies* United Kingdom, Social Services Inspectorate, Version 1.0;13-01-04. Document pdf disponible à : www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/AnnualReports

THÉVENET, A. (2002) *Les institutions sanitaires et sociales de la France*. Paris : Presses Universitaires de France, 1986, 192 p.

THÉVENET, A. et al. (2000) *L'évaluation du travail social et de l'action sociale : évaluer pour évaluer*. ANAS, Paris, France, 132 p.

TITMUSS, R. (1974) *Social policy : an introduction*. London : Allen & Unwin, 1974, 160 p.

THOMPSON, K. et al. (2001) An assessment of the recidivism rates of substantiated and unsubstantiated maltreatment cases. *Child abuse and neglect*; 25 (9) :1207-1218.

TONKS, A. (1994) Community care in northern Ireland : a promising start *BMJ : British medical journal* : International ed. 1994; 308 (6932) : 839-842.

TOURIGNY, M. *et al.* (2002) *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec.* (EIQ) Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP), 216 p.

TROCMÉ, N. *et al.* (2002) *1998 Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect. (OIS 1998)* Toronto; Ontario : Centre of excellence for Child Welfare, Faculty of Social Work, University of Toronto, 231 p.

TURNER, J. (1986) *Canadian social welfare*, Don Mills : Collier-Macmillan Canada, c1986, 484 p.

UNITED KINGDOM (1998) *Modernising Social Services. Promoting independence. Improving protection. Raising standards.* A report by the Secretary of State Health. London; Stationary Office no Cm 4169, 130 p. disponible à : www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, ADMINISTRATION ON CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES. (2001) *Child Maltreatment 1999; Reports from the States to the National Center on Child Abuse and Neglect.* Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office, disponible à : www.acf.hhs.gov/programs/cb/publications/

VAN DYCK, P.C. (2003) A history of child health equity legislation in the United States. *Pediatrics*, vol. 112, n° 3, (Sept., supplément), p. 721-730.

VEENHOVEN, R. *et al.* (2002) Why social policy needs subjective indicators; Assessing quality of life and living conditions to guide national policy : the state of the art *Social-Indicators-Research*, 58 (1-3) : 33-45.

VEDUNG, E. (1997) *Public Policy and Program Evaluation*, New Brunswick; Transaction Publishers, 336 p.

VERDIER, P. (1982) *Les institutions et les organismes sociaux*, Paris, France, Éditions ESF, c1982, 176 p.

WILENSKY, H. *et al.* (1985) *Comparative social policy : theories, methods, findings.* University of California, Berkeley. Institute of International Studies), Research series n° 62, 99 p.

ZINS, C. (2001) Defining human Services, *Journal of Sociology and Social Welfare*, 28(1) (March), p. 3-21.

ANNEXE 1

QUELQUES ÉLÉMENTS DE DÉFINITION DES DOMAINES DE SERVICES SOCIAUX

Sans avoir la prétention qu'ils sont exhaustifs, voici les grands domaines ou sous-champs qu'on retrouve le plus couramment inclus dans le champ des services sociaux :

Les services sociaux à la famille

Il s'agit là de l'un des premiers domaines de l'intervention des services sociaux. Il comprend l'ensemble des actions et des interventions portant sur les relations entre les membres d'une famille. Ils sont organisés sous forme d'organismes privés volontaires ou communautaires, ou d'organismes publics, gouvernementaux ou non gouvernementaux. De manière générale, les activités qu'ils recouvrent vont de la consultation conjugale jusqu'au soutien aux familles pour favoriser leur accès à des ressources financières adéquates, en vue de la meilleure utilisation possible des soins de santé, des ressources éducationnelles, d'habitation ou de travail auxquels elles ont accès. Leurs activités comprennent également la thérapie familiale et le counseling aux parents pour les appuyer dans l'exercice de leurs tâches parentales.

Les services sociaux à l'enfance et à la jeunesse

C'est cette partie des services qui comprend les programmes et des mesures en matière d'adoption, d'appui à la socialisation et de développement des enfants et de prévention des conditions nuisibles à cet égard. Ils incluent souvent les soins de garde fournis aux enfants, les services de protection de l'enfance et de la jeunesse et les services aux jeunes ayant un comportement délinquant.

Les services sociaux scolaires

Les services s'adressent aux élèves, à leur parents et au milieu scolaire en vue de favoriser l'adaptation maximale des étudiants en milieu scolaire et de permettre une meilleure organisation des efforts de l'école en coordination avec ceux des parents et des autres ressources du milieu, et cela, pour répondre aux besoins sociaux des enfants. Ainsi, les services sociaux scolaires exercent leur action sur les problèmes tels que l'école buissonnière, l'isolement ou le retrait social, les comportements agressifs, l'abus de drogues, ainsi que d'autres problèmes vécus par l'étudiant sur le plan physique, économique ou émotionnel. En ce sens, les services sociaux scolaires sont en interface entre l'école, les parents et le milieu pour le mieux-être de l'étudiant.

Les services sociaux en santé physique

On désigne aussi ces services sociaux sous le nom de services sociaux médicaux parce qu'ils sont dispensés en relation étroite avec les activités médicales, ou services sociaux en milieux hospitaliers parce qu'ils sont situés dans les hôpitaux et dans d'autres environnements institutionnels de santé. Ils visent à contribuer à l'amélioration des conditions sociales liées à la santé et à la prévention de la maladie et à fournir le soutien social nécessaire aux patients souffrant de maladies à séquelles permanentes, chroniques ou évolutives, ainsi qu'à leurs familles pour qu'elles puissent faire face aux problèmes de fonctionnement social liés à la maladie.

Les services sociaux en santé mentale

On les désigne aussi sous le nom de services sociaux psychiatriques. Ils sont offerts dans des milieux psychiatriques ou dans la communauté en liaison avec la santé mentale. Ils incluent des activités comme la psychothérapie, le soutien et d'autres services semblables à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux. Les services sont souvent donnés en équipe dans certains milieux; ils intègrent la dimension psychiatrique, du nursing, des soins continus et la dimension des services sociaux.

Services sociaux aux personnes ayant un handicap

Ils ont souvent été confondus avec les services sociaux des deux domaines précédents, surtout à l'époque où la tendance était à l'institutionnalisation des personnes handicapées. Ce sont des services à la personne ou d'approche communautaire qui visent à favoriser la normalisation dans la société des personnes vivant des situations de handicaps physiques, intellectuels ou mentaux.

Services aux personnes âgées ou services de gérontologie sociale

Ils s'adressent aux personnes âgées, en particulier celles qui ont plus de 65 ans, et visent à répondre à leurs besoins spécifiques : logement ou hébergement, continuité de l'exercice d'une vie autonome, soutien aux activités quotidiennes, moyens compensatoires à la diminution de l'autonomie fonctionnelle attribuable à des déficiences ou à des incapacités.

Services sociaux en milieu d'entreprise en milieu de travail

Il s'agit de l'éventail des programmes ou actions réalisés en milieu de travail pour encourager, préserver et promouvoir la qualité de vie dans le milieu même du travail et dans le milieu externe en liaison avec le travail. On y retrouve, en particulier, des programmes d'aide aux employés, des services de counseling concernant les différents problèmes vécus par les employés, comme ceux affectant les relations interpersonnelles ou autres problèmes émotionnels ou familiaux ayant une influence sur le travail.

Services sociaux liés aux milieux de la délinquance adulte et carcéral

On y retrouve les services aux victimes de crimes, aux accusés et à leur famille. Ils peuvent même être dispensés aux officiers de police et à leurs familles qui sont dans des situations de stress à cause du travail. Une de leurs activités principales est de plus en plus, dans les grands centres urbains, d'aider à résoudre des problèmes conjugaux ou familiaux, dans lesquels les policiers sont appelés à intervenir.

Services sociaux de développement communautaire en milieu rural

Depuis quelques années, le domaine des services sociaux s'est développé à l'intention des populations vivant en milieu rural et dans des territoires à très faible densité de population. Les services sociaux dispensés en milieu rural sont organisés pour tenir compte des difficultés créées par la situation particulière dans laquelle on ne retrouve ni les mêmes possibilités ni les mêmes ressources sur les plans économique, éducationnel, social et de la santé. De plus, les ressources et services sont de manière générale restreints, de sorte que les services sociaux doivent agir très souvent de manière supplétive et en remplacement de ressources non existantes. La distribution des services doit enfin se faire en tenant compte de la mentalité particulière de ces milieux concernant l'acceptation des variations dans les comportements en lien avec les normes du milieu à cet égard.

Services sociaux d'expertise socio-judiciaire

Ce domaine est récent et a été surtout limité, au Québec, aux services sociaux d'expertise à la cour en matière de garde des enfants au moment du divorce. En fait, ces services (connus en anglais sous le nom de *forensic services*) sont centrés sur les aspects juridiques des objectifs poursuivis en matière de mieux-être et de bien-être. En fait, les activités de ces services consistent à agir comme témoin expert en matière sociale (ou à aider d'autres praticiens à fournir ces types de témoignage) en relation avec la garde des enfants, des situations de divorce, de délinquance, de problèmes de responsabilités parentales et de droits sociaux.

ANNEXE 2

ANALYSE COMPARATIVE DE CADRES ET D'APPROCHES UTILISÉS POUR L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DES SERVICES SOCIAUX

Faire une analyse et porter un diagnostic sur l'état du développement de l'appréciation en matière de services sociaux n'est pas chose aisée. Par la nature même de sa définition, le champ dans lequel s'organise la fourniture des services sociaux est très différent d'un endroit à l'autre. L'exercice des pratiques à prendre en compte se présente en effet comme un champ morcelé dont les frontières varient beaucoup d'un endroit à l'autre. De plus, les informations disponibles aux fins d'appréciation et d'évaluation sont de nature très inégale et elles se présentent sous différents angles. Nous tenterons de les circonscrire le mieux possible pour faire ressortir l'état de la situation dans les endroits choisis : les trois provinces canadiennes – l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique et les deux pays – la France et le Royaume-Uni.

Un certain nombre d'endroits ont été choisis en raison de leur pertinence. Ce choix mentionné au paragraphe précédent est d'abord allé vers trois provinces canadiennes : l'Ontario, comme province la plus peuplée du Canada et à cause des caractéristiques différentes du Québec de son système des services sociaux; l'Alberta en raison du mode d'organisation de son système de santé et de la transposition de certaines caractéristiques qu'on tente d'en faire au Québec; la Colombie-Britannique en raison de certaines similitudes avec le Québec en matière de santé et de services sociaux à certains moments de l'histoire, mais abandonnées par la suite. Ensuite, la France est utilisée en raison du contexte plus précis de collaboration franco-québécoise. Enfin, le Royaume-Uni, surtout l'Angleterre, a été ajouté à cause de sa longue tradition et de ses développements continus en matière d'organisation et d'évaluation des services sociaux. Il aurait été intéressant – et nous l'avions prévu au départ – de faire l'analyse du système des États-Unis et d'autres pays, mais des contraintes de temps et de ressources ont rendu cette analyse impossible. Néanmoins, les analyses effectuées paraissent suffisantes pour éclairer les décisions du Conseil sur le sujet.

