

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Cadre de référence pour le développement conjoint (CSSS/DSP) d'un système d'appréciation de la performance du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'action locaux (PAL) en santé publique du territoire montréalais

2010



Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Cadre de référence pour le développement conjoint (CSSS/DSP) d'un système d'appréciation de la performance du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'action locaux (PAL) en santé publique du territoire montréalais

Nathalie Dubois
Houda Ouchene

2010



Une réalisation du :
Bureau de soutien à la direction, à la planification et aux partenariats (BSDPP)
Direction de santé publique (DSP)
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM)
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/>

Auteurs :

Nathalie Dubois, Ph D
Houda Ouchene, M.Sc

Sous la direction de :

Michel Mongeon
Adjoint au directeur de santé publique et responsable du BSDPP

En collaboration avec :

Les secteurs thématiques et transversaux de la Direction de santé publique
Les Centres de santé et des services sociaux de Montréal (CSSS)

**Ce cadre de référence a été adopté par la Table régionale de santé publique
lors de sa rencontre du 7 décembre 2009**

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-892-7 (version imprimée)
ISBN 978-2-89494-893-4 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Prix : 5 \$

Remerciements

L'équipe responsable de la planification et du déploiement du système d'appréciation de la performance de la DSP tient à remercier les personnes suivantes qui, par leurs avis et commentaires, auront permis de mener à terme la démarche de réflexion qui a guidé la rédaction du cadre de référence :

Bureau de soutien à la direction, à la planification et aux partenariats

Louise Hamel
Louise Lefebvre
Jean-Luc Moisan

Secteurs thématiques et transversaux de la DSP

Administration
Jean Vézina
Écoles et milieux en santé (ÉMS)
France Gauthier
André Gobeil
Environnement urbain et santé (EUS)
André Bergeron
Louis Drouin
Enseignement et recherche (ER)
Angèle Bilodeau
Michel Rossignol
Tout-petits, familles et communauté (TPFC)
Irma Clapperton
Services préventifs en milieu clinique (SPMC)
Suzanne De Blois
Mylène Drouin
Viviane Leaune
Paule Masson
Santé au travail (SAT)
Alain Devost
Robert Rousseau
Surveillance de l'état de santé des Montréalais (SÉSAM)
Carl Drouin
Vigie et protection
Terry-Nan Tannenbaum

Centres de santé et de services sociaux (CSSS)

Ahuntsic et de Montréal-Nord
Julie Boucher
Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
Danielle Thériault,
Johanne Cournoyer
Julie Nicolas
De la Montagne
Christine Rowan
Nicole Turcotte
Ouest-de-l'île
France Remete
St-Léonard/St-Michel
Claude Doyon
Mario Gagnon
Sud-Ouest-Verdun
Madeleine Breton

Nous tenons aussi à remercier les membres du comité de lecture de la proposition de cadre de référence

Angèle Bilodeau
Julie Boucher
Irma Clapperton
Richard Lessard
Michel Rossignol
Christine Rowan
Isabelle Samson
Terry-Nan Tannenbaum
Jean Vézina

Secrétariat et mise en page

Jodie Ng

Révision linguistique

Sylvie Da Luz
Jean-Luc Moisan
Jodie Ng

Mot du directeur de la santé publique

À maintes reprises au cours de mes années de pratique, j'ai eu l'occasion d'attirer l'attention sur le fait que le succès des interventions en santé publique était intimement lié au recours à des outils efficaces de suivi et d'évaluation. Depuis la révision de la loi sur la Santé publique en 2002, nous avons la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre des plans intégrés d'action en santé publique tant aux plans régionaux (PAR) que locaux (PAL). L'atteinte des résultats identifiés rend encore plus incontournable, s'il le fallait, le développement d'un véritable système d'appréciation de la performance de l'ensemble des mesures de ces plans pour en faire un suivi adéquat, procéder aux ajustements nécessaires et, ultimement, atteindre les résultats de santé attendus.

L'élaboration de la première mouture du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'action locaux (PAL) des CLSC de notre territoire avait permis d'identifier certaines pistes pour faciliter la seconde itération. Parmi celles-ci, s'appuyer sur une démarche participative locale/régionale, identifier une base commune d'orientations thématiques, assurer un soutien accru du niveau régional aux travaux des CSSS et, personne ne s'en étonnera, s'entendre sur les paramètres d'un véritable système d'appréciation de la performance des divers plans d'action.

Pour ce faire, c'est la Table régionale en santé publique (TRSP) qui pilote les travaux sur les plans d'action pour s'assurer de leur cohérence et de leur congruence. Chaque grande thématique a fait l'objet d'une analyse détaillée par un des sous-comités conjoints de la Table. Pour les enjeux de portée commune, nous avons mis à l'œuvre un certain nombre de chantiers de travail. Nous en sommes venus à identifier un tronc commun de six grandes orientations stratégiques sur lesquelles reposent le PAR et les PAL. Ces derniers sont attendus pour le début de l'année 2010.

Cette année, nous avons convenu d'accorder la priorité à la mise en place d'un système commun d'appréciation de la performance. Parmi les étapes prévues, nous devons nous entendre sur les paramètres d'un cadre de référence constituant le fondement du système. Celui qui est soumis pour adoption à la TRSP se veut en lien avec les différents travaux provinciaux et régionaux, passés et en cours, sur la performance: modèle développé à l'Agence de Mtl, déploiement de tableaux de bord depuis quelques années, le PNSP et son évaluation, les travaux provinciaux en cours en regard de l'identification d'indicateurs permettant de mesurer le soutien des CSSS au développement des communautés, la préoccupation à la base des visites d'agrément dans les établissements et les équipes d'appréciation de la performance en place dans plusieurs CSSS.

Il prend aussi en compte les 24 indicateurs (stratégiques, de structure, de processus et de résultats) réunis dans le document «Un CSSS performant en santé publique» que je déposais au lac-à-l'épaule annuel de la TRSP en juin 2008 pour inspirer nos réflexions. Vous le voyez, nous ne partons pas de rien. Nous suivons déjà un certain nombre d'indicateurs bien qu'ils soient

essentiellement de nature quantitative. Nous prévoyons faire le choix d'une première mouture de la deuxième génération d'indicateurs pour 2009-2010 en fonction du présent cadre de référence.

La proposition de cadre de référence soumise à la consultation a été développée par le Bureau de soutien à la direction, à la planification et aux partenariats (BSDPP) de la Direction de santé publique qui avait déjà le mandat général de soutenir l'ensemble de la démarche. Son élaboration a tenu compte des besoins et des attentes exprimées par les futurs utilisateurs. Quant au processus de consultation autour du cadre de référence tenu au cours des dernières semaines, il a été mené en mode collaboratif et a fait l'objet de discussions ouvertes tant à l'interne de nos organisations qu'entre nos organisations elles-mêmes (cf. **annexe 1**). Notre but commun : nous doter d'un système d'appréciation de la performance aussi efficace qu'efficient

J'ai la conviction que le cadre de référence adopté constituera la pierre d'assise du système dont nous rêvons et qu'il saura nous rallier pour y donner les suites appropriées, notamment le réexamen de nos indicateurs actuels avant la fin de l'année financière 2009-2010. Je remercie tous ceux et celles qui contribué à cette étape et vous invite à investir votre contribution personnelle et celle de vos équipes dans les prochaines étapes.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Lessard'.

Richard Lessard, md.
Le directeur de santé publique

Sommaire

Au cours des dernières années, la performance des services publics est devenue un enjeu central de l'administration publique. Dans le cas des systèmes de santé, de grands mouvements de fond favorisent la prolifération d'exercices d'imputabilité et de reddition de comptes dont le but est l'amélioration de la performance. Au Québec, les règles législatives et administratives préconisent une amélioration en continu de l'accessibilité, de la qualité des services et de l'utilisation des ressources en santé publique, tout en renforçant l'imputabilité entre les trois paliers décisionnels du système public de santé. L'obligation légale de planifier, de mettre en oeuvre, d'évaluer et de mettre à jour le plan d'action régional et les plans d'action locaux rendent les directions de la santé publique des agences de la santé et des services sociaux et les CSSS imputables de leurs actions et de leurs résultats en santé publique. Dans un tel contexte, les gestionnaires et les professionnels de la santé publique ressentent la demande, de plus en plus pressante, d'accroître la qualité des services offerts et la performance de leurs organisations.

En santé publique, une évolution progressive des pratiques, notamment par l'introduction de la gestion par résultats et le premier exercice d'élaboration du PAR et des PAL, a pavé la voie au présent exercice d'appréciation de la performance. Plus récemment, l'entente de gestion et d'imputabilité 2008-2009 intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) prévoit une mise à jour des exercices relatifs à la mesure de la performance des interventions en santé publique. C'est pourquoi, en 2008, les membres de la Table régionale de santé publique (TRSP) conviennent de développer un système d'appréciation de la performance du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'action locaux (PAL) en santé publique.