Pour faire l'analyse des systèmes de services sociaux à chaque endroit, nous procédons à partir d'une présentation des informations publiques existantes et recueillies par Internet pour chacun des gouvernements et les ministères concernés dans ces gouvernements. Une fois cette présentation faite, la synthèse permet de traiter des quatre questions posées précédemment (voir p. 22). Ce faisant, la principale limite est celle des informations disponibles et accessibles de l'extérieur par voie électronique. À cet égard, la situation est très inégale d'un endroit à l'autre. Il n'a pas toujours été possible d'avoir accès à certains documents existants alors que des documents très semblables étaient accessibles ailleurs.

2.1 Trois provinces canadiennes : l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique

2.1.1 L'Ontario

Les services sociaux se retrouvent sous l'autorité de plusieurs ministères. Ils occupent une place plus importante dans trois ministères.

- Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ). Ce ministère, créé récemment, a pour but de consolider la plupart des services concernant les enfants et les jeunes. Il a la responsabilité de la plupart des services sociaux à l'enfance et à la jeunesse : adoption; assistance à l'enfance et à la famille; services de garde et aide au développement de la petite enfance; services de protection de l'enfance, services de justice (garde en milieu ouvert et milieu fermé) aux adolescents selon la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents; programmes pour enfants autistes, avec déficience intellectuelle et en santé mentale. Sur le terrain, les services sociaux financés par le Ministère sont fournis par des organisations sans but lucratif situées à l'extérieur de la structure ministérielle, surtout les sociétés d'aide à l'enfance (SAE), et également par différents types d'organismes communautaires.
- Ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC). Le Ministère soutient et finance des services de plusieurs types. Les principaux sont les suivants : organismes communautaires s'occupant de violence familiale; direction de la stratégie interministérielle de ressourcement pour le mieux-être des autochtones; soutien aux municipalités relativement à la prévention de l'itinérance; financement des organismes communautaires offrant des services de soutien aux personnes ayant une déficience intellectuelle et de trois centres offrant à ces personnes des programmes supervisés de jour et d'aide à la vie quotidienne; services de recherche d'antécédents en adoption.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Les services sociaux ont une fonction d'appui à la santé en milieu hospitalier. Ils sont aussi présents dans les programmes communautaires de périnatalité et les programmes communautaires en santé mentale. Ils sont mis à contribution dans les centres d'accès aux soins communautaires en lien avec l'école. Ils occupent une place déterminante dans les programmes de soins de longue durée en milieu institutionnel et à domicile, incluant les services à domicile. Les programmes de soins à domicile sont administrés par les CCACs (*Community Care Access Centres*).

Les services sociaux occupent aussi une place d'accompagnement et d'appui aux missions de certains autres ministères. C'est le cas pour les ministères suivants :

- Ministère de l'Éducation. Il s'agit des services sociaux en milieu scolaire pour les enfants ayant des besoins spéciaux en lien avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
- Les deux ministères liés à la justice : le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels et le ministère du Procureur général. Le premier encadre les services de réhabilitation des délinquants adultes tant dans les pénitenciers qu'à l'extérieur et le deuxième, les services et programmes liés à la justice familiale : centres et sessions d'information relatives à la loi familiale, aux services de médiation, services de soutien aux enfants et services de curatelle.

Le tableau 1 décrit l'état des services sociaux dans les différents ministères ontariens et inclut certaines informations sur les indicateurs utilisés pour mesurer la performance.

Tableau 1 : Les services sociaux en Ontario : ministères, description et indicateurs de la performance

Ministères avec services sociaux	Description des services sociaux	Indicateurs de la performance
Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (Source : http://www.children.gov.on.ca/)	- Services de protection : le Ministère établit les politiques. Elles sont administrées par 9 bureaux régionaux du Ministère. Les services sont fournis par 52 <i>sociétés d'aide à l'enfance</i> (SAE) qui ont la responsabilité exclusive des services de protection (l'enquête sur allégation, protection et prise en charge des enfants de moins de 16 ans, services d'orientation pour les familles, consultation, et autres face à la protection, au placement et à d'autres soins aux enfants confiés en vertu de la loi de la protection, la surveillance et l'adoption des enfants. - Soutien à des organismes communautaires pour des enfants ayant des déficiences de développement - Financement de centres de la petite enfance offrant les services suivants aux parents et enfants de six ans et moins : apprentissage pour enfants de moins de six ans, appui aux parents en matière d'éducation, grossesse et apprentissage du rôle parental, orientation vers d'autres programmes, interventions communautaires	- Données sur les opérations fournies par SAE et organismes communautaires aux bureaux régionaux et ensuite au Ministère, mais il a été impossible d'établir si elles débouchaient sur des indicateurs ou des mesures de performance. - Données indirectes fournies par l'intermédiaire de l'étude <i>Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect</i> - Peu d'information sur des indicateurs ou mesures de performance. Études ponctuelles utilisées *Note : aucun accès par Internet au plan d'activités du Ministère ou au rapport annuel.
Ministère des Services sociaux et communautaires (Source : http://www.cfcs.gov.on.ca/)	Violence familiale (maisons d'hébergement, hébergement d'urgence, consultation familiale, centres d'aide aux victimes de viol, etc.); aide aux municipalités pour les sans-abri (hébergement et installation permanente); soutien aux personnes ayant des déficiences intellectuelles ou à leurs familles (services de relève, services de soutien communautaire pour le maintien à domicile, services d'intégration communautaire pour une vie autonome et logement); recherche d'antécédents en adoption.	- Données sur les activités à des fins budgétaires. - Un certain nombre d'études ponctuelles ont été faites sur des aspects de la violence et d'autres sur des problèmes de confidentialité *Note : aucun accès par Internet au plan d'activités du Ministère ou au rapport annuel.

Ministère de la santé et des soins de longue durée (Source : http://www.health.gov.on.ca/)	- Services sociaux dans les hôpitaux en appui aux soins aigus et d'urgence. - Contribution aux programmes de périnatalité « Bébé en santé » et « Enfants en santé » - Services de soins de longue durée à domicile : vérification de sécurité, transport, services de repas, popotes roulantes et transport pour repas, services de répit pour proches aidants, services de soutien et counseling aux proches aidants, centres de jour, aide à domicile, services de réparation et autres à domicile. Services administrés par les CCACs.	- Acute Care Report Card qui sert à déterminer l'efficience - Satisfaction des bénéficiaires - Insertion d'instruments de mesures d'évaluation dans les plans d'implantation CACC selon certaines normes de réalisation des objectifs (CACC implementation plans) Certains indicateurs indirects de mesure de la performance. Voir exemples ci-dessous.
Exemples d'indicateurs indirects de la performance des services sociaux : - Enquête sur la satisfaction de la qualité des soins reçus et l'accessibilité - Nombre d'unités de logement de soutien pour les personnes souffrant de problèmes sérieux de santé mentale - Pourcentage des familles bénéficiant de « Bébé en santé » ou « Enfants en santé » et d'autres programmes ou services communautaires - Nombre de personnes de plus de 75 ans vivant dans la communauté utilisant les services de soins de longue durée à domicile - Nombre de lits dans les ressources institutionnelles de soins de longue durée.		
Ministère de l'Éducation (Source : http://www.edu.gov.on.ca/)	Services sociaux de soutien dans les écoles aux élèves et aux enseignantes et enseignants et services de soutien aux enfants en difficulté. Ces services sont dispensés dans les écoles et financés par le Ministère.	Aucun indicateur de performance des services sociaux, sauf certaines données sur la clientèle et les opérations budgétaires
Sécurité communautaire et services correctionnels (Source : http://www.mpss.jus.gov.on.ca/) Procureur général (Source : http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/)	- Réhabilitation des délinquants adultes tant dans les pénitenciers qu'à l'extérieur - Services d'aide aux victimes/témoins - Services et programmes liés à la justice familiale : centres et sessions d'information concernant la loi sur la famille, les services de médiation, les services de soutien aux enfants, le bureau du tuteur et Curateur public.	- Surveillance communautaire des libérations conditionnelles - Résultats des libérations conditionnelles - Activités et satisfaction des victimes ou témoins de violence - Solution en médiation - Suivi des personnes par le Curateur public. Voir exemples d'indicateurs ci-dessous.

- Coût quotidien moyen des activités par contrevenant en milieu communautaire
- Pourcentage des contrevenants en libération conditionnelle qui récidivent pendant leur libération conditionnelle
- Nombre de contacts des victimes avec les services offerts
- Mesure de la satisfaction des clients avec des services fournis par le programme d'assistance pour les victimes/les témoins
- Pourcentage des cas civils qui sont résolus par un processus de médiation
- Pourcentage des personnes vulnérables (surtout santé mentale) dont on s'est occupé dans les 24 heures suivant le signalement d'un abus possible.

2.1.2 L'Alberta

Le gouvernement de l'Alberta a élaboré un plan d'ensemble de ses activités qui va jusqu'en 2025. Ce plan a été renouvelé en 2003 dans le document intitulé *Today's Advantage, Tomorrow's Promise : Alberta's Vision for the Future*. Il constitue le cadre de l'orientation générale de la province pour le futur. Il propose la vision suivante pour l'Alberta en 2025 : « *A vibrant and prosperous province where Albertans enjoy a superior quality of life and are confident about the future for themselves and their children* » (Alberta, 2004, p.15).

Dans le cadre de ce plan, 12 buts principaux sont définis pour la province. Ces buts se décomposent en une série de sous dimensions qui constituent autant de champs, qui comprennent chacun des objectifs stratégiques composés d'indicateurs ou de mesures de performance centrés sur les résultats et les ressources pour atteindre ces résultats et d'autres indicateurs en développement dans lesquels chacun des 21 ministères doit situer son action dans une combinaison d'actions interministérielles. Chaque ministère prépare son rapport annuel en vertu de deux lois : la *Financial Administration Act* et la *Government Accountability Act*. Ces lois précisent un cadre dans lequel on retrouve l'obligation de fournir des informations sur la performance.

Les « services sociaux³ » se retrouvent disséminés dans plusieurs ministères, dont voici les principaux : *Children's Services, Seniors, Health and Wellness, Community development, Justice and Attorney General and Solicitor General*. Le tableau suivant décrit pour chaque ministère la nature de ces services et les indicateurs d'appréciation ou d'évaluation de la performance.

3. En Alberta, le terme « services sociaux » n'est pas utilisé. On fait plutôt référence aux services de chaque secteur spécifique.