L'adoption du Cadre de référence pour le développement d'un système d'appréciation de la performance permet d'amorcer la première étape d'une réflexion collective sur la mise en place d'un tel système. Le cadre de référence veut favoriser une vision commune et un langage partagé entre gestionnaires, professionnels et intervenants de la DSP et des CSSS engagés directement dans l'élaboration, la réalisation et l'évaluation d'un tel système d'appréciation. Il vise aussi à optimiser les investissements, l'utilité et l'impact du développement du système d'appréciation de la performance, grâce au développement d'une structure qui repose sur un ensemble de choix reflétant le contexte d'utilisation, les demandes des principaux partenaires et l'avancement des connaissances.

Issue d'une démarche exploratoire et favorable à la participation de la DSP et des CSSS, la rédaction du cadre de référence a privilégié deux orientations de travail : s'appuyer sur des connaissances scientifiques exhaustives et travailler sur les acquis de la DSP et des CSSS. Ces choix méthodologiques ont guidé la formulation des prémisses d'élaboration du système d'appréciation de la performance, la sélection du modèle conceptuel, la réflexion quant à la définition de la performance ainsi que la rédaction des conditions gagnantes qui permettront de réussir le projet.

Parmi les prémisses, l'objet d'appréciation correspondra aux interventions régionales et locales communes prévues dans le cadre du PAR et des PAL en santé publique. Ces dernières correspondent au contenu du tronc commun adopté par la TRSP en 2008 qui se compose de six grandes orientations.

Le but d'un système d'appréciation de la performance correspond aux résultats que l'on souhaite obtenir par sa mise en oeuvre. Les six buts poursuivis avec le développement du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique étant exhaustifs, une approche séquentielle (Figure 2) devrait être privilégiée afin que l'ensemble du système d'appréciation de la performance soit construit de manière évolutive et réaliste.

Ce sont la DSP et les CSSS du territoire montréalais qui seront les mandataires conjoints du présent projet de déploiement du système d'appréciation de la performance puisqu'ils sont déjà imputables de leurs actions régionales et locales ainsi que de leurs résultats relatifs à l'amélioration de la santé publique. Quant aux bénéficiaires, ils seront nombreux à profiter des résultats découlant de la mise en oeuvre du système d'appréciation de la performance. À court terme, les principaux bénéficiaires seront le directeur de la santé publique, les directeurs généraux des CSSS, les directeurs locaux de santé publique, les responsables et les adjoints des secteurs de la DSP ainsi que les professionnels et les intervenants en santé publique compte tenu de leurs expertises d'intervention, de leurs liens étroits avec les milieux et de leurs connaissances des informations produites. Ils correspondent aussi aux personnes qui pourront nourrir le système d'information, interpréter et utiliser les informations pour aider à la prise de décision régionale et locale.

Après avoir analysé les principaux modèles d'appréciation de la performance et établi un ensemble de critères qui aideraient à sélectionner le modèle le mieux adapté aux besoins et aux attentes de la DSP et des CSSS, il ressort que c'est le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance du système de santé (ÉGIPSS) qui pourrait le mieux guider la planification, le développement et l'évaluation du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique de Montréal. Selon le modèle ÉGIPSS, la performance d'un système de santé repose, tout d'abord, sur sa capacité à remplir de façon équilibrée quatre fonctions fondamentales (s'adapter à son environnement et répondre aux besoins de la population, atteindre des buts, produire des services de qualité avec productivité, et maintenir et promouvoir des valeurs organisationnelles). Ensuite, elle doit considérer les interactions et les liens réciproques devant exister entre les quatre fonctions pour maintenir le système performant.

Bien que ce modèle forme une source considérable d'idées et d'approches, des travaux de recherche sont prévus à l'agenda afin d'intégrer les notions d'intersectorialité et de considérer les retombées sur les milieux de vie, les structures organisationnelles, les collaborations interorganisationnelles et l'effet du partenariat dans la planification et la mise en oeuvre des interventions afin de rendre compte de manière plus satisfaisante de la performance de la DSP et des CSSS.

Parmi les retombées attendues, le système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique permettra d'optimiser la prestation et la gestion des services en santé publique ainsi que la prise de décision locale et

régionale, d'adopter une vision commune et partagée de ce que devrait être la santé publique tant au niveau régional que local, de partager de l'information et des connaissances tout en permettant une cohérence entre l'action et le discours et de profiter des acquis scientifiques et pratiques de nos partenaires. Par ailleurs, le développement du système d'appréciation dépend de la planification et de la mise en oeuvre de trois conditions de succès : situer l'exercice dans un contexte d'organisation apprenante, promouvoir un partenariat volontaire, dynamique et respectueux, et établir une gestion efficace du système.

Suite à l'adoption du cadre de référence, la DSP et les CSSS sont appelés à participer de diverses façons au déploiement du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique de Montréal. À court terme, les partenaires engagés dans le projet doivent poursuivre la planification du système d'appréciation, en analysant les indicateurs actuels du tronc commun et en proposant des ajustements à court et à moyen terme afin de bonifier l'étude de la performance du PAR et des PAL. Les efforts consentis par la TRSP et ses sous-comités conduiront à l'élaboration et au déploiement d'un tableau de bord informatisé. Ce dernier inclura d'abord les indicateurs actuels du tronc commun (2009-2012), mais il évoluera vers un modèle d'appréciation de la performance plus détaillé et complet, qui assurera une meilleure analyse des interventions en santé publique à Montréal.

Tout au long des travaux, une collaboration franche et honnête de la DSP et des CSSS sera nécessaire afin que l'exercice déployé corresponde aux réalités et aux besoins locaux et régionaux. Tant les différents secteurs de la DSP, les CSSS, la TRSP que ses sous-comités seront au coeur de ce grand chantier. Ces efforts permettront de rendre compte de façon rigoureuse et complète de la qualité et des effets des interventions menées en santé publique à Montréal.

Table des matières

Mot du directeur de la santé publique	i
Sommaire	iii
Table des matières	vii
Liste des tableaux et figures	ix
Sigles et définitions	ix
Introduction	1
1. La « performance »	3
2. Démarche et orientations de travail	5
2.1 Poursuivre une démarche participative	5
2.2 Orientations de travail privilégiées	5
2.2.1 S'appuyer sur des connaissances scientifiques exhaustives	5
2.2.2 Travailler sur les acquis	6
3. Prémisses à l'élaboration du système d'appréciation de la performance	7
3.1 Raisons d'être du système	7
3.2 Visées du système	8
3.2.1 Objet de l'appréciation	8
3.2.2 Buts de l'exercice	9
3.2.3 Mandant et bénéficiaires du système	11
3.3 Informations nécessaires à l'étude de la performance	12
4. Modèles d'évaluation de la performance	13
4.1 Principaux modèles répertoriés	13
4.2 Critères de sélection d'un modèle	14
4.3 Modèle retenu à développer	16
4.4 Présentation du modèle EGIPSS	17
4.5 Définition de la notion de performance	20
5. Retombées attendues de la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance	23
6. Conditions gagnantes à mettre en œuvre pour la réussite du projet	25
6.1 Situer l'exercice dans un contexte d'organisation apprenante	25
6.2 Promouvoir un partenariat volontaire, dynamique et respectueux	25
6.3 Établir une gestion efficace du système	26
Conclusion	27
Références consultées	29

Annexes

Annexe 1 : Tournée de consultation : provenance des personnes rencontrées et sommaire des commentaires recueillis	39
Annexe 2 : Sélection de quelques définitions retenues lors de la recension des écrits sur l'étude de la performance	41
Annexe 3 : Étude de la raison d'être d'un système d'appréciation de la performance en santé publique	43
Annexe 4 : Tronc commun révisé DSP-CSSS 2009-2012	49
Annexe 5 : Parallèle entre les buts visés par le déploiement du système et les informations nécessaires à l'étude de la performance	61
Annexe 6 : Modèles d'appréciation de la performance	63
Annexe 7 : Définitions des dimensions de la performance dans le modèle intégrateur (EGIPSS)	73
Annexe 8 : Présentation des alignements proposées par le modèle intégrateur (EGIPSS)	73
Annexe 9 : L'adéquation entre les critères de décision et le modèle proposé	75
Annexe 9.1 : Une vision globale du système de santé	80
Annexe 9.2 : Le système de soins de santé comme système organisé d'action	81
Annexe 9.3 : Le modèle de l'Agence de Montréal	82
Annexe 9.4 : Principales dimensions de la performance du modèle de l'Agence et de la santé et des services sociaux de Montréal et leur place dans le modèle intégrateur	83
Annexe 9.5 : Principales dimensions de la performance des différents cadres d'évaluation et leur place dans le modèle intégrateur	85

Bon de commande

Liste des tableaux

Tableau 1 :	
Six orientations des PAR-PAL issues du Tronc commun CSSS-DSP	10
Tableau 2 :	
Les critères de décision concernant le choix du modèle	23
Tableau 3 :	
Les avantages reconnus de l'utilisation du modèle ÉGIPSS	27