Tableau 2 Les services sociaux en Alberta : ministères, description et indicateurs de la performance

Ministères avec services sociaux	Description des services sociaux en lien avec la mission	Indicateurs de la performance
<i>Children's Services</i> (Source : http://www.w.gov.ab.ca/home/index.cfm) Trois grandes entités <i>Child and Family Services</i> : <i>Regional Authorities</i>; <i>Children's Advocate</i>; <i>Youth Secretariat</i>	<u>Mission</u> : À partir de l'énoncé de Vision « <i>Strong children, families and communities</i> », travailler ensemble à mettre en valeur l'habileté des familles et des communautés à développer des environnements favorables au développement des enfants et des jeunes et des environnements sécuritaires pour eux : les soutenir, leur assurer la sécurité et l'absence d'abus et de négligence, prévenir la violence familiale, impliquer et soutenir les communautés dans la fourniture des services; appuyer et encourager le développement de communautés favorables à la famille. <u>Principaux services</u> : services de garde à l'enfance (subvention et qualification de personnel); adoption; recherche d'antécédents et retrouvailles; services de soutien à la famille et à la communauté; protection de l'enfance; ressources aux familles où il y a des enfants ayant des déficiences; services et prévention de la violence familiale; agences des Premières Nations; familles d'accueil; protection des enfants impliqués dans la prostitution. L'intervention est sous la responsabilité de 10 <i>Child and Family Services Authorities (CFSAs)</i> (une par région) qui ont charge de contrats avec les agences à l'enfance et à la famille et les organismes communautaires. <u>Nouvelle orientation</u> : transformation des services centrés sur les résultats pour l'enfant (voir document <i>Alberta's Vision - Kids First</i>) Le plan stratégique 2003-2006 définit trois séries d'objectifs dont les résultats attendus sont : 1) Prévention : promouvoir le développement et le bien-être des enfants, des jeunes et des familles 2) Préservation et protection : s'assurer que les enfants, les jeunes et les familles vivent dans un environnement sain et sécuritaire 2.1) Les familles vont être sécuritaires, en santé et capables de promouvoir le développement de leurs enfants 2.2) Les enfants dans le besoin vont être protégés et soutenus par des relations permanentes et favorables à leur développement 3) Promouvoir des communautés en santé pour les enfants, les jeunes et leurs familles 3.1) Le bien-être et l'autosuffisance des enfants, des familles et des communautés autochtones seront promus, soutenus et comparables à ceux des autres Albertains 3.2) Les communautés vont avoir la capacité de planifier et de fournir les services qui font la promotion du bien-être des enfants, des jeunes et des familles	Mécanismes des <i>Public Accounts of Alberta</i>. <i>Corporate staff</i> fournit le soutien pour la fourniture du programme le développement de partenariat et les opérations. Le Ministère définit des critères de « <i>best practices</i> » et les mesures de performance Mesures de la performance (2003-2006) centrées sur des résultats pour chaque objectif : 1) 4 mesures; 2.1) 2 mesures; 2.2) 7 mesures; 3.1) 2 mesures; 3.2) 2 mesures. Ces mesures sont décrites à la suite du tableau. D'autres mesures sont en développement : - taux par 1000 enfants pris en charge par la province; - % des enfants de moins de 5 ans bénéficiant d'une interaction favorable - Ressources pour la productivité et efficience

Mesures de performance utilisées pour les objectifs ciblés.

Objectif 1 :

- Pourcentage des centres de la petite enfance qui constituent un environnement approprié au développement de l'enfant
- Pourcentage des enfants en Alberta avec démonstration d'un développement social et émotionnel sain
- Pourcentage des familles utilisant des habiletés parentales positives en comparaison de la moyenne nationale
- Pourcentage des familles ayant accès aux programmes du Ministère qui indiquent que les services reçus ont eu des effets positifs pour leurs enfants

Objectif 2.1 :

- Pourcentage des enfants et des jeunes considérés à risque qui reçoivent des appuis de la part de ressources communautaires et qui, par la suite, n'ont pas besoin de services de protection
- Pourcentage des adultes vivant dans des centres d'urgence pour femmes, financés par le gouvernement qui indiquent qu'elles sont plus en mesure de se prendre en charge elles-mêmes et de s'occuper elles-mêmes de leurs enfants en plus grande sécurité face à l'abus

Objectif 2.2 :

- Pourcentage des enfants qui ont des blessures graves ou meurent pendant qu'ils sont pris en charge par les services de protection
- Pourcentage des enfants qui subissent une récurrence d'abus ou de mauvais traitement sur une période de 12 mois
- Nombre d'enfants pris en charge sur 1000 enfants dans la population
- Nombre moyen de placements d'un enfant pendant la période d'ouverture du cas
- Nombre de jours entre l'admission aux soins et le placement permanent
- Pourcentage des enfants recevant des services de protection qui ont déménagé deux fois ou plus à l'extérieur de leur communauté pendant une année

Objectif 3.1 :

- Pourcentage des enfants autochtones qui sont placés dans des foyers d'accueil autochtones
- Pourcentage des enfants pris en charge qui maintiennent un degré d'avancement scolaire comparable à la population d'âge scolaire

Objectif 3.2 :

- Pourcentage des représentants (*stakeholders*) de la communauté qui rapportent une augmentation dans la capacité de la communauté à satisfaire les besoins des enfants, des jeunes et des familles
- Pourcentage des dépenses consacrées à la catégorie de projet à l'enfance/jeunesse et aux services de soutien de la communauté

<i>Department of Alberta Community Development</i> <i>Protection of Human Rights et Alberta Community Development Annual Report</i> (Source : http://www.cd.gov.ab.ca/home)	Différents programmes, structures, agences, commissions, conseils et fondations sont soutenus par ce Ministère pour réaliser des actions entreprises portant sur l'amélioration et la préservation de la qualité de vie des Albertains dans l'atteinte des objectifs principaux suivants en matière de services sociaux : 1) promouvoir le développement communautaire; 2) protéger les droits humains et promouvoir l'équité et l'accessibilité; 3) protéger les personnes âgées et autres victimes ou à risque d'abus; 4) soutenir l'insertion et la participation des Albertains ayant des handicaps;	1) le niveau de bénévolat et 2) la contribution du bénévolat 3) la satisfaction face à l'assistance du développement communautaire 4) l'absence de discrimination 5) la protection des droits 6) satisfaction quant aux
---	--	--

	5) protéger les personnes âgées recevant des soins contre les abus (physiques, sexuels, psychologiques, financiers ou de négligence) et application de la loi <i>Protection for Persons in Care Act</i> pour les personnes dans les différents établissements publics.	services reçus par les personnes ayant un handicap 7) satisfaction des familles et gardiens quant aux services offerts aux personnes bénéficiaires de soins. Les mesures ou indicateurs sont décrits à la ligne suivante.
Mesures de performance : 1) Enquête sur le niveau de bénévolat : pourcentage des adultes qui contribuent sans rétribution à des organisations à but non lucratif, à des causes charitables, à des activités de développement communautaire ou comme aidants naturels; 2) Enquête sur le pourcentage des Albertains qui considèrent les activités bénévoles comme importantes pour contribuer à la qualité de vie 3) Étude évaluative sur la satisfaction de l'aide reçue par les clients bénéficiant d'une subvention en développement communautaire 4) Enquête sur le pourcentage des Albertains adultes qui considèrent qu'un environnement libre de discrimination est important pour la qualité de vie 5) Enquête sur le pourcentage des Albertains adultes qui croient que les droits humains sont bien et très bien protégés en Alberta 6) Enquête sur le pourcentage des Albertains ayant des déficiences de développement qui sont satisfaits des services financés 7) Enquête sur le pourcentage des familles et des gardiens de personnes ayant des déficiences qui sont satisfaits des services financés.		
Department of Alberta Health and Wellness – <i>Alcohol and Drug Abuse Commission</i> – <i>Health Facilities Review Committee</i> – <i>Mental Health Patient Advocate</i> – <i>Public Health Appeal Board</i> (Source : http://www.health.gov.ab.ca/)	Les services sociaux se situent en interface avec la mission en santé exercée sous l'autorité des <i>Regional Health Authorities</i>, du <i>Alberta Cancer Board</i> et du <i>Alberta Mental Health Board</i>. - Services psychosociaux en milieu hospitalier en interface avec les soins aigus, les soins de santé mentale et les soins de longue durée. - Soins et services à domicile dont les objectifs sont de permettre à la personne de continuer de vivre aussi longtemps que possible à domicile pour lui permettre de maintenir sa santé, son bien-être et son indépendance personnelle. Ils comprennent très souvent une combinaison de services psychosociaux, soins infirmiers, soins paramédicaux, services nutritionnels, soins d'hygiène personnelle et services de soutien aux tâches quotidiennes.	Mesure et fait rapport sur la performance du système de santé Les indicateurs de performance sont surtout des mesures indirectes utilisées à partir de certaines mesures en santé. Voir ligne ci-dessous pour exemples de certains indicateurs.

Exemples d'indicateurs indirects utilisés par les <i>Regional Health Authorities</i> ⁴ - Nombre de clients bénéficiant de soins à domicile (tous types de soins/soins de longue durée/soins palliatifs/soins de courte durée/soins de type indéterminés) par 1000 de population, par groupe d'âge et par groupe de clientèle pour la région par année - Nombre d'heures de services directs de soins à domicile et de services totaux (ensemble des clients/soins de longue durée/soins de longue durée/soins palliatifs/soins de courte durée/soins de type indéterminé) par 1000 de population, par groupe d'âge et par groupe de clientèle pour la région pour chaque année - Nombre et pourcentage de bénéficiaires et coût de soins à domicile auto administrés par groupe d'âge et type de clientèle dans la région pour chaque année - Nombre et pourcentage des clientèles en institution de différentes catégories dans la région par rapport à l'ensemble des clientèles de la région pour chaque année - Dépenses en soins à domicile et en soins communautaires comme pourcentage des dépenses totales - Durée moyenne de séjour en jours à l'hôpital par type de soins, groupe d'âge, par région, par année - D'autres indicateurs encore plus indirects sont disponibles, comme les taux de réadmission après congé de l'hôpital ou les mesures concernant le nombre, les coûts et les caractéristiques des différents personnels, etc. En plus de ces indicateurs, il y a aussi possibilité de se référer à des évaluations spécifiques de la qualité et de l'accès à certains programmes et services.		
Department of Alberta <i>Seniors and community Supports.</i> <i>Alberta Seniors Annual Report (2003-2004)</i> (Source : http://www.seniors.gov.ab.ca/)	Certains objectifs concernent des services sociaux : 1) Fournir l'information sur les programmes, services et mesures aux aînés par téléphone, dans des bureaux régionaux et dans un livret <i>Programs and Services for Seniors</i> 2) Soutenir l'habitation pour les personnes âgées par la fourniture et gestion de logements accessibles aux aînés ainsi que pour les personnes ayant des besoins spéciaux Une division du Ministère gère un programme spécifique d'assistance aux aînés ayant des besoins spéciaux.	Enquête sur la satisfaction : 1) des aînés sur l'information reçue (téléphone, bureaux et livret) et 2) des clients habitant ces logements ou bénéficiaires des mesures d'appui
Department of Alberta <i>Justice and Attorney General</i> <i>Department of Alberta Solicitor General and public security</i> <i>Alberta Solicitor General Report (2003)</i> (Source : http://www.justice.gov.ab.ca/publications/)	<u>Pour jeunes de moins de 18 ans :</u> La <i>Youth Criminal Justice Act</i> sert de cadre principal pour la délinquance des moins de 18 ans (voir Alberta, (2004) <i>Youth Criminal Justice Act Pocket Guide</i>). C'est dans l'application de quatre aspects de la loi que se situe l'action des services sociaux : 1) mesures extrajudiciaires (mesures et programmes dans la communauté) dans le but d'aider le jeune à ne pas commettre d'acte délinquant, si bien entendu le jeune accepte, pour empêcher le recours au système pénal;	- Taux de succès : probation des jeunes contrevenants et délinquants adultes. - Pourcentage des contrevenants dans des programmes de travail, d'éducation, de traitement et de gestion de vie. - Nombre d'heures de travaux