Liste des figures

Figure 1 :	
Objet de l'appréciation de la performance	10
Figure 2 :	
Classification des buts visés par le système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL selon une échelle temporelle	12
Figure 3 :	
Le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance du système de santé (EGIPSS)	24
Figure 4 :	
Application du modèle ÉGIPSS à la santé publique. Exemples d'indicateurs qui pourraient être sélectionnés	25
Figure 5 :	
Application du modèle ÉGIPSS au système de soins de santé. Exemples d'indicateurs sélectionnés par l'AQESSS	25

Sigles et définitions

DSP	Direction de santé publique
TRSP	Table régionale de santé publique
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PAL	Plan d'action local de santé publique
BSDPP	Bureau de soutien à la direction, à la planification et aux partenariats
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
ASSSM	Agence de la santé et de services sociaux de Montréal
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Au cours des dernières années, la performance des services est devenue un enjeu central de l'administration publique. L'étude de la performance s'est largement répandue dans plusieurs pays et domaines d'activités. Ces travaux ont conduit au développement de différents systèmes d'appréciation de la performance en santé, tant au niveau local, national, qu'international. Le champ de la santé publique ne fait pas exception à la règle. De multiples travaux sont en cours dans différents pays afin de préciser, entre autres, le concept même de performance, les modèles conceptuels et la mesure adéquate de la performance.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet engouement pour l'étude de la performance en santé publique. Le premier concerne les grands mouvements de fond qui touchent l'administration publique (la globalisation, la mondialisation des marchés, les demandes accrues de la population d'être mieux informée des enjeux publics, le développement des technologies et des connaissances) et qui encouragent la prolifération des exercices d'imputabilité et de reddition de comptes visant l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

Le second facteur a trait aux règles qui encadrent la planification et l'administration des interventions en santé publique qui accordent plus de place aux résultats, à la qualité des services aux citoyens, à la transparence et au rôle des parlementaires à l'égard de l'action gouvernementale. Ces règles vont dans le sens d'une amélioration continue de l'accessibilité, de la qualité des services et de l'utilisation des ressources en santé publique tout en renforçant l'imputabilité entre les trois paliers décisionnels du système public de santé (ministère de la Santé et des Services sociaux, agences régionales de la santé et des services sociaux et organisations offrant les soins au plan local). Au Québec,

les agences et les établissements de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires doivent proposer des plans d'action régionaux et locaux de santé publique comportant des mécanismes de reddition de comptes et un cadre d'évaluation des résultats (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 16). Cette obligation légale de planifier, de mettre en œuvre, d'évaluer et de mettre à jour ces plans rendent les directions de la santé publique des agences de la santé et des services sociaux et les CSSS imputables de leurs actions et de leurs résultats en santé publique.

Le troisième facteur réfère aux réflexions présentées dans divers documents administratifs, enquêtes publiques et rapports de groupes de travail mandatés par le gouvernement. Ces réflexions ont mené aux questions touchant la performance du système public de santé et suggèrent un recours plus grand à l'imputabilité et à la reddition de comptes. Dans la région montréalaise, un avancement progressif des pratiques pave la voie au présent exercice d'appréciation de la performance (la gestion par résultats, le premier exercice d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation du PAR et des PAL en santé publique et les tournées thématiques (ex : SIPPE)). Plus récemment, l'entente de gestion et d'imputabilité 2008-2009¹ intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) prévoit une mise à jour des exercices relatifs à la mesure de la performance des interventions en santé publique.

En 2008, la Direction de santé publique (DSP) de l'ASSSM et la Table régionale de santé publique² (TRSP) ont convenu de développer un système d'appréciation de la performance du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'action

1 Entente de gestion et d'imputabilité. Partie complémentaire : Portrait de la clientèle et des services. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 31 Octobre 2008.

2 La Table régionale de santé publique réunit les directeurs responsables de la santé publique dans les CSSS et les membres du comité de direction de la DSP.

locaux (PAL) en santé publique. L'objectif de cet exercice est d'améliorer le système et les interventions en santé publique déployées à Montréal de manière continue grâce à un travail participatif, itératif, évolutif et formatif.

Ce document représente la première étape de cette réflexion collective concernant l'appréciation de la performance en santé publique à Montréal. Le cadre de référence s'adresse tout autant aux gestionnaires, aux professionnels et aux intervenants de la DSP que des CSSS engagés dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions en santé publique à Montréal. Il vise à développer une vision commune et un langage partagé entre la DSP et les CSSS impliqués directement dans l'élaboration, la réalisation et l'évaluation du système d'appréciation de la performance. Il vise aussi à maximiser les investissements, l'utilité et l'impact du développement du système d'appréciation de la performance en développant une structure qui repose sur un ensemble de choix reflétant le contexte d'utilisation, les demandes des partenaires et l'avancement des connaissances.

En somme, le présent document présente l'architecture du système d'appréciation de la performance de PAR et des PAL en santé publique de Montréal. Il correspond à la compréhension actuelle des besoins et des attentes de la DSP et des CSSS en termes de produits attendus. Il n'aborde cependant pas les aspects purement opérationnels et techniques du déploiement d'un tel système. L'adoption du présent cadre de référence présente la première phase de planification. C'est la TRSP qui supervisera la seconde phase concernant l'opérationnalisation des variables en indicateurs, la réalisation et l'évaluation des différents travaux qui mèneront à l'édification concrète du système d'appréciation de la performance. La TRSP aura aussi la responsabilité d'assurer une participation continue de la DSP et des CSSS au développement progressif du système d'appréciation de la performance vers un modèle d'analyse plus complet comme celui exposé dans le présent cadre de référence.

Le cadre de référence s'articule autour de six parties, présentant les matériaux de base du système d'appréciation de la performance que nous voulons construire ensemble. La première partie porte sur la compréhension du terme « performance ». La seconde illustre les caractéristiques de la démarche partenariale qui reprend les orientations de travail déjà privilégiées dans le processus de rédaction du cadre de référence. La troisième présente les prémisses à l'élaboration du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique. La quatrième fait le tour des principaux modèles d'évaluation de la performance et présente un modèle d'étude adapté aux besoins et attentes exprimés par la DSP et les CSSS. La cinquième partie relève les principales retombées attendues de la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance. Enfin, la dernière réunit les trois conditions gagnantes à mettre en œuvre par la DSP et les CSSS afin d'assurer la réussite du projet.

1. La « performance »

Depuis les années 80, la performance est une notion centrale en sciences de la gestion et en management stratégique des organisations. Malgré l'abondance des travaux réalisés, le concept demeure, encore aujourd'hui, difficile à saisir. À la lumière des lectures entreprises, il appert que les définitions proposées demeurent nombreuses et variées (Cameron et Whetten, 1983; d'Ambo, 1992, Fottler, 1987; Quinn et Rohrbaugh, 1983; Sicotte et coll., 2007, 1998, 1999; Talbot, 2000 ; Tregunno et coll., 2004).

Les disciplines de la gestion, du management et des théories des organisations ont contribué de façon notable au développement du concept de la performance en y introduisant les idées de la complexité de l'organisation et de l'environnement ainsi que le courant de la responsabilisation sociale de l'entreprise. Dans le domaine de la santé, l'étude de la performance n'est pas nouvelle (Brown et coll., 2008 : 9). Dès les années 1990, les chercheurs participent activement au développement des connaissances dans ce domaine. Menés autant par des organismes internationaux, nationaux, régionaux, publics que privés, les travaux conduisent à des contributions aussi nombreuses que diversifiées (GTIS, 2008 : 4) (cf. **annexe 2**).

Malgré l'ampleur des avancées et le partage des connaissances, il n'existe actuellement aucun consensus au niveau mondial quant à ce que devrait être la performance (Adair et coll., 2006 : 91 ; Sicotte et coll., 1998). La diversité des définitions semble s'expliquer par les préférences disciplinaires et théoriques, les valeurs, les objectifs et les rôles des acteurs impliqués dans les travaux de réflexion (Hurst et Hughes, 2001; Lemay, 2001; Smits et coll. 2008). Adair et coll. (2006: 91) confirment cette hypothèse. Suite à la constitution de leur glossaire des définitions employées pour définir la performance, les auteurs affirment que ces dernières sont sélectionnées par les chercheurs ou les décideurs en fonction des intérêts, des contextes d'intervention et de leur formation.

Compte tenu de la diversité des définitions proposées, il est suggéré d'aborder les prémisses et les modèles d'analyse de la performance (chapitres 3 et 4) avant de choisir ou de formuler la définition qui conviendrait le mieux à la DSP et aux CSSS. Comme le relèvent les auteurs consultés, la définition qui guide les travaux d'appréciation de la performance doit s'appuyer sur une compréhension commune et partagée du concept de la performance. Elle doit aussi correspondre à la raison d'être, aux buts fixés par la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance et par ses utilisateurs. Sans oublier que cette définition doit s'arrimer au modèle conceptuel retenu aux fins de l'exercice d'évaluation et aux réalités organisationnelles et contextuelles de l'intervention en santé publique.

2. Démarche et orientations de travail

Une démarche exploratoire et ouverte à la participation des principaux partenaires en santé publique a nourri la réflexion ainsi que la rédaction du présent cadre de référence. Cette démarche a conduit à privilégier deux orientations de travail soit de s'appuyer sur des connaissances scientifiques exhaustives et de travailler sur les acquis. Cette démarche et ces orientations de travail continueront d'être utilisées pendant la seconde phase de la planification, du déploiement et de l'évaluation du système d'appréciation.

2.1 Poursuivre une démarche participative

Une démarche inclusive et respectueuse des différences a guidé la réflexion autour du cadre de référence. Cette démarche a permis d'explorer les connaissances issues de plusieurs disciplines scientifiques, de considérer diverses perspectives d'analyse en santé publique et d'explorer différents points de vue relativement aux besoins, aux attentes et aux préoccupations émanant du système d'appréciation de la performance.

Concrètement, et dès le début des travaux, une consultation des principaux partenaires (responsables, adjoints et professionnels des secteurs transversaux et thématiques de la DSP, directeurs locaux en santé publique ainsi que leurs adjoints et professionnels en CSSS) associés à la formulation, à la mise en œuvre et à l'évaluation du PAR et des PAL en santé publique a été réalisée. L'exercice a permis de recenser les acquis, les besoins et les attentes manifestés par ces derniers quant au déploiement du système d'appréciation de la performance en santé publique. Suite à cet exercice, différentes démarches (groupe de travail du BSD, comité de direction de la DSP, TRSP) ont été menées afin de valider l'interprétation des informations collectées ainsi que la direction générale à retenir pour la rédaction du projet de cadre de référence.

2.2 Orientations de travail privilégiées

La réflexion concernant le système d'appréciation de la performance a aussi été influencée par deux grandes orientations de travail soit de s'appuyer sur des connaissances scientifiques exhaustives et de travailler sur les acquis. Ces orientations ont guidé la formulation des prémisses d'élaboration du système, la sélection du modèle conceptuel, la réflexion quant à la définition de la performance ainsi que la rédaction des conditions gagnantes à mettre en œuvre pour réussir le présent projet (chapitres 3, 4 et 6). Elles sont aussi en étroite corrélation avec la démarche participative retenue pour la planification du système d'appréciation de la performance.

2.2.1 S'appuyer sur des connaissances scientifiques exhaustives

La rédaction du cadre de référence a permis de recenser divers écrits concernant l'évaluation de la performance ainsi que les facteurs facilitant ou limitant le déploiement d'un tel exercice. Les connaissances issues de différentes disciplines scientifiques (sciences de la gestion, sciences de l'administration publique, sciences de la santé et de la santé publique) ont été inventoriées. Ces multiples connaissances ont été étudiées et comparées. Cette analyse critique des écrits a mené à la formulation du présent cadre de référence inspiré des connaissances théoriques et pratiques actuellement partagées.

Lors de l'opérationnalisation de ce cadre de référence, la DSP et les CSSS devront demeurer vigilants quant à l'évolution des connaissances dans ces domaines d'étude afin d'accroître la pertinence et l'utilité du système d'appréciation de la performance. Comme tout système d'appréciation, le modèle développé par la DSP et les CSSS devra s'ajuster continuellement aux besoins en information et à l'évolution des connaissances théoriques et empiriques.

2.2.2 Travailler sur les acquis

Les réflexions menées dans le cadre de la planification du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique se sont appuyées sur une analyse des acquis scientifiques, administratifs et politiques de la DSP et de ses partenaires. Cette analyse a permis d'apprécier la qualité de ces acquis et l'intérêt de considérer ces savoirs lors du déploiement du système d'évaluation de la performance. Associés à une démarche partenariale, ces connaissances, méthodes et outils de travail permettront à la DSP et aux CSSS de maximiser la pertinence et l'utilité à court et à moyen terme du système d'appréciation de la performance.

De manière plus précise, l'équipe de travail a relevé l'importance de bénéficier à court terme de l'expertise de l'ASSSM en matière d'évaluation de la performance des services. Les entretiens réalisés et les travaux consultés ont permis de souligner les compétences et les savoirs de ce partenaire quant à la planification et au déploiement d'un système d'appréciation de la performance. Pour leur part, la DSP et les CSSS ont établi, au cours des dernières années, une base de travail solide en planification, en monitoring et en évaluation des activités de santé publique. Guidés par une attention toujours croissante à la gestion de qualité et à l'atteinte des résultats, ces travaux doivent être intégrés à la présente réflexion. On devra avoir recours à ces méthodes et ces outils (modèle logique, guide de planification populationnelle, projet de monitoring évaluatif, tableau de bord des indicateurs du tronc commun PAR-PAL, entente de gestion, protocole et réflexion concernant l'évaluation de la performance, etc.) lors de la seconde phase de la planification du système d'appréciation de la performance (opérationnalisation des variables en indicateurs). Ces nombreuses connaissances constitueront des assises solides pour le système d'appréciation de la performance.

De leur côté, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) possèdent des connaissances et des compétences qui devraient bonifier la démarche de planification du système

d'appréciation. Entre autres, plusieurs CSSS bénéficient de l'expertise de professionnels en mesure de la qualité des soins de santé et en évaluation des interventions. Présentement, plusieurs de ces professionnels participent aux travaux de l'Agence sur la performance en plus de mener leurs propres travaux d'évaluation et de monitoring. De plus, comme les CSSS contribuent activement à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation du PAR et des PAL en santé publique, ils représentent des acteurs clés dans ce domaine. Finalement, leurs connaissances relatives à l'environnement dans lesquelles se développent les interventions en santé publique les positionnent comme partenaires centraux dans la réflexion sur la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du système d'appréciation de la performance en santé publique.

Les prochaines étapes de réalisation doivent mener à l'édification d'un bien collectif découlant d'une participation active et régulière de la DSP et des CSSS à la prise de décision et à l'opérationnalisation de l'exercice. Celle-ci doit se faire en cohérence avec les dernières connaissances scientifiques et avec les acquis scientifiques, administratifs et politiques de la DSP et des CSSS impliqués dans le projet.

3. Prémisses à l'élaboration du système d'appréciation de la performance

Worthen and Sanders (1987 : 229) suggèrent de toujours débiter les travaux de planification d'un système d'appréciation de la performance par une analyse détaillée de la demande du client. Cette analyse vise à approfondir la compréhension du mandat, de préciser les besoins exprimés ainsi que les attentes formulées quant aux résultats à atteindre. Comme pour plusieurs expériences étrangères répertoriées, et bien qu'en 2009, la TRSP ait exprimé clairement la volonté de se doter d'un système d'appréciation de la performance, le présent cadre de référence ne s'appuie pas pour autant sur une demande complètement explicite. Au contraire, et conformément à son désir de développer un système d'appréciation de la performance répondant autant à ses besoins et ses intérêts que ceux de ses principaux partenaires, la DSP a souhaité que les travaux autour du cadre de référence fassent ressortir, à la lumière des études exploratoires et entretiens, un certain nombre de prémisses à l'élaboration du système d'appréciation de la performance. Celles-ci guideront l'évaluation des travaux réalisés lors de la seconde phase de la planification et de la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance. Concrètement, si le système d'appréciation de la performance répond à ces prémisses, il devrait normalement satisfaire entièrement le client. Il devient donc important de les établir dès le départ car elles régiront l'établissement du système d'appréciation de la performance (Brown et coll., 2005 : 4).

3.1 Raisons d'être du système

L'étude de la performance est devenue un enjeu central pour les administrateurs et les experts en santé publique. Trois groupes de facteurs expliquent l'engouement actuel pour la planification et la gestion d'un système d'appréciation de la performance (cf. **annexe 3**).

Le premier groupe de facteurs concerne les grands mouvements de fond qui touchent l'administration publique (la globalisation, la mondialisation des marchés, les demandes accrues de la population d'être mieux informée

des résultats de l'administration publique, le développement des technologies et des connaissances). Ces idéologies et façons de faire encouragent la prolifération des exercices d'imputabilité et de reddition de comptes visant l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

Le deuxième groupe de facteurs concerne le cadre légal, à savoir les orientations administratives et politiques données à l'ensemble des règles qui encadrent la planification et l'administration des interventions en santé publique (Loi sur l'administration publique, Loi du vérificateur général, Loi sur la santé et des services sociaux, Loi sur la santé publique et la Loi sur la santé et la sécurité au travail). En accordant plus de place aux résultats, à la qualité des services aux citoyens, à la transparence et au rôle des parlementaires à l'égard de l'action gouvernementale, elles proposent de nouveaux outils d'aide à la prise de décision axés sur l'économie, l'efficacité et l'efficacités. Elles préconisent aussi une amélioration continue de l'accessibilité, de la qualité des services et de l'utilisation des ressources en santé publique tout en renforçant l'imputabilité entre les trois paliers décisionnels du système public de santé (ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences de la santé et des services sociaux et les organisations offrant les soins).

Le troisième groupe de facteurs se rapporte aux réflexions présentées dans divers documents administratifs, enquêtes publiques et rapport de groupes de travail mandatés par le gouvernement. Ces réflexions ont pavé la voie aux questions touchant la performance du système public de santé. Elles suggèrent un recours plus grand à l'imputabilité et à la reddition de comptes.