4. Source Alberta, Health and Wellness, (2001) et <http://www.health.gov.ab.ca/regions/> consulté le 11 juin 2002.

	2) pendant la période précédant le jugement de la Cour, évaluation des possibilités de réintégration du jeune; 3) au moment de l'application d'une sentence, assister le jeune dans sa réadaptation et sa réintégration dans la société dans le cadre de principes et de règles établis et en affectant à chaque jeune un intervenant (<i>youth worker</i>), si l'application se fait en milieu fermé, ou un agent de probation pour supervision dans la communauté; 4) établir les liens avec des victimes lorsque cela fait partie du processus de réadaptation. <u>Pour adultes de plus de 18 ans</u> Services présentenciels, services de probation et de mesures alternatives dans la communauté et libération conditionnelle. Services aux victimes de crime.	communautaires. - Taux de réussite des congés temporaires des institutions. - Nombre d'évasions ou autres incidents rapportés à l'intérieur des murs. Mesures indirectes -Taux de victimisation; -Taux de criminalité (crimes violents et crimes contre la propriété) - Enquête sur accès aux services et satisfaction des victimes.
--	---	---

2.1.3 La Colombie-Britannique

Le gouvernement de la Colombie-Britannique utilise un plan stratégique triennal révisé à chaque année. Comme sources de références principales, nous prenons la situation en 2004 à partir du rapport d'activité de 2002-2003 et des plans stratégiques de 2004-2005 à 2006-2007 (British Columbia, *Provincial Government Strategic Plan, 2004-2005 - 2006-2007*). Le gouvernement est imputable pour la mesure des succès de ses programmes et de sa performance « We have committed to holding government accountable for measuring the success of its programs and reporting on performance » (p. 3). À cette fin, le *British Columbia Progress Board* a la responsabilité d'aider à définir les points de marquage ou repères (*benchmarks*) et d'effectuer le monitoring de la performance. Le Conseil en question aide à informer le gouvernement sur les efforts de suivi et fait les recommandations à cet effet. Chaque année, un rapport est élaboré à partir d'indicateurs qui mesurent les progrès accomplis dans l'atteinte d'objectifs. Trois buts stratégiques découlent de la « *Government's Vision and Values* » dont le point de départ est le suivant : « La Colombie-Britannique est une province prospère et juste dans laquelle les citoyens réalisent leur potentiel et ont confiance dans l'avenir ». Ces buts sont les suivants : 1- *Une économie provinciale forte et vibrante*; 2- *Une structure sociale soutenable*; et 3 - *Des communautés en sécurité et en santé et un environnement capable de soutien*. Ces buts constituent le cadre d'ensemble de la définition des actions stratégiques de chaque ministère ou de regroupement de ministères.

C'est dans le cadre des objectifs 2 et 3 qu'on retrouve le plus fréquemment des références précises aux services sociaux dans l'énoncé des objectifs stratégiques. Ainsi, certains des

objectifs stratégiques de flexibilité et de choix sont décrits comme suit : « Rendre plus facile une approche centrée sur la communauté pour assurer [...] des services sociaux de haute qualité et efficaces »; « avoir un choix plus étendu [...] pour les soins et services à domicile et dans la communauté »; « fournir différentes options de financement de services et de soutien aux enfants, aux jeunes, aux adultes et leurs familles en présence de déficiences de fonctionnement »; et « rendre plus facile l'accès à la justice au moyen de systèmes de résolution des disputes et avec des services intégrés ». De la même manière, des objectifs stratégiques d'accessibilité s'expriment : « Promouvoir un niveau consistant et de qualité des [...] services sociaux pour l'ensemble de la province » et « soutenir un niveau approprié de services de garde dans lesquels les familles pourront bénéficier d'un ensemble de services de garde abordables, sains, sécuritaires et appropriés pour satisfaire différents types de besoins ». En troisième lieu, dans les actions stratégiques concernant les capacités individuelles et communautaires, des objectifs comme les suivants sont retenus : « Promouvoir le développement de soutiens et services à l'intérieur des communautés autochtones qui tiennent compte de leurs caractéristiques propres »; « améliorer les résultats du fonctionnement des enfants de moins de six ans en mettant à leur disposition des services intégrés pour faciliter leur développement et des initiatives qui partent des forces et des ressources existant dans la communauté »; « promouvoir des initiatives communautaires pour prévenir et empêcher le *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* (FASD) et mettre en place des initiatives communautaires pour aider les familles aux prises avec ce problème »; et « fournir du soutien financier et des appuis aux initiatives qui font la promotion [...] d'actions concernant la prévention de la violence ».

Tous les ministères ont eu à établir un plan de service de 2004-2005 à 2006-2007 dans lequel, en plus d'établir leurs objectifs, ils ont précisé des indicateurs de mesure de performance. Le ministère *Children and Family Development* est là où on retrouve le plus d'activités qui correspondent aux domaines des services sociaux tels qu'ils sont définis précédemment et aux objectifs stratégiques les concernant. Dans ce ministère, depuis 1999, un effort systématique a été fait pour mesurer les résultats de la performance (voir *Measuring our Success*, 1999). Le ministère *Community, Aboriginal and Women's Services* est aussi un ministère qui inclut un certain nombre de services sociaux au sens défini précédemment. D'autres ministères exercent aussi des rôles importants en la matière : par exemple, le *Ministry of Health* s'occupe des services sociaux en milieu hospitalier, en milieu de soins de longue durée et de certains services de soins à domicile; les ministères de l'*Attorney General*, et le *Ministry of Public Safety and Solicitor General* et le *Ministry of Municipal Affairs* en matière de services d'urgence.

Le tableau 3 précise la nature des services sociaux et les indicateurs et mesures de performance qui correspondent aux différents objectifs utilisés dans le *Ministry of Children and Family Development* et dans celui des *Community, Aboriginal and Women's Services*. L'analyse des indicateurs existant dans les autres ministères qui ont des services sociaux n'est pas faite ici.

Tableau 3 Les services sociaux en Colombie-Britannique : ministères, description et indicateurs de la performance

Ministère avec services sociaux	Description des services sociaux	Indicateurs de la performance
<i>Ministry of Children and Family Development</i> British Columbia (2004) <i>Ministry of Children and Family Development Service Plan 2004/05 - 2006/07</i> et <i>2002/03 Annual Service Plan Report</i> (Source : http://www.gov.bc.ca/pr/em/popt/service_plans et http://www.mcf.gov.bc.ca/)	Pour l'accomplissement de sa mission : 1) Services aux adultes vivant dans la communauté (incluant certains services pour les enfants et familles avec besoins spéciaux); soutien résidentiel et programmes de jour aux adultes ayant des déficiences de développement (soins continus en milieu résidentiel familial, en résidence autonome et en ressources avec personnel); programmes de jour, soutien au développement de l'entraide, assistance et soutien à domicile; services pour enfants avec difficultés intellectuelles, autisme et autres formes de dépendance spécifique (répit et soutien parental; soins de garde spécialisés; intervention intensive...) 2) Développement de la famille et protection de l'enfance : a) responsabilité de la <i>Family and Community Service Act</i> pour la protection des enfants négligés et maltraités et la promotion des capacités de familles et des communautés à soutenir les enfants; b) administration des programmes aux enfants pris en charge, placés en institution, en famille d'accueil, dans des ressources contractuelles, en milieu de vie autonome et en adoption; c) services de soutien aux familles à risque; d) programmes de services de garde et de développement et intervention à la petite enfance; e) programmes spéciaux comme le FASD; f) services de justice juvénile, de santé mentale à l'enfance et à la jeunesse et services aux jeunes : services communautaires alternatifs à la garde en milieu fermé (programmes de jour, surveillance intensive, mesures alternatives et services communautaires); g) programmes de services aux jeunes à risque et exploités sexuellement (travail de soutien, prévention et promotion); Note : les programmes précédents (de a à g) existent sur une base régionale : cinq régions avec fournisseurs de services par contrat avec les autorités régionales. Les programmes suivants sont offerts pour l'ensemble de la province; h) programmes de réadaptation en milieu d'incarcération pour jeunes; i) exploitation d'un centre fermé en santé mentale pour jeunes, services psychiatriques liés aux cours de justice et programmes de santé mentale; j) services aux migrants. <u>Pour 2004-2005 à 2006-2007</u>, trois grands objectifs et des sous-objectifs ont été élaborés : 1) les adultes ayant des déficiences de développement, et les enfants et les jeunes ayant des besoins spéciaux réalisent leur plein potentiel, participent dans leur communauté et y contribuent : 1.1) augmenter le	Les indicateurs utilisés pour mesurer la performance sont définis à partir du plan des services de 2004-2005 à 2006-2007. Pour chaque objectif et sous-objectif (O), le nombre des indicateurs (I) est précisé :

	choix et la flexibilité; 1.2) renforcer les interventions précoces fondées et les stratégies de soutien pour assister les familles dans le soin de leurs enfants ayant des besoins spéciaux; 1.3) transformer les services de vie dans la communauté en un système organisé, accessible et intégré. 2) Les enfants et les jeunes ont une vie saine et sécuritaire dans leurs familles et communautés : 2.1) augmenter la capacité des familles et des communautés à exercer des responsabilités et du soutien à la première enfance en utilisant la recherche existante à cet égard; 2.2) transformer la pratique dans les services de bien-être à l'enfance en l'appuyant sur la recherche existante pour promouvoir la sécurité, la continuité familiale et la permanence pour les enfants; 2.3) développement d'un réseau englobant des services basés sur les besoins des enfants et de leurs familles; 2.4) augmenter la fourniture de services appropriés aux communautés autochtones; 2.5) augmenter la capacité de répondre et l'adéquation du système de services à des groupes cibles d'enfants et de jeunes. 3) Mettre en place un système de fourniture de services basé sur la communauté qui est effectivement soutenu et fait l'objet de monitoring : 3.1) mettre en place des approches de gouvernance provinciale et régionales qui incluent des mécanismes appropriés d'imputabilité; 3.2) soutenir les priorités du gouvernement et du Ministère	O 1.1 : I=5 O 1.2 : I=2 O 1.3 : I=2 O 2.1 : I=3 O 2.2 : I=8 O 2.3 : I=1 O 2.4 : I=2 O 2.5 : I=3 O 3.1 : I=1 O 3.2 : I=2 Voir description des indicateurs aux lignes suivantes
Indicateurs de performance pour chaque objectif		
<u>1.1</u> : - Satisfaction quant aux services reçus. - Nombre d'adultes et de familles ayant des besoins spéciaux qui bénéficient de financement direct et individualisé. - Progrès dans le processus d'implantation d'un nouveau modèle de gouvernance et de fourniture des services communautaires aux adultes. - Réduction du pourcentage de coût dans les unités des services résidentiels communautaires aux adultes. - Pourcentage de clients qui reçoivent des services pour vivre avec leurs familles, dans des résidences semi-indépendantes et avec des soins familiaux. <u>1.2</u> : - Taux par 1 000 enfants ayant des besoins spéciaux, qui sont pris en charge par le Ministère et ceux qui font l'objet d'ententes pour des besoins spéciaux. - Pourcentage des enfants (4-6 ans) et des jeunes (17-19 ans) ayant des besoins spéciaux qui ont complété des plans de transition. <u>1.3</u> : - Pourcentage des adultes bénéficiaires des services offerts dans la communauté (<i>Community Living Services</i>) qui reçoivent des services en demeurant dans leurs familles, en résidence semi-indépendante et recevant des soins familiaux, et ceux recevant du soutien sur une base individualisée. - Pourcentage des individus dans des maisons familiales types. <u>2.1</u> : - Pourcentage d'enfants d'âge préscolaire qui sont prêts à fréquenter l'école. - Pourcentage des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans inscrits sur une liste d'attente pour services de garde. - Nombre de nouveaux partenariats public-privé qui augmentent l'éveil et l'engagement face au <i>Fetal Alcohol Spectrum Disorder</i> (FASD) et nombre d'initiatives communautaires de prévention du FASD. - Nombre de communautés autochtones ayant des initiatives en matière de développement de la petite enfance.		