3.2 Visées du système

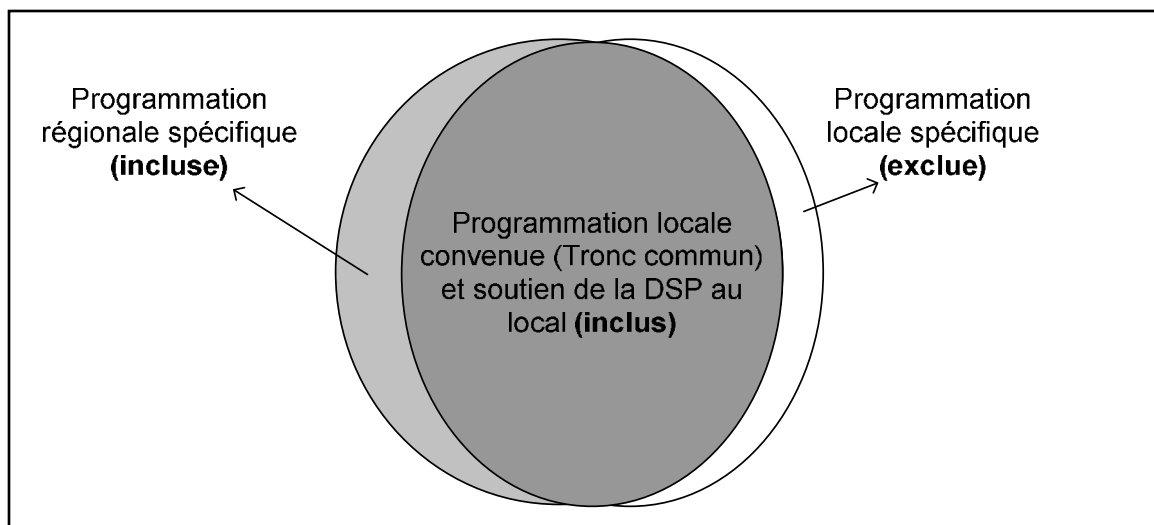
Afin de maximiser l'utilité et l'impact du système d'appréciation de la performance, il s'avère nécessaire de convenir des visées poursuivies par la mise en œuvre d'un tel exercice. Les efforts consacrés à la planification, au déploiement et à l'évaluation d'un système d'appréciation de la performance seront ainsi mieux alloués en fonction des objectifs poursuivis par la DSP et les CSSS en terme d'étude de la performance. Plus précisément, le système d'appréciation de la performance s'édifiera à la base de ces choix reflétant le contexte d'intervention et les priorités de la DSP et des CSSS impliqués dans le déploiement du projet.

3.2.1 Objet de l'appréciation

Le premier choix à faire dans l'élaboration d'un système d'appréciation de la performance est de déterminer l'objet d'appréciation (Champagne et Contandriopoulos, 2009). Dans le cas qui nous occupe, celui-ci concerne les interventions régionales et les interventions locales communes

planifiées et mises en œuvre dans le cadre du PAR et des PAL en santé publique (Figure 1). Plus précisément, l'appréciation de la performance se concentrera sur la programmation régionale spécifique, les activités de soutien de la DSP aux partenaires locaux et les interventions locales partagées par l'ensemble des CSSS. Les interventions locales partagées par les CSSS correspondent au contenu du tronc commun³ composé de six grandes orientations (Tableau 1). Le Tronc commun révisé DSP-CSSS 2008-2012, adopté le 16 février 2009 par la TRSP, présente de façon synthétique, pour chaque orientation, les problématiques abordées, les résultats intermédiaires visés, les programmes et actions retenues, les indicateurs de mise en œuvre prioritaires, les contributions régionale de la DSP et locales des CSSS) (cf. annexe 4). Pour des raisons techniques et opérationnelles, les programmations locales spécifiques⁴ pourront être incluses au projet après une certaine période d'essai du système d'appréciation de la performance.

Figure 1 : Objet de l'appréciation de la performance



³ Le mandat de définir le contenu du tronc commun est assumé par la Table régionale de santé publique avec l'appui de ses sous-comités sectoriels.

⁴ La programmation spécifique est définie par chaque CSSS selon les caractéristiques de sa population et ses besoins.

Tableau 1 : Six orientations des PAR-PAL issues du Tronc commun CSSS-DSP

- Des enfants qui naissent et se développent en santé
- Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire
- Des milieux de travail exempts de menaces à la santé
- Une population vaccinée et protégée des infections et des autres menaces chimiques et physiques
- Un environnement urbain favorable à la santé
- Un système de santé qui sert aussi à prévenir

3.2.2 Buts de l'exercice

Lors de la planification d'un système d'appréciation de la performance, il est nécessaire de débiter la réflexion par une précision du but ou des buts que l'exercice vise à atteindre (Contandriopoulos et coll., 2008 : 5). Selon Brown et coll. (2005 : 3). Le but d'un système d'appréciation de la performance correspond aux résultats que l'on souhaite obtenir par sa mise en œuvre. Bien que la formulation des buts demeure un exercice délicat, cette réflexion assure une plus grande cohérence, rigueur et pérennité au système d'appréciation de la performance.

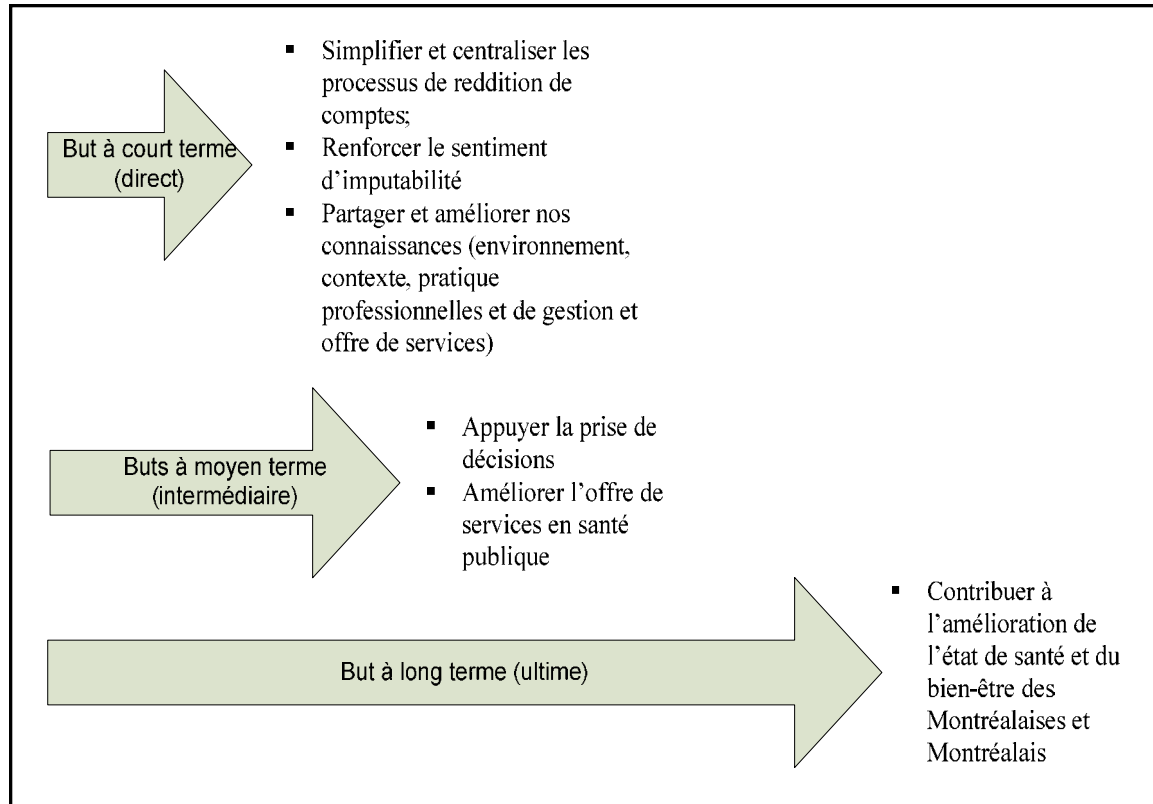
Par la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique, la DSP et les CSSS souhaitent atteindre différents buts. Toutefois, ils ne pourront être atteints simultanément. Une période de temps plus ou moins longue et des efforts variables seront nécessaires pour parvenir à l'ensemble de ces finalités. C'est pourquoi, on devra procéder à une classification temporelle des finalités poursuivies par la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance (Figure 2).

À court terme, le déploiement du système d'appréciation permettra d'atteindre trois buts. Le premier : simplifier et de centraliser les processus de reddition de comptes. Nous voulons nous doter d'un système souple, centralisé et rigoureux de planification, de collecte, d'analyse

et d'interprétation de données relatives aux objectifs, aux ressources, aux processus et aux services de santé publique offerts régionalement et localement. Ce travail ne remplacera pas les suivis de gestion effectués par les professionnels et les responsables des secteurs à la DSP et en CSSS. Il correspondra plutôt à une synthèse des informations estimées les plus pertinentes pour la réalisation d'un exercice de reddition de comptes. Cependant, le déploiement du système permettra d'alléger les modalités actuelles de gestion et de reddition de comptes.

Le deuxième but consiste à renforcer le sentiment d'imputabilité des partenaires régionaux et locaux quant à l'offre de services en santé publique à Montréal. Smith et coll. (2008) définit deux types de responsabilité : la responsabilité exécutive (imputabilité d'un acteur par rapport à un acteur de plus haut niveau hiérarchique) et la responsabilité démocratique (responsabilité populationnelle relative aux services offerts en santé publique).

Figure 2 : Classification des buts visés par le système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL selon une échelle temporelle



L'atteinte de ces deux premiers buts permettra de concrétiser le troisième qui est d'améliorer et de partager plus efficacement nos connaissances quant aux environnements, aux contextes, aux pratiques d'intervention et de gestion et à l'offre régionale et locale de services en santé publique à Montréal. La DSP et les CSSS aspirent à une gestion ciblée, partagée, fiable et renouvelée des informations quantitatives et qualitatives pertinentes aux visées de l'appréciation de la performance. À terme, les partenaires impliqués dans le projet devraient pouvoir développer leurs connaissances relatives aux notions de performance, à la mesure ainsi qu'aux finalités de cette dernière.

À moyen terme, le déploiement du système vise, tout d'abord, à appuyer la prise de décisions des partenaires régionaux et locaux en santé publique à Montréal. Pour ce faire, il devra fournir aux principaux décideurs des informations justes et fiables concernant les interventions ciblées par le PAR et les PAL. Les informations transmises devront permettre de connaître les besoins, d'estimer les contours de ressources nécessaires,

d'apprécier les activités mises en œuvre ainsi que les effets et le rendement de ces dernières.

Ensuite, le système veut améliorer l'offre régionale et locale de services en santé publique par la mesure des effets des interventions, l'identification des lacunes, la mise en œuvre des correctifs appropriés et la comparaison des résultats observées (benchmarking) à d'autres moments, ou dans d'autres organisations, territoires ou milieux (Eddy, 1998 : 9). Les analyses pourront porter sur trois niveaux : les bénéficiaires et les participants aux interventions ciblées, l'offre régionale et locale et l'impact populationnel.

En second lieu, le système devra prévoir des études de rentabilité permettant de juger de l'efficacité et de l'efficience des interventions retenues comme prioritaires (Halverson et coll., 1998 ; Turnock, 2000 ; Kearney et Berman, 2000 cité de Scutchfield et Keck, 2003:192). En troisième lieu, le système inclura des recherches et études visant à accroître le développement des connaissances. Elles permettront d'identifier les

meilleures pratiques à promouvoir et de soutenir les avancés scientifiques quant à l'amélioration des mesures de la performance (Halverson et coll., 1998 ; Roper et Mays, 2000 cité de Scutchfield et Keck, 2003 :193). Nourris par ces différentes informations, les professionnels, les intervenants et les décideurs pourront investir, réallouer et remodeler, si nécessaire, l'offre de services en santé publique (Scutchfield et Keck, 2003:191).

3.2.3 Mandant et bénéficiaires du système

Une fois que les buts de l'exercice sont définis, il devient plus simple d'identifier le mandant ainsi que les bénéficiaires du système d'appréciation de la performance, car ces derniers correspondent aux décideurs, aux responsables, aux demandeurs et/ou aux utilisateurs des informations produites (Rexe et al, 2008 :19 ; Wallace et coll., 2007 : i).

En regard de leurs responsabilités légales respectives, l'ASSSM (DSP) et les CSSS du territoire montréalais sont imputables de leurs actions régionales et locales ainsi que de leurs résultats en terme d'amélioration de la santé publique. À ce titre, ils agiront comme mandataires conjoints du projet de déploiement du système d'appréciation de la performance.

À Montréal, l'opération sera conduite par la Table régionale de santé publique (TRSP). Dans le cadre des travaux d'appréciation de la performance, et conformément à l'objet d'appréciation proposé (section 3.2.1), ce sont donc les membres de la TRSP qui auront la responsabilité de coordonner la planification, le déploiement et l'évaluation du système en raison de leurs expertises, leurs connaissances, leurs rôles et leurs responsabilités quant à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions ciblées par le PAR et les PAL. Dans cette logique, c'est la TRSP qui a adopté le cadre de référence et approuvera les différents travaux qui en découleront.

À plus long terme, l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Montréalaises et Montréalais constitue le but ultime du déploiement du système. Les travaux permettront de juger de la contribution de l'offre régionale et locale de services en santé publique à l'atteinte des résultats en regard de l'amélioration et du maintien de l'état de santé publique.

Quant aux éventuels bénéficiaires, ils seront nombreux à profiter des résultats découlant de la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance. Comme le précise Brown et coll. (2005 : 4), la nature des informations produites et le niveau de détails intéresseront certainement des groupes d'utilisateurs particuliers selon le niveau de déploiement du système.

À court terme, les principaux bénéficiaires seront le directeur de la santé publique, les directeurs généraux des CSSS, les directeurs locaux de santé publique, les responsables et les adjoints des secteurs de la DSP ainsi que les professionnels et les intervenants en santé publique. À moyen terme, le nombre de bénéficiaires s'élargit compte tenu des buts poursuivis de reddition de comptes et d'imputabilité. S'ajoutent donc au premier groupe, le MSSS, le président-directeur général et les membres du conseil d'administration de l'ASSSM. À long terme, l'ensemble des bénéficiaires ciblés par le déploiement du système d'appréciation de la performance profitera des analyses plus complexes réalisées par les professionnels de la DSP et de ses partenaires. À ces utilisateurs, pourrait être ajoutée la population de la région métropolitaine étant donnée la nature des informations produites.

3.3 Informations nécessaires à l'étude de la performance

Les informations nécessaires à l'étude de la performance du PAR et des PAL en santé publique correspondent aux données que le système d'appréciation de la performance devra développer, mesurer, documenter, analyser et interpréter. Elles sont déterminées en fonction de la raison d'être, de l'objet et des objectifs du système présentés dans les sections précédentes. Elles correspondent aussi aux dimensions définies par le modèle conceptuel retenu.

Tout d'abord, le système d'appréciation de la performance comprendra des données relatives à l'évaluation de la qualité proposée par Donabedian (1988) : la structure (les ressources détenues et les modes d'organisation de l'activité), le processus (les interventions et les pratiques professionnelles et non celles des organisations) et les résultats (les changements observés sur l'état de santé présent et futur de l'individu).

Aux fins du présent exercice, les termes ont été adaptés afin de les appliquer au mandat et aux réalités de la santé publique. Ainsi, la structure sera fragmentée en deux éléments : la structure organisationnelle des partenaires et les ressources (humaines, matérielles et financières). Le processus correspondra aux

pratiques professionnelles, à la formulation des politiques et des programmes ainsi qu'aux modalités administratives de l'organisation. À ces mesures devront être ajoutés les services offerts à la population. Les résultats seront, pour leur part, subdivisés en trois niveaux : à court terme, changements sur les pratiques et l'offre de services, à moyen terme, changement sur l'état de santé et le bien-être des bénéficiaires, et à long terme, changements sur l'état de santé et le bien-être de la population.

En plus de ces informations, le système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL devra introduire des variables explicatives de la performance. Ces facteurs permettront de contextualiser et de relativiser les résultats obtenus. Comme facteurs explicatifs, le système devra documenter les facteurs environnementaux et contextuels de la mise en œuvre des interventions (Christopher et coll., 2000). Chacune de ces informations pourra nourrir les objectifs à court, moyen et long terme du système d'appréciation de la performance (cf. **annexe 5**).

4. Modèles d'évaluation de la performance

Plusieurs des écrits consultés témoignent de l'importance d'appuyer le développement d'un système d'appréciation de la performance sur un modèle conceptuel éprouvé et pertinent (Brown et coll., 2005 : 4). Le recours à un modèle conceptuel procure plusieurs avantages aux planificateurs d'un tel exercice. Premièrement, l'utilisation d'un modèle permet de prendre position quant à une conception de la performance parmi l'ensemble des définitions convenues. Deuxièmement, le modèle permet d'identifier et de définir les dimensions de la performance qui seront documentées par l'exercice d'appréciation de la performance. Troisièmement, l'utilisation d'un modèle permet de guider l'opérationnalisation du système d'appréciation en définissant les priorités et en orientant la mesure, l'analyse et l'interprétation des résultats. Quatrièmement, le recours à un modèle conceptuel permet de soutenir les fonctions de gestion, de planification et de reddition de comptes.

Le présent chapitre vise, tout d'abord, à présenter les principaux modèles d'appréciation de la performance répertoriés lors de la recension des écrits. Ensuite, il permet de résumer les critères établis pour sélectionner le modèle le plus adapté aux besoins et aux attentes de la DSP et des CSSS. Finalement, il présente le modèle retenu. Cette dernière partie relève les forces et les limites du modèle pour ainsi conclure sur les ajustements à prévoir pour une application adéquate à la situation, au contexte et au mandat d'évaluation.