2.2 :

- Nombre d'enfants et de jeunes qui reçoivent des services de bien-être et de santé mentale dans la communauté.
- Pourcentage des enfants placés en institution qui sont replacés dans des familles d'accueil ou d'autres ressources familiales.
- Nombre d'enfants pris en charge sur 1 000 enfants de moins de 19 ans.
- Nombre d'enfants retournés dans leur famille.
- Nombre d'enfants placés en adoption
- Nombre d'interventions en matière de bien-être à l'enfance qui se résolvent par des processus alternatifs aux moyens légaux de résolution de dispute.
- Taux de retour dans les prises en charge pour mauvais traitement
- Nombre de jeunes évalués en établissement de garde interne.

2.3 :

- Nombre de sites alternatifs de fourniture de services offrant des approches de collaboration.

2.4 :

- Pourcentage d'agences autochtones offrant des services aux enfants pris en charge.
- Pourcentage des enfants autochtones pris en charge qui reçoivent des services d'agences autochtones reconnues.
- Pourcentage des enfants autochtones pris en charge qui reçoivent des services de familles autochtones.

2.5 :

- Taux de jeunes pris en charge par rapport à l'ensemble des jeunes de 12 à 17 ans (taux pour 10 000)
- Nombre de services d'évaluation psychiatrique pour des jeunes en institution fermée (*forensic*) et nombre de jeunes bénéficiant de traitement institutionnel.
- Nombre d'accords actifs de services.

3.1 :

- Nombre d'autorités de services de vie communautaires mises en place.

3.2 :

- Pourcentage de réduction du fardeau réglementaire (jusqu'à 40 %).
- Implantation d'un indice de risque de gestion de 5 points.

<i>Ministry of Community, Aboriginal and Women's Services</i> Sources Ministry of Community, Aboriginal and Womens's Services Service Plan 2004/05 - 2006/07 (Source : http://www.mcaws.gov.bc.ca/)	Parmi les activités centrales du Ministère, un certain nombre d'objectifs sont choisis en raison de leur référence plus directe comme services sociaux. 1) Les communautés sont renforcées au moyen d'actions sur le racisme et le multiculturalisme (p.35-36). 2) Les femmes victimes d'abus ou de violence ont accès à des résidences d'urgence et au counseling approprié (p. 39-41). 3) Réviser les programmes et services gouvernementaux pour les aînés et formuler des recommandations de planification (p. 41). 4) Augmenter le nombre de place pour les enfants autochtones dans les services de garde (p. 42-43). 5) Les familles à faible revenu sont plus en mesure de faire face aux coûts des services de garde (p. 43-44). 6) Le gouvernement sera en mesure de prendre les décisions appropriées en matière de service de garde (p. 44-45).	Pour chaque objectif (O) choisi, les indicateurs (I) sont précisés : O 1) : I=1 O 2) : I=3 O 3) : I=1 O 4) : I=4 O 5) : I=1 O 6) : I=2 Voir description aux lignes suivantes
--	---	---

Indicateurs de performance

1) : Le niveau d'engagement communautaire mesuré par les protocoles antiracistes mis en œuvre.

2) :

- Nombre de femmes victimes et leurs enfants utilisant des maisons de transition où ils sont en sécurité.
- Nombre de femmes et leurs enfants qui ont recours aux maisons de transition.
- Existence de guides, d'instruments et d'information en matière de prévention de la violence.

3) :

- Rapport et recommandation concernant les moyens à mettre en place pour les services et programmes aux aînés.

4) :

- Nombre de fournisseurs de services de garde recevant du financement gouvernemental
- Le nombre de places disponibles dans les établissements reconnus pour les familles.
- Pour établir une distribution équitable du financement provenant du Child Care Operating Funding Program : a) pourcentage des différents centres fournisseurs de services de garde qui sont subventionnés; b) pourcentage des familles fournissant des services de garde qui sont subventionnés.

5) :

- Nombre d'allocations accordées pour les enfants aux parents à faible revenu admissibles.

6) :

- Mise en place d'un nouveau système de financement basé sur le financement fédéral.
- Élaboration d'un modèle de prévision de financement.
- Faire des évaluations de l'exploitation des services de garde et des projets d'investissement.
- Évaluer les centres de ressources et de référence et d'allocations pour les parents.

2.2 France

Les services sociaux français ont subi des changements considérables afin de s'adapter à un contexte social, politique et administratif qui a beaucoup évolué au cours des vingt dernières années. On les désigne la plupart du temps sous l'appellation de « services d'action sociale ou médico-sociale », mais ils sont présents aussi dans les services de protection judiciaire des jeunes et dans beaucoup d'activités réalisées en lien avec l'exclusion sociale. Les services d'action sociale font partie du « social » qui englobe au sens large l'ensemble des actions mises en oeuvre par les autorités publiques et leurs partenaires pour transformer ou améliorer les conditions d'existence de tous les concitoyens, et notamment des plus fragiles d'entre eux afin de maintenir la cohésion de l'ensemble de la société. Le social couvre donc un domaine correspondant aux grands mécanismes de la protection sociale que sont l'assurance et la solidarité. Mais c'est l'action sociale en tant que partie de la solidarité qui retient l'attention.

L'action sociale regroupe toutes les actions des institutions publiques, tels des organismes de protection sociale, des associations, des fondations, dont la finalité est d'apporter une aide adaptée à toute personne ou tout groupe en situation de précarité, en grande difficulté ou qui a besoin d'un soutien particulier. Les formes d'intervention de l'action sociale se caractérisent par une grande diversité adaptées à la variété des publics concernés.

2.2.1 La rénovation de l'action sociale et médico-sociale

La loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (ci-après loi n° 2002-02) relative aux institutions sociales et médico-sociales et qui prend place dans le nouveau Code de l'action sociale et des familles (CASF), transforme en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux dédiés à quatre grandes catégories de populations particulièrement fragiles : enfance et famille en difficulté, personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation de précarité et d'exclusion. Cette loi vise quatre objectifs principaux : développer les droits des usagers, diversifier la palette des établissements, des services et interventions, améliorer les procédures techniques de pilotage du secteur et instaurer enfin une meilleure coordination entre les divers protagonistes.

Pour ce faire, et selon les documents consultés, plusieurs instances étatiques ont la responsabilité d'offrir des services pour contrer les problèmes sociaux du pays. Ce sont les ministères suivants :

- Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale (assisté d'un ministre délégué aux relations de travail et d'un ministre délégué à la lutte contre la précarité et l'exclusion);
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (assisté d'un ministre délégué aux personnes âgées);
- Ministère de la Famille et de l'Enfance.

Cinq secrétariats d'État complètent l'action de ces ministères. Trois secrétariats d'État sont liés au ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale : Secrétariat à l'Insertion professionnelle des jeunes, Secrétariat au Logement et Secrétariat à l'Intégration et à l'Égalité des chances. Deux secrétariats d'État relèvent du ministère de la Santé et de la Protection sociale, soit le Secrétariat aux personnes handicapées et le Secrétariat à l'Assurance maladie.

De manière spécifique, sur le plan national, c'est le ministère de la Famille et de l'Enfance et le ministère de la Santé et de la Protection Sociale qui interviennent au nom de l'État sur le système de santé et médico-social. Quatre directions de ces ministères sont particulièrement concernées : la Direction de la sécurité sociale, la Direction des hôpitaux, la Direction générale de la santé et la Direction de l'action sociale.

Sur les plans régional et local, il existe des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) respectivement sous l'autorité du préfet de région et du préfet départemental. Elles assurent la mise en œuvre des politiques nationales, la définition et l'animation des actions régionales et locales. Les DRASS ont pour rôle de déterminer et d'animer la politique régionale de santé et médico-sociale et de cibler les problèmes prioritaires de

santé et problèmes sociaux. Elles assurent le secrétariat des conférences régionales de santé et médico-sociales. Elles organisent les relations administratives avec les professions et veillent à la coordination entre les politiques hospitalière et sociale et les objectifs définis dans la politique générale. Les DRASS quant à elles, évaluent le degré de réalisation dans leur région des objectifs fixés par chaque convention nationale conclue entre l'État et les Caisses nationales de sécurité sociale.

Sur le plan local, les DDASS sont responsables de la distribution des soins, des services et des actions de prévention et de promotion sociale à l'égard des différentes populations concernées, qu'il s'agisse des enfants, des jeunes, des familles, des adultes et des personnes âgées. Les services peuvent répondre à des besoins permanents, temporaires ou séquentiels, avec ou sans hébergement, à temps complet ou partiel, en internat, semi-internat ou externat, en institution, en accueil familial, à domicile, et à milieu ouvert.

À cette structure s'ajoutent les directions de la Protection judiciaire de la jeunesse qui, au niveau du ministère de la Justice, s'occupent d'intervenir auprès des mineurs délinquants, des mineurs en danger et des jeunes majeurs en ce qui concerne l'action socio-éducative en milieu ouvert, les mesures pénales de liberté surveillée, de contrôle judiciaire, de réparation, de travail dans la collectivité, les mesures de placement judiciaire et même l'incarcération.

D'autre part, l'organisation des services établit des liens entre le ministre de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale avec les deux autres ministres, et précise également les directions et services dont ce ministre dispose pour l'exercice de ses attributions :

- il a autorité conjointe avec le ministre de la Santé et de la Protection sociale sur la Direction de la Recherche, de l'Évaluation, des Études et des Statistiques (DRESS);
- il a autorité conjointe avec le ministre de la Santé et de la Protection sociale et le ministre de la Famille et de l'Enfance sur la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS);
- il a autorité conjointe avec le ministre de la Santé et de la Protection sociale, le ministre de la Famille et de l'Enfance sur l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

2.2.2 Place de l'appréciation et de l'évaluation

Les définitions de l'évaluation en France ont eu souvent un caractère plus normatif que descriptif. Jusqu'au décret de 1990, les démarches d'évaluation faisaient fortement défaut et la France ne s'est ralliée que tardivement à l'évaluation des politiques publiques. Les pouvoirs publics français ont pu tirer parti et s'inspirer des expériences menées ailleurs pour développer des démarches d'évaluation propres à la France, puisque les évaluations portent sur des politiques données. Dès lors, le développement de l'évaluation publique a été indissociable de la « politique de l'évaluation ». C'est ainsi que le décret de 1990

intervient après une dizaine d'années de débats et d'hésitations, ponctuées par des colloques et la rédaction de rapports successifs (CNE 1990⁵).

Ainsi, ce décret a donné à l'évaluation une définition claire et synthétique : « Évaluer une politique, c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en oeuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés. » Par la suite, la circulaire du premier ministre du 28 décembre 1998 précise que l'évaluation doit être conduite « dans une double perspective de modernisation du fonctionnement des administrations et d'amélioration des mécanismes de la décision publique » (circulaire CNE⁶).