4.1 Principaux modèles répertoriés

Il existe une panoplie de modèles conceptuels qui ont tenté de conceptualiser la performance : (Bennis, 1966; Cameron et Whetten, 1983; Contandriopoulos et coll., 2008 D'Aunno, 1992; Fottler, 1987; Price, 1972; Quinn et Rohrbaugh, 1993; Sicotte et coll., 2007, 1998, 1999; Tregunno et coll., 2004; Yuchtman et Seashore, 1967). La présente section présente succinctement les

principaux modèles internationaux, nationaux et régionaux étudiés dans le cadre de la rédaction du cadre de référence. Bien qu'il soit difficile de comparer ces modèles, il demeure possible de relever quelques points de convergence dans les finalités de ces démarches, tels que l'atteinte des meilleurs résultats de santé possible, l'équité, l'accessibilité, l'efficacité, l'efficience, la qualité des services et la réponse aux besoins des usagers.

Au plan de la performance des soins de santé, certains des modèles développés au niveau international peuvent démontrer un caractère général et plutôt simpliste de la performance, dans la mesure où ils mettent l'accent sur un nombre limité de critères (Ex.: les modèles axés sur l'atteinte des buts : OMS, OCDE). D'autres peuvent faire état d'une longue liste d'attributs désirables portant sur l'atteinte des buts et les processus internes du système de soins, tels que la réduction des inégalités en santé, la couverture populationnelle, l'équité financière, la qualité, la satisfaction des patients, l'efficience de l'allocation des ressources, l'efficience technique, le contrôle des coûts, l'acceptabilité politique et la pérennité financière (NHS, ICIS, IOM, NHQR, Nouvelle-Zélande et Australie). Au niveau régional, les modifications législatives apportées en 2004 au statut des agences de santé et de services sociaux ont amené l'identification de plusieurs avenues stratégiques, dont la définition des indicateurs de résultats et de performance. À Montréal, on a assisté à la création d'un tableau de bord conforme aux orientations et priorités ministérielles ainsi qu'à celles de la planification régionale et locale. Ce tableau est actuellement utilisé essentiellement pour les services de soins, notamment pour évaluer les programmes services liés au vieillissement et à la santé mentale (cf. annexe 6, tableau 1).

Dans le domaine de la santé publique, l'intérêt naissant pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité parmi les professionnels et les organisations de la santé publique est plus qu'évident même si les

démarches demeurent nouvelles et fragmentées (Turnock, 2000). Les modèles conceptuels les mieux connus dans ce domaine sont le modèle du Institute for clinical évaluative sciences et le modèle développé par The Public Health Practice Program Office des Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Le premier modèle est inspiré du Balanced Scorecard et est composé de quatre dimensions : les déterminants et les résultats de santé, l'engagement communautaire, l'intégration et la réactivité et les ressources et les services (Woodward et coll., 2004). Le second est inspiré du modèle classique de Donabedian (Handler et coll., 2001). Ce modèle se décline en quatre composantes : la mission, la structure, les processus et les résultats, soumises à l'influence d'un cinquième élément plus macro : l'environnement du système. La performance du système étant le degré avec lequel il accomplit sa mission et son évaluation requiert la mesure de chacune des composantes du système ainsi que les relations qu'elles entretiennent entre elles. Ces deux modèles se distinguent par l'importance accordée au partenariat. En fait, pour répondre à sa mission, le système de santé publique se doit de mettre en place des mécanismes intersectoriels de partenariat. Ces liens permettent de demeurer à l'écoute des besoins de la population et de répondre rapidement à ses changements, en plus de faire face aux urgences (cf. **annexe 6, tableau 2**).

Parmi les modèles intégrateurs (méthodologiques) les plus populaires en appréciation de la performance, on cite le modèle du tableau de bord équilibré (Kaplan et Norton, 1992). En effet, le tableau de bord équilibré (Balanced Scorecard) représente un instrument intégrateur privilégié, (Park et Huber, 2007; Wicks, 2007; Schalm C, 2008; Lorden A et Coll, 2008; Weir et coll., 2009). Il est considéré comme un outil privilégié pour rendre compte de l'imputabilité, pour améliorer l'efficacité et la qualité des services, pour les suivis de gestion de même que pour promouvoir la recherche sur la performance incluant l'évaluation des programmes de santé (Woodward et coll., 2004). Il permet de traduire la stratégie organisationnelle en un ensemble cohérent de mesures. Ce modèle se base sur l'existence d'une chaîne de relations de cause à effet qui relie les différentes dimensions

(Kaplan et Norton, 1996). Bien que répandu, ce modèle peut également mener aux mêmes carences, s'il est appliqué de façon trop parcimonieuse et fragmentée.

Le modèle de l'Efficacité (Morin, Beaudin et Savoie, 2005) a l'avantage d'intégrer trois notions importantes pour le système de santé publique en l'occurrence l'environnement, la mission et l'arène politique, cependant ce modèle ne met pas clairement en évidence les liens qui existent entre les différentes composantes du système.

Le modèle EGIPSS (Sicotte et al, 1998) s'inspire du modèle d'action sociale de Parsons. C'est un modèle intégrateur qui rend compte de plusieurs approches théoriques de l'appréciation de la performance. Il met l'accent sur l'équilibre dynamique à maintenir entre les différentes dimensions et les liens entre ces dernières qui permettent de répondre à des questions évaluatives bien précises. De plus, il permet d'ouvrir le débat autour de la performance en amenant les différentes parties prenantes à exprimer chacune sa perspective sur les résultats obtenus et donc de favoriser une certaine flexibilité dans l'interprétation de la performance. Il peut tout de même démontrer un certain niveau de complexité pour les utilisateurs des milieux. (cf. **annexe 6, tableau 3**)

Il est important de souligner que certains de ces modèles, s'ils sont repris sans effort d'adaptation, peuvent engendrer une réplique de leurs inadéquations techniques et conceptuelles.

4.2 Critères de sélection d'un modèle

Sélectionner à coup sûr le modèle qui devrait guider la planification, le déploiement et l'évaluation du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique à Montréal n'est pas évident. La difficulté de la tâche ne s'explique pas par l'absence de modèles. Au contraire, la recension des écrits montre la panoplie de modèles qui ont tenté de conceptualiser la performance (Cameron et Whetten, 1983 ; D'Aunno, 1992, Fottler, 1987 ; Quinn et Rohrbaugh, 1983; Sicotte, 2007; Sicotte et coll, 1998, 1999; Tregunno et coll., 2004). La difficulté du travail s'explique davantage par la nature complexe et multidimensionnelle de la performance ainsi que par l'absence de

consensus quant au meilleur modèle à employer dans le domaine de la santé publique.

Bien qu'ardu, l'exercice de sélection d'un modèle est incontournable pour la DSP et les CSSS. Dans un contexte de démarche partenariale et itérative, l'exercice offre plusieurs avantages. Le premier avantage est qu'en représentant schématiquement les composantes de la performance, le modèle guidera la planification, le déploiement et l'évaluation du système d'appréciation selon des fondements scientifiques reconnus (Cameron, 1986 dans Sicotte, 2007 : 305). Le deuxième avantage concerne la garantie que tous les aspects de la performance jugés essentiels par la DSP et les CSSS seront couverts par le système d'appréciation. Le troisième avantage a trait à une définition claire des priorités sur lesquelles devront porter les activités d'évaluation et les ajustements à apporter à court, à moyen et à long terme au niveau du système d'appréciation de la performance et du modèle. Le quatrième avantage se rapporte à l'opérationnalisation de la mesure. Une fois sélectionné, le modèle servira de canevas aux mesures à effectuer en assurant

que les efforts réalisés pour la collecte et l'analyse des données soient adéquatement orientés et consentis. (Smith et coll., 2008 : 7).

Le choix du modèle devrait reposer sur une approche méthodique proposant six critères de décision (Tableau 2). Les critères de décision correspondent aux attentes et aux besoins de la DSP et des CSSS concernant la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance⁶. Ces critères proviennent des entretiens exploratoires réalisés auprès des partenaires et des leçons découlant des travaux consultés lors de la recension des écrits; il a été convenu de les conserver comme tel lors de la période de consultation du cadre de référence. Naturellement, ces critères de décision révèlent les préférences disciplinaires et théoriques, les valeurs, les objectifs et les rôles des partenaires impliqués dans les travaux de réflexion qui ont guidé la rédaction du cadre de référence.

Tableau 2
Les critères de décision concernant le choix du modèle

Le modèle doit :
1. être appuyé sur une connaissance approfondie des théories relatives à la performance ;
2. considérer la nature complexe et paradoxale de la performance ;
3. représenter les multiples réalités du système de santé publique (mission, valeurs et fonctions) ;
4. respecter les visées du système d'appréciation de la performance (objet, objectifs, mandant et bénéficiaires et informations demandées) ;
5. être conforme au modèle développé par l'ASSSM et ;
6. intégrer les apprentissages découlant des expériences internationales et nationales (OMS, OCDE, NHS, etc.).