Plusieurs projets d'évaluation ont été entrepris au profit de la santé, mais rien de tel n'a été mis en place dans le domaine social. Néanmoins, il faut souligner quelques initiatives. Ainsi, en 1982, avec la création de la mission de recherche du ministère des Affaires sociales, une recherche évaluative concernant des projets associatifs en faveur des jeunes a été entreprise. Dans la même période, une évaluation du programme d'action relatif à la formation des travailleurs sociaux a été menée et a servi de prélude à d'autres rapports, y compris ceux du Conseil supérieur du travail social. On peut citer aussi « *L'évaluation des situations des personnes âgées à domicile : enjeux institutionnels et légitimité; Les capacités d'expertise du service social, un référentiel qualité pour l'aide à domicile; Associer les usagers à l'évaluation d'un établissement* » (Thévenet et al., 2000).

L'évaluation qui va au-delà d'un simple audit vise à confronter objectifs, moyens mis en oeuvre et résultats obtenus. De ce fait, elle cherche à apprécier les effets directs et indirects d'une politique, d'une mission par rapport aux objectifs fixés. L'évaluation concerne également l'action du régulateur dont il faut apprécier l'efficacité. En France, l'État remplit les fonctions de régulation et d'opération se traduisant par une confusion, ce qui a comme conséquence que, dans la plupart des cas, le contrôle administratif est alors le substitut de l'évaluation (Bauby, 1998).

Une instance d'évaluation est plus qu'un comité de pilotage. « L'instance doit être conçue comme un arbitre et non comme un médiateur de différents intérêts qu'il conviendrait d'accommoder » (CSE, 1996). Elle doit bénéficier d'une large responsabilité, et ses missions sont de deux ordres : piloter les travaux d'évaluation et intégrer les matériaux d'évaluation.

Ainsi, la mise en oeuvre de l'évaluation suppose, à chaque niveau territorial d'organisation et de régulation (local, régional, national, européen) et pour chaque secteur, la création d'office d'évaluation de l'efficacité économique et sociale des activités et des performances des services publics. Avec l'Union européenne apparaît

5. Conseil National de l'Évaluation - Commissariat Général du Plan. Évaluation interministérielle. <http://www.evaluation.gouv.fr/cgp/fr/decret220190.pdf>; Document consulté en mai 2004.

6. Conseil National de l'Évaluation. http://www.evaluation.gouv.fr/cgp/fr/interministeriel/doc/circulaire_eval28-12-98

aujourd'hui un autre niveau de régulation qui élabore des directives puis les transpose dans les droits nationaux de chaque pays membre (Bauby, 1998, p. 2).

2.2.3 Insertion de l'évaluation dans la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

C'est dans le troisième objectif de la loi n° 2002-02 que s'insère l'appréciation ou l'évaluation : « améliorer les procédures techniques de pilotage du secteur ».

La loi fait une place importante à l'évaluation interne et à l'évaluation externe. L'article 312.8 de la loi n° 2002-02 relatif à l'évaluation est d'application immédiate, ce qui suppose que l'ensemble des 30 000 établissements et services (services d'aide à domicile inclus) concernés par cette procédure devront avoir satisfait à cette dernière au 1^{er} janvier 2007 pour l'évaluation interne et au 1^{er} janvier 2009 pour l'évaluation externe. Il s'agit là d'une démarche unique qui fixe des objectifs de processus plutôt que des objectifs de contenu.

a) Le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale

La loi n° 2002-02 a créé le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (article 22). Ses missions précises sont les suivantes :

- « Valider ou élaborer et diffuser les outils et instruments formalisant les procédures, les références et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles;
- Donner un avis sur les organismes habilités à pratiquer l'évaluation externe » (Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, 2004 : 9).

Cette instance a une « fonction pivot » dans la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue des services. Plus précisément, elle a une fonction d'expertise se situant par rapport aux pouvoirs publics, qui définissent la politique et les moyens, et aux gestionnaires et professionnels. L'existence de cette instance doit permettre de « clarifier les missions des différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre de la qualité des prestations du champ de l'action sociale [...] en fixant les frontières entre le contrôle, l'inspection, l'évaluation de la qualité, la lutte contre la maltraitance institutionnelle » (Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, 2004 : 9). Le CNE détermine les types d'outils qui devront lui être soumis pour expertise pour l'évaluation interne du fonctionnement d'un service (Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, 2004, p. 10).

L'intervention d'une instance de régulation scientifique (groupe d'experts mandatés pour veiller à la qualité des évaluations, en position de totale indépendance par rapport aux commanditaires) peut aider les instances à fonctionner efficacement et à mettre en œuvre des moyens appropriés d'évaluation par une assistance méthodologique, la participation à la démarche de réalisation et l'émission d'avis formels sur les projets ou rapports d'évaluation.

b) L'inspection générale des affaires sociales

Néanmoins, le nouveau contexte de l'évaluation ne met pas de côté le mécanisme de l'inspection générale. Depuis 1996, le mécanisme d'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a exercé des fonctions de contrôle et d'évaluation de l'application des politiques publiques de quatre types principaux :

- Les missions de contrôles : leur objet porte sur la vérification approfondie du respect de la réglementation et du bon usage des fonds publics (y compris européens) par une administration centrale ou déconcentrée ou par un organisme chargé d'appliquer les dispositions légales dans les domaines précités (établissements publics national ou locaux, hôpitaux, organismes de sécurité sociale, associations, gestionnaires d'établissements sanitaires et sociaux, mutuelles, institutions de prévoyance, caisses de retraite, organismes bénéficiant de concours publics et associations faisant appel à la générosité publique, services de conseil général d'aide sociale à l'enfance ou de protection maternelle et infantile).
- Les missions d'enquête, d'audit et d'évaluations : effectuées dans un cadre interministériel, elles peuvent viser un organisme particulier ou un dispositif national, une loi ou une politique. Les missions d'audit sont souvent assorties de conseils en organisation, et l'inspecteur accompagne alors les démarches de modernisation des administrations. Elles intègrent de façon croissante des démarches d'administration comparée.
- La participation à des groupes de travail : consiste à animer des commissions permanentes ou occasionnelles, à remplir des fonctions de rapporteur auprès de personnalités qualifiées (notamment parlementaires), d'instances administratives ou de structures de réflexion (observatoire de la pauvreté, haut conseil à l'intégration par exemple). Dans ce cadre, l'inspecteur représente l'IGAS et valorise les éléments et les propositions du service.
- Les missions d'appuis : apportent une expertise ou un concours temporaire dans un domaine particulier d'une administration.

Avec la mise en place des mécanismes d'évaluation de la loi n° 2002-02, le rôle des services d'inspection et de contrôle sera vraisemblablement révisé avec la définition de cadres d'évaluation portant sur l'évaluation interne et l'évaluation externe.

c) Évaluation de la performance

De plus, les textes réglementaires de l'application de la loi prévoient l'élaboration d'indicateurs médico-sociaux économiques et des indicateurs de résultats de performance. De tels indicateurs seraient utilisés comme outils de « pilotage » permettant aux responsables l'exploitation des informations sous la forme de démarche d'évaluation de la performance (Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, 2004, p. 24-25).

En ce sens, la qualité de l'évaluation ne se résume pas à sa validité scientifique des projets réalisés. Il faut également prendre en compte les finalités sociales de l'évaluation à partir d'un ensemble de critères.

Utilité/pertinence : produire de l'information compréhensible et utile non seulement pour les décideurs, mais aussi pour les autres protagonistes de la politique publique.

Fiabilité : être « digne de confiance ». Cela renvoie à l'exactitude des informations collectées et à la valeur scientifique des imputations causales sur lesquelles se fonde le jugement évaluatif.

Objectivité : les conclusions de l'évaluation n'ont pas été influencées par les préférences personnelles ou les positions institutionnelles des responsables de l'évaluation (chargés d'étude ou membres de l'instance), ou du moins ces préférences ont été suffisamment explicitées ou contrôlées pour que l'on puisse supposer qu'une autre évaluation répondant aux mêmes questions et utilisant les mêmes méthodes conduirait aux mêmes conclusions.

Possibilité de généralisation : établir dans quelle mesure les conclusions portées sur les effets d'une action publique à partir d'observations faites sur un certain type de terrain pendant une période donnée peuvent être étendues à d'autres situations, à d'autres contextes, voire à des politiques différentes.

Transparence : l'évaluation doit expliciter son propre « mode d'emploi » et ses limites : positionnement par rapport à d'autres évaluations possibles sur le même sujet, rappel des questions auxquelles on n'a pas reçu de réponse ou on a reçu une réponse incomplète, anticipation des objections possibles, etc.

Ces critères sont externes à l'évaluation de la performance qui elle est vue, en termes d'effets propres des programmes ou services, comme modification de l'état de la société, sans négliger ses effets inattendus ou pervers et en tenant compte de certains facteurs contextuels dans l'espace et le temps. Autrement dit, il s'agit de l'évaluation de l'efficacité.

Exemple : l'évaluation de la politique d'aménagement des rythmes de vie des enfants a révélé d'importantes disparités locales dans l'ampleur, la nature et les résultats des actions menées, tant en fonction de modification effective des horaires scolaires que d'offres d'activités non scolaires (culturelles et sportives, notamment). Selon les évaluateurs, cette diversité tient à plusieurs causes : volonté politique et moyens financiers des collectivités locales, implication et compétence des différents partenaires (acteurs administratifs locaux, associations, professionnels...).

La comparaison des ressources utilisées pour l'atteinte d'un certain niveau de résultat, autrement dit l'efficience, est aussi présente dans les explications entourant la loi.

Atteinte des objectifs et indicateurs de résultats

De plus, la loi n° 2002-02 prévoit l'élaboration d'indicateurs d'activité et de résultats de performance. Les indicateurs d'activité portent sur le fonctionnement des structures de manière à comparer les différentes structures les unes par rapport aux autres. Les indicateurs de résultats portent sur l'atteinte des objectifs, le niveau de satisfaction des populations, les moyens utilisés par rapport aux objectifs, leur efficacité, leur efficience, leur cohérence et leur impact.

En somme, en France, le dispositif d'évaluation de la qualité prévu par la loi a l'avantage **de promouvoir la mise en place des démarches d'amélioration de la qualité et débouche sur des indicateurs de performance**. En matière d'appréciation et d'évaluation de la performance, **les balises sont définies et les principaux mécanismes structurels sont en place**. Jusqu'à maintenant, **leur application n'est certainement pas encore faite de manière systématique et n'inclut pas d'indicateurs de performance** d'ensemble du moins à partir de la documentation que nous avons pu consulter. En effet, dans les différentes recherches documentaires effectuées, **il apparaît clairement que la plupart des actions entreprises pour la mise en œuvre de démarches d'appréciation ou d'évaluation de la performance sont récentes et n'ont pas fait l'objet d'une transposition systématique sur un plan opératoire**.

Ce constat confirme l'intérêt manifesté de réfléchir à présent à des indicateurs de résultats de performance attendus afin d'être en mesure « d'apprécier régulièrement au niveau local et national, les avancées réalisées ou non en matière de qualité de service rendu à la population » (Ministère des Affaires sociales, 2004 : 28).

2.3 Royaume-Uni (Angleterre)

2.3.1 Contexte de l'organisation et de l'appréciation de la performance des services sociaux

À l'intérieur du *National Health System* (NHS) en place, le Royaume-Uni a développé depuis 1948 une place explicite et particulière au système des *Personal social services* (PSS) dans un contexte où les restructurations ont vraiment été maintenues à un strict minimum. Les 150 *councils* locaux sont chargés de la distribution des services sociaux qui sont organisés en deux catégories principales :

- les services aux enfants : l'ensemble des services sociaux offerts aux enfants et aux jeunes en difficulté et à leur famille;
- les services aux adultes de tout âge qui présentent des difficultés, des déficiences ou des handicaps.

Le contenu des services est organisé autour d'objectifs précis de politique nationale qui sont formulés à partir d'indicateurs précis portant sur des populations cibles. *Le White Paper Modernising social Services* (United Kingdom, 1998) a établi pour les différents *councils* des responsabilités de fournir de l'information sur leur performance dans le cadre d'un régime appelé *Best value Regime*. L'appréciation de la performance réunit les différentes sources d'information dans le but d'en arriver à formuler un jugement sur le fonctionnement d'ensemble du système des services sociaux qui est reflété à l'intérieur d'un système d'appréciation par marqueurs sous la forme d'étoile.

2.3.2 Mécanismes d'appréciation de la performance

Le système d'appréciation qui est sous la responsabilité du *Social Services Inspectorate* à l'intérieur de la *Commission for Social Care Inspection* (SSI/CSCI) (SSI, 2004a) est dynamique et comprend différentes composantes :

Des informations sur la performance fournies à partir du cadre *Personal Social Services performance Assessment Framework* (PSS PA). Des indicateurs de performance permettent de comparer les données dans le temps, sur une base régionale et pour chaque *council* les uns par rapport aux autres. D'autres informations statistiques pertinentes sont fournies pour permettre leur incorporation à la gestion.

L'évaluation est réalisée par le SSI/CSCI pour une appréciation en profondeur et permet une révision des services.

Le monitoring fait par le SSI/CSCI vise la réalisation d'objectifs nationaux et locaux et l'établissement de cibles d'amélioration à partir des énoncés sur la fourniture et l'amélioration des services

Les rapports d'appréciation et les rapports de vérification

Ces composantes fonctionnent selon un processus annuel qui part de la collecte d'information permettant l'appréciation initiale des services, une rencontre annuelle de mise au point avec le *council*, un rapport de performance résumant les résultats de performance et fixant les priorités d'amélioration, et la publication des jugements établis et validés sous la forme de taux de performance en soins sociaux. Le graphique de la page suivante extrait de *SSI Performance Assessment 2004 Operating Policies* (SSI, 2004b) résume la démarche.

Le système de cotation à la base du jugement repose sur l'évaluation des services fournis⁷ et la capacité d'amélioration⁸ qui aboutit à un jugement global de la performance à quatre degrés⁹. Le tableau suivant illustre l'application à différents *councils* (SSI, 2004b, p. 16)

	Degré de performance	<u>Services aux enfants</u>		<u>Services aux adultes</u>	
		Les services sont-ils bons ?	Capacité d'amélioration	Les services sont-ils bons ?	Capacité d'amélioration
<i>Council 1</i>	-	Non	Pauvre	Plutôt	Prometteuse
<i>Council 2</i>	*	Assez	Incertaine	Assez	Prometteuse
<i>Council 3</i>	**	Plutôt	Prometteuse	Oui	Incertaine
<i>Council 4</i>	***	Plutôt	Excellente	Oui	Prometteuse

2.3.3 Standards et critères de la performance

Les principaux standards et critères utilisés sont établis en fonction des dimensions suivantes décrites à l'annexe 2 du SSI Performance Assessment 2004 (p. 41-51).

- 1) Par rapport aux priorités nationales et objectifs stratégiques : stratégie de réponse aux priorités nationales, objectifs locaux stratégiques définis avec priorités et cibles, consistance dans l'amélioration continue, implication des usagers de services et travail de partenariat bien développé.
- 2) Les services fournis sont de qualité et offerts avec les moyens les plus efficaces, économiques et les plus efficaces : équilibre entre les coûts et les exigences de qualité, reflet des orientations nationales en matière d'allocation des ressources, démonstration de l'amélioration de l'efficacité, démonstration d'arrangements financiers conjoints avec la santé et les autres partenaires, stratégies d'allocation de ressources et d'amélioration de l'utilisation et démonstration de probité.

7. La réponse à la question : Les services aux enfants desservent-ils bien les personnes ? Selon quatre catégories de réponse: non; assez; plutôt; oui.

8. La réponse à la question : Quelle est la capacité d'amélioration? Selon quatre catégories de réponses : pauvre, incertaine, prometteuse, excellente.

9. Le degré de performance globale est attribué par un système d'étoiles : aucune étoile, une étoile (*), deux étoiles (**), trois étoiles (***).

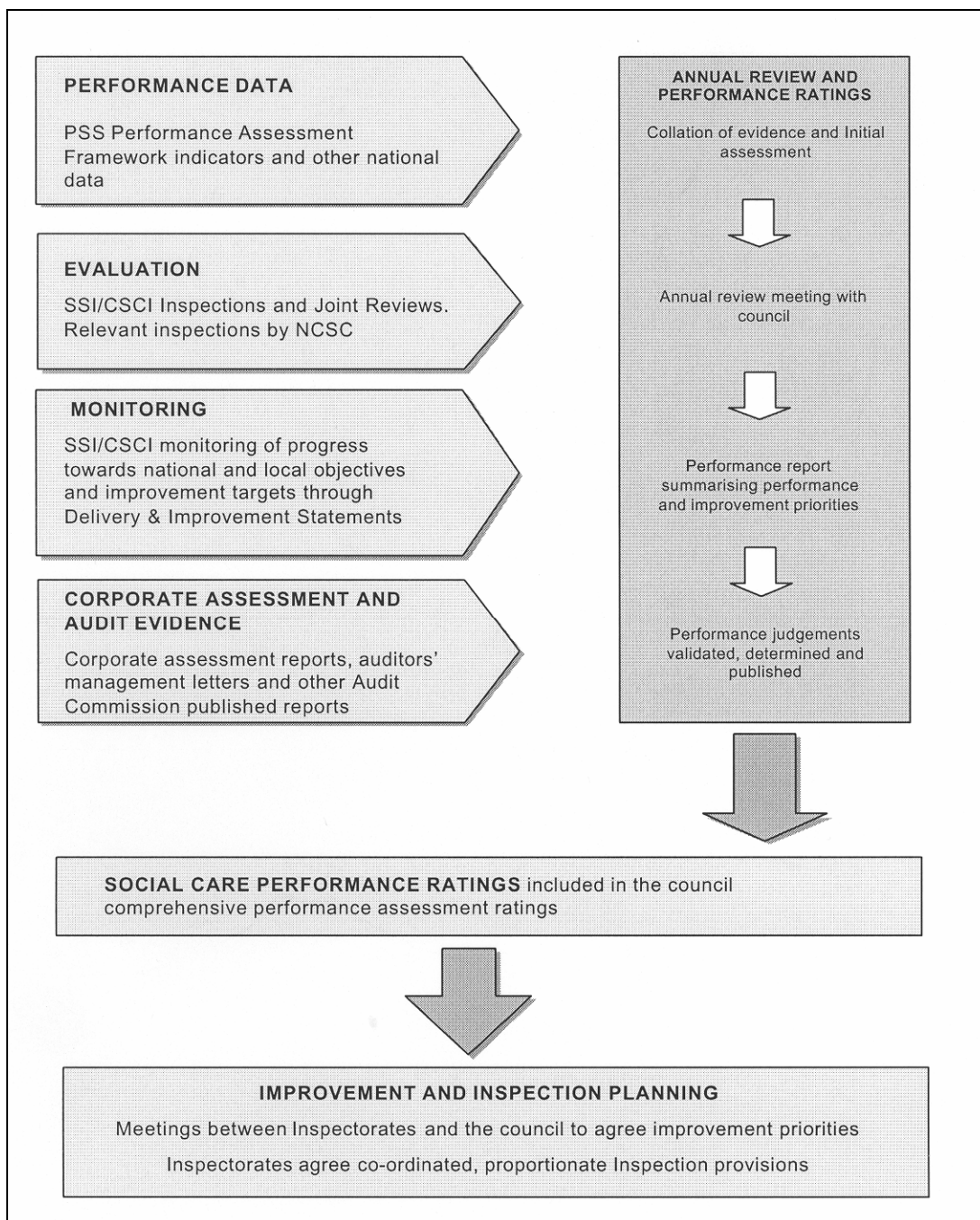


Figure 3. Principaux processus du *Social Service Inspectorate/Commission for Social Care Inspection* pour l'appréciation de la performance d'ensemble des services sociaux en Angleterre (Source : SSI Performance Assessment 2004. Operating Policies).

- 3) Efficacité dans la fourniture des services et dans l'atteinte de résultats démontrée par la promotion de l'autonomie et l'indépendance des usagers de services, par une étendue de services suffisamment large pour satisfaire les besoins, favoriser des choix et tenir compte des préférences individuelles, par le soutien et l'encouragement aux intervenants et aidants, en maintenant des mécanismes qui empêchent les abus, la négligence ou le traitement inacceptable des usagers.
- 4) Qualité des services pour les usagers, les intervenants et autres aidants en utilisant des processus de référence, d'évaluation des cas, de planification de soins et de révision, en ayant en place des systèmes d'assurance de qualité, en garantissant la discrétion et la confidentialité dans les contacts et en fournissant toute l'information requise sur les services accessibles et disponibles à tous les groupes, et en particulier aux groupes d'origine ethnique différente.
- 5) Accessibilité équitable et consistante dans l'allocation des services et dans l'application de changements : utilisation de critères d'admissibilité clairs; monitoring des besoins sociaux des milieux avec la prise en charge par les services; délimitation de règles pour assurer les services en tout temps, 24 heures par jour et sept jours par semaine; ajustement aux besoins de la communauté en fonction de critères de diversité, d'inclusion et d'acceptabilité culturelle; une politique transparente d'établissement des frais à déboursier pour les services; clarté de diffusion des procédures de plainte et de règlements rapides des plaintes formulées.
- 6) Capacité d'amélioration : expression par les autorités en place d'une vision claire et de directions stratégiques articulées; progrès démontrés récemment; arrangements en place de gestion de la performance et d'assurance de qualité; une structure organisationnelle et une gestion qui font la promotion de l'amélioration des services sociaux; compétence et formation adéquate du personnel qui reflètent la diversité locale; efficacité dans le travail de partenariat relativement aux services.

Ce sont là les six domaines de performance des services sociaux couverts.

2.3.4 Indicateurs de performance

Un ensemble de 50 indicateurs concernant les services sociaux à l'enfance et aux adultes, qui incluent aussi des indicateurs de gestion et d'utilisation des ressources, ont été utilisés en 2002-2003 pour l'évaluation de la performance des différents *councils*. Ils sont reproduits dans *Social Service Performance Assessment Framework Indicators 2002-2003* (www.doh.gov.uk/paf).

En voici quelques exemples :

- Stabilité de placement des enfants pris en charge
- Degré de qualification des enfants suivis
- Nouveau signalement à la Direction de la protection de la jeunesse des enfants ayant déjà été pris en charge
- Situation d'emploi, d'éducation ou de formation des enfants quittant les services
- Durée en protection
- Coût unitaire du placement en famille d'accueil
- Adoption des enfants suivis
- Dépenses relatives au soutien familial des enfants et des adultes
- Admission psychiatrique d'urgence d'adultes suivis
- Coût unitaire des soins à domicile pour les adultes et les personnes âgées
- Personnes âgées bénéficiant d'une aide à domicile
- Pourcentage des personnes dont les besoins ont été évalués.

En résumé, pour les services sociaux à l'enfance et les services sociaux aux adultes administrés par les 150 *councils* qui constituent les deux domaines de regroupement des services sociaux publics qu'on retrouve dans le NHS en Angleterre, **il existe des mécanismes d'appréciation de la performance des services sociaux.**

Ces mécanismes sont articulés selon un processus **qui part des autorités centrales** du *Department of Health* soutenu par une procédure claire, qui va du *Social Service Inspectorate* (SSI) et la *Commission for Social Care Inspection* (CSCI) **jusqu'aux autorités locales**, les *councils*.

Les **différents processus utilisés** et leur déroulement sur une base annuelle sont **clairement définis. Leurs points d'aboutissement sont précisés.**

De plus, les **standards de performance définis et les indicateurs utilisés** permettent d'aborder **la plupart des éléments contenus dans les différentes dimensions du schéma d'analyse retenu précédemment** pour l'évaluation de la performance (voir p. 21) :

- **atteinte des buts** (satisfaction, efficacité, efficience, équité);
- **production** (productivité, qualité maximale liée au volume et aux ressources et aux exigences de production);
- **adaptation** (besoins de la population, diversité, possibilités d'innovation et de transformation, mobilisation des milieux et maintien de l'intérêt); et
- **maintien des valeurs** (respect de la dignité, de la diversité, de l'autonomie et de l'indépendance des usagers; confidentialité).

De plus, le système est lié à un **système d'évaluation de la performance qui permet le lien avec des priorités et des politiques nationales.**

2.4 Synthèse des constatations de l'analyse comparative

Voici la synthèse des réponses aux quatre questions de départ (voir p. 22) à la lumière de l'analyse faite de la situation de l'appréciation de la performance des services sociaux en Ontario, en Alberta, en Colombie-Britannique, en France et au Royaume-Uni.

QUESTION 1 : Quels éléments constitutifs servent à déterminer le type approprié d'articulation des services sociaux publics pour satisfaire les besoins de la population (nature, lieu et fonctions principales) ?

On retrouve dans tous les endroits étudiés, l'ensemble des services sociaux indiqués dans la définition proposée dans la section 1.1. Leur articulation varie de façon assez importante sur un certain nombre de points. Dans les trois provinces canadiennes, les services sociaux sont disséminés dans plusieurs ministères. Ils sont coordonnés et interreliés au moyen de mécanismes interministériels. Ils sont organisés autour de pôles principaux centrés sur l'enfance et la famille, et sur les adultes en difficulté. L'offre de services est faite la plupart du temps par des organismes qui sont en liaison contractuelle avec les ministères concernés ou dans le cadre de mécanismes établis par législation. En France, les services sociaux relèvent d'une seule autorité locale avec points de rattachement à trois ministères. Au Royaume-Uni, ils relèvent de *councils* locaux rattachés au seul ministère de la Santé.

Les trois provinces étudiées ont des ministères spécifiques qui s'adressent à l'enfance et à la jeunesse, en particulier les services de protection et les services à la petite enfance, incluant les services de garde. Les services à l'enfance sont fournis par des instances externes, surtout communautaires, qui établissent des contrats avec le Ministère ou qui existent dans un cadre législatif particulier. En Colombie-Britannique, à l'intérieur du ministère de *Children and Family Development*, les fonctions sont étendues à la famille pour inclure les soins aux adultes ayant des besoins spéciaux et les personnes âgées. En Ontario et en Alberta, les services et soins à domicile font partie des soins de longue durée du ministère de la Santé. Au Royaume-Uni, il existe au ministère de la Santé une sous-division propre aux services sociaux à l'enfance.

Dans les provinces canadiennes, il y a un ministère responsable des services sociaux communautaires, avec entre autres, un volet de services en matière de violence familiale (les trois provinces), un volet d'appui au développement communautaire (Alberta et Colombie-Britannique), un volet d'intégration communautaire (Ontario et Alberta) et un volet d'appui à la défense et à la protection des droits de groupes particuliers (Alberta).

En somme, si le contenu des services sociaux est en général assez semblable partout, la configuration de leur rattachement aux différents ministères varie de manière assez

considérable d'une province ou d'un pays à l'autre, ce qui a une influence sur l'ensemble du fonctionnement et la définition même de la performance.

QUESTION 2 : Y a-t-il des mécanismes d'appréciation ou d'évaluation des services sociaux ? De quelle manière sont-ils articulés ?

La situation en matière d'appréciation ou d'évaluation varie considérablement d'une province à l'autre et d'un pays à l'autre. En Ontario, il ne paraît pas y avoir eu de processus autre que l'utilisation des données opérationnelles ou des études ponctuelles pour faire une évaluation d'ensemble des services sociaux dans le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et dans le ministère des Services sociaux et communautaires. Toutefois, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a retenu un certain nombre d'indicateurs, dont quelques-uns constituent des mesures indirectes de la performance des services sociaux. C'est aussi le cas pour les deux ministères du secteur de la justice. Les plans stratégiques élaborés en Alberta et en Colombie-Britannique obligent les ministères concernés à faire annuellement l'évaluation de la performance des services sociaux à l'aide d'un certain nombre d'indicateurs qui sont la plupart du temps chiffrés.

Du côté du Royaume-Uni, l'évaluation des services sociaux se fait selon un processus articulé qui part de l'établissement d'un cadre qui définit les objectifs d'appréciation pour les services sociaux à l'enfance et aux adultes. Il se réalise à l'intérieur d'un cycle annuel dont le cadre est ajusté d'une année à l'autre dans le but de tenir compte de l'évolution des objectifs et d'améliorer les indicateurs utilisés. Les *councils* locaux produisent les données nécessaires concernant les indicateurs et la Commission du *Social Services Inspectorate* reçoit les données sur ces indicateurs. Elle les analyse et les associe aux autres données disponibles pour établir l'état de situation qui débouche sur l'établissement de l'appréciation de la situation locale. Cet état de la situation fait l'objet d'une discussion avec le *council* local et, par la suite, les données sont définies sous forme de repères ou d'indicateurs de marquage (système de plus ou moins haute performance). Les résultats sont rendus publics sur les plans national, régional et local.

La France, avec la loi n° 2002-02, a établi le principe de l'évaluation de la performance faite par le Conseil national de l'évaluation des services d'action sociale et médico-sociale. Toutefois, il ne semble pas encore exister de mécanisme organisateur d'ensemble des informations centrées sur l'évaluation de la performance des services de l'action sociale, même si le principe de la nécessité de la mise en place d'indicateurs de performance semble être reconnu. En attendant, seuls certains mécanismes d'appréciation relativement aux affaires sanitaires et sociales de certaines régions et départements paraissent en place, mais nous ne les avons pas examinés.

QUESTION 3 : Quelles sont les composantes du système des services sociaux évaluées à la lumière des différentes dimensions et sous-dimensions de la performance du schéma utilisé (*atteinte des buts, production, adaptation et maintien des valeurs*) ?

Pour ce qui est de l'*atteinte des buts*, dans les différentes provinces canadiennes, surtout en Alberta et en Colombie-Britannique, mais aussi en Ontario, pour les ministères de la Santé et des Soins de longue durée et les deux ministères reliés à la justice, l'appréciation porte sur la satisfaction des clientèles ou des familles, selon le cas. Les informations peuvent être recueillies au moyen d'instruments, surtout des questionnaires, au moment de la réception des services ou par la réalisation de sondages plus ou moins réguliers auprès de ces clientèles. Au Royaume-Uni, toutefois, parmi les 50 indicateurs de performance de l'Angleterre, seulement quelques-uns traitent de la satisfaction des usagers.

Il y a également un bon nombre d'indicateurs portant sur l'efficacité et l'efficience dans les différents endroits considérés. Très souvent, ces indicateurs portent sur des extrants (*outputs*) et moins souvent sur les résultats auprès des clientèles et plus rarement encore sur des effets populationnels, comme on peut le voir à partir de plusieurs exemples présentés.

Il y a peu d'indicateurs directs de l'équité, sauf quelques-uns qui concernent la répartition ethnique de bénéficiaires (Colombie-Britannique et Alberta). Les indications à ce propos découlent de comparaisons sur le plan interrégional ou intergroupe.

Pour ce qui est de l'appréciation de la *production*, les données sur la performance des services sociaux sont complexes, et peu d'entre elles ont été transformées en indicateurs. L'appréciation de la performance est souvent faite au moyen de jugements d'expertise à partir des données recueillies sur certaines opérations de base. À certains endroits, des indicateurs ont néanmoins été élaborés; ils portent sur la productivité, sur la qualité des services, sur leur continuité, l'extension de leur couverture, leur accessibilité et le volume des services offerts.

Il y a peu d'indicateurs de mesure existants concernant l'*adaptation du système*. On a recours le plus souvent à des études ponctuelles comme celles qui sont décrites dans les exemples suivants, auxquels on a ajouté quelques indicateurs dont la validité de contenu gagnerait à être vérifiée davantage. Les études portent sur les ressources, comme par exemple l'enquête sur le bénévolat en Alberta, l'adaptation des services aux besoins de la population, aux exigences et aux tendances en Colombie Britannique, la mobilisation de la communauté et sa transformation ainsi que l'attraction des clientèles.

L'établissement de la performance concernant le *maintien des valeurs* est laissé à des mécanismes externes : mécanismes de régulation relevant des associations ou corporations professionnelles, établissement de la qualité dans les valeurs dans le cadre des processus d'agrément, ou relevant d'organismes ayant des pouvoirs d'enquête et de recommandation sur les droits de la personne, les droits des usagers ou les abus à leur endroit.

QUESTION 4 : Y a-t-il un cadre législatif ou organisationnel de référence à l'évaluation de la performance ? Quels en sont les mécanismes de fonctionnement ?

Il y a presque toujours un cadre législatif ou réglementaire pour l'évaluation de la performance. En Ontario, il est minimal et il se base sur les lois génériques, et son fonctionnement est laissé à la discrétion de chaque ministère. En France, il est en train de se développer à partir d'une nouvelle loi. En Alberta, il est intégré à un plan d'ensemble et à long terme de la province, lequel est révisé périodiquement. L'obligation est faite à chaque ministère de s'inscrire dans ce plan d'ensemble et de développer des moyens appropriés pour évaluer leur performance à l'intérieur de ce plan. En Colombie-Britannique, les ministères sont liés par une législation qui rend les ministères redevables au *British Columbia Progress Board*. Au Royaume-Uni, une politique explicite d'appréciation de la performance des services sociaux existe depuis un certain nombre d'années et la procédure du fonctionnement de cette politique selon un cycle annuel est bien délimitée. De plus, les mécanismes mis en place dans ce pays se situent dans une perspective d'appui au développement et de corrections des déficiences à l'intérieur d'un système fonctionnant par marqueurs qui permettent des comparaisons dans le temps et sur les plans national, régional ou local.