En d'autres mots, et selon ces critères de décision, les partenaires du projet souhaitent que le modèle intègre des connaissances théoriques fiables. Il est aussi souhaité que le modèle puisse relever les multiples réalités du système de santé publique en insistant sur la mission, les valeurs et les fonctions particulières de ce dernier. De même, le modèle devra correspondre aux visées souhaitées du système d'appréciation de la performance en ce qui concerne l'objet de

l'évaluation, les buts de l'exercice, le mandant visé et les bénéficiaires reconnus. Finalement, la DSP et les CSSS ont mentionné que le modèle devra être conforme au modèle développé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (modèle cubique) (cf. annexe 7) tout en offrant une meilleure application à la mission, aux fonctions et aux valeurs de la santé publique.

⁶ Ces besoins et ces attentes ont été exprimés lors des entretiens exploratoires et des consultations qui ont précédé la rédaction du présent document de réflexion.

4.3 Modèle retenu à développer

Les modèles documentés lors de la recension des écrits ont été analysés en fonction de chacun des critères de sélection afin de déterminer le modèle d'analyse à privilégier pour la planification et le déploiement du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique. La réponse des modèles à l'ensemble des critères varie énormément d'un modèle à un autre. Cependant, des critères incontournables comme ceux associés à la correspondance entre le modèle et les réalités de la santé publique, à la conformité du modèle à celui proposé par l'Agence et à la considération de la nature complexe de la performance ont permis d'identifier le modèle ÉGIPSS (figure 3) comme le plus adéquat pour réaliser le présent exercice d'analyse de la performance. Plus précisément, l'étude de plusieurs modèles a permis de constater que les modèles d'analyse utilisés dans le domaine de la santé demeurent très faibles quant à ces trois principaux critères. Les modèles utilisés en santé publique sont, quant à eux, à une étape très précoce de leur

développement. Présentement, ces modèles utilisent principalement des données de nature surveillance en épidémiologie et ils considèrent que très économiquement et épidémiologiquement le concept de la performance. Finalement, les modèles intégrateurs représentent un intérêt notable en ce qui concerne la conception complexe de la performance et l'application au modèle de l'Agence. Cependant, l'application aux réalités de la santé publique est très faible pour ces modèles à l'exception du modèle ÉGIPSS qui intègre quelques rares notions à ce niveau.

Le modèle ÉGIPSS répond positivement à plusieurs des critères de décision formulés par la DSP et les CSSS et pour lequel, l'utilisation présente plusieurs avantages associés à des niveaux différents de l'intervention (conceptuel, méthodologique, administratif, stratégique et développement des connaissances) (Tableau 3).

Tableau 3 : Les avantages reconnus de l'utilisation du modèle ÉGIPSS

Sous l'angle	Le modèle ÉGIPSS :
conceptuel	- repose sur des assises théoriques solides issues de diverses disciplines scientifiques (management, administration de la santé, gestion); - représente schématiquement plusieurs composantes reconnues de la performance - permet une adaptation plus adéquate du modèle conceptuel à la mission, aux fonctions et aux valeurs de la santé publique; - considère la nature complexe, multidimensionnelle et paradoxale de la performance ;
méthodologique	- s'applique à une démarche partenariale et itérative de recherche ; - s'adapte à différents contextes et environnements d'intervention ; - permet de prioriser (à court, moyen et long terme) les objets d'étude de la performance en fonction des préférences de la DSP et des CSSS ; - s'applique à différents niveaux d'analyse (système, réseaux, organisations, départements, services, programmes cliniques, etc.) ; - sert de canevas aux mesures à effectuer en assurant que les efforts réalisés pour que la collecte et l'analyse des données soient adéquatement orientées et consenties qu'une seule fois ; - fournit un instrument valide et efficient pour la mesure de la performance ; - encourage un partage continu des résultats et une interprétation collective des résultats découlant de l'évaluation de la performance ;
administratif	- est adapté à la complexité du système de la santé publique ; - peut être utilisé pour répondre à des besoins d'imputabilité, de suivi et d'évaluation; - encourage une démarche d'amélioration continue de la performance des interventions ; - élargit les bases de comparaison en rendant disponibles des normes empiriques ou théoriques d'évaluation de la performance ;

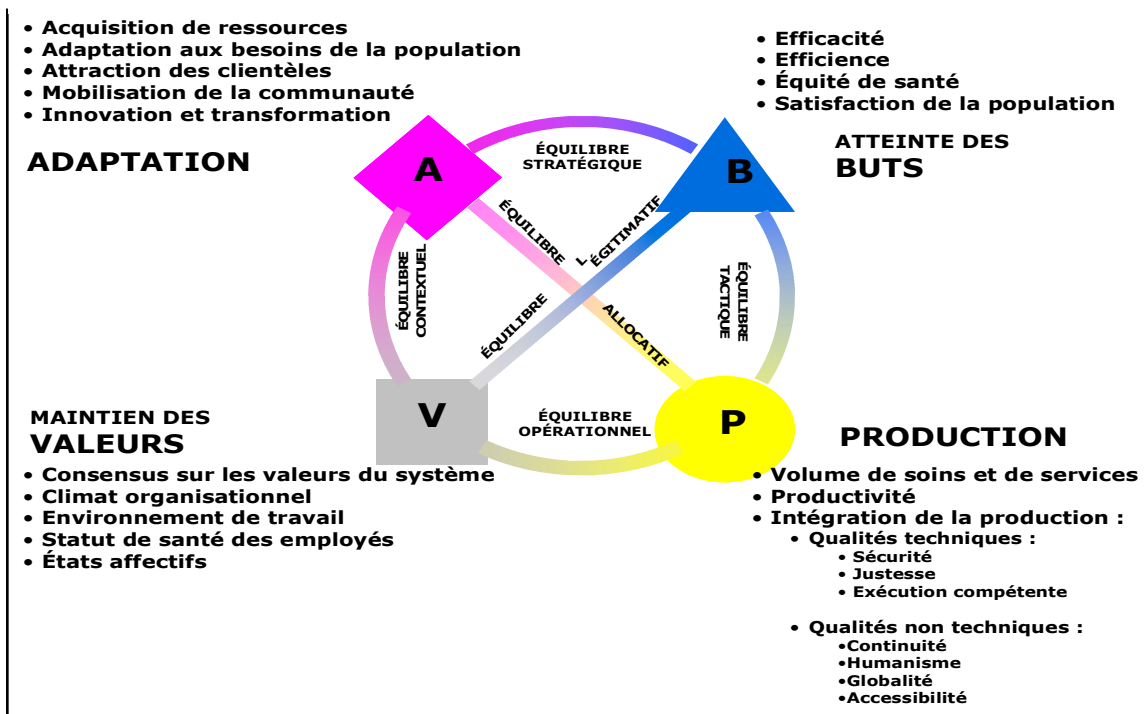
Sous l'angle	Le modèle ÉGIPSS :
	- conforme aux travaux sur la performance réalisés par l'Agence - permet d'apprécier la performance en adoptant le point de vue d'un acteur qui intervient dans le fonctionnement de ce système complexe et dynamique ; - sert à la fois comme guide pour le suivi et l'évaluation, et comme outils de gestion permettant d'orienter la prise de décision dans une perspective d'amélioration continue ;
stratégique et de discours	- sollicite la participation active des partenaires afin qu'ils puissent convenir des priorités et des compromis à faire en fonction des ressources disponibles et du temps alloué au projet d'évaluation ; - guide la planification, le déploiement et l'évaluation du système d'appréciation en illustrant les aspects de la performance jugés incontournables par la DSP et les CSSS ; - se compare aisément aux expériences internationales et nationales en évaluation de la performance ;
du développement des connaissances	- permet de construire une base de connaissances de plus en plus importante sur la performance du système ; - offre un grand potentiel d'amélioration et d'apprentissage pour tous les partenaires.

Cependant, bien que ce modèle forme une source inestimable d'idées et d'approches, une adaptation de ce dernier est à prévoir permettant ainsi d'insister davantage sur la mission, les valeurs, les fonctions et notre capacité réelle à produire des changements sur la santé et le bien-être de la population. Entre autres, le modèle devrait intégrer les notions d'intersectorialité et considérer les retombées sur les milieux de vie, les structures organisationnelles, les collaborations interorganisationnelles et l'effet du partenariat dans la planification et la mise en œuvre de certains services de santé publique.

4.4 Présentation du modèle EGIPSS

Le premier postulat du modèle ÉGIPSS est que la performance d'un système de santé repose sur sa capacité à remplir de façon équilibrée quatre fonctions fondamentales : s'adapter à son environnement et répondre aux besoins de la population, atteindre des buts, produire des services de qualité avec productivité, et maintenir et promouvoir des valeurs organisationnelles (cf. annexe 7). L'appréciation de la performance du système de santé repose donc, en premier lieu, sur des mesures de réussite établies par l'ensemble des partenaires quant à chacune de ces quatre fonctions.

Figure 3 : Le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance du système de santé (EGIPSS)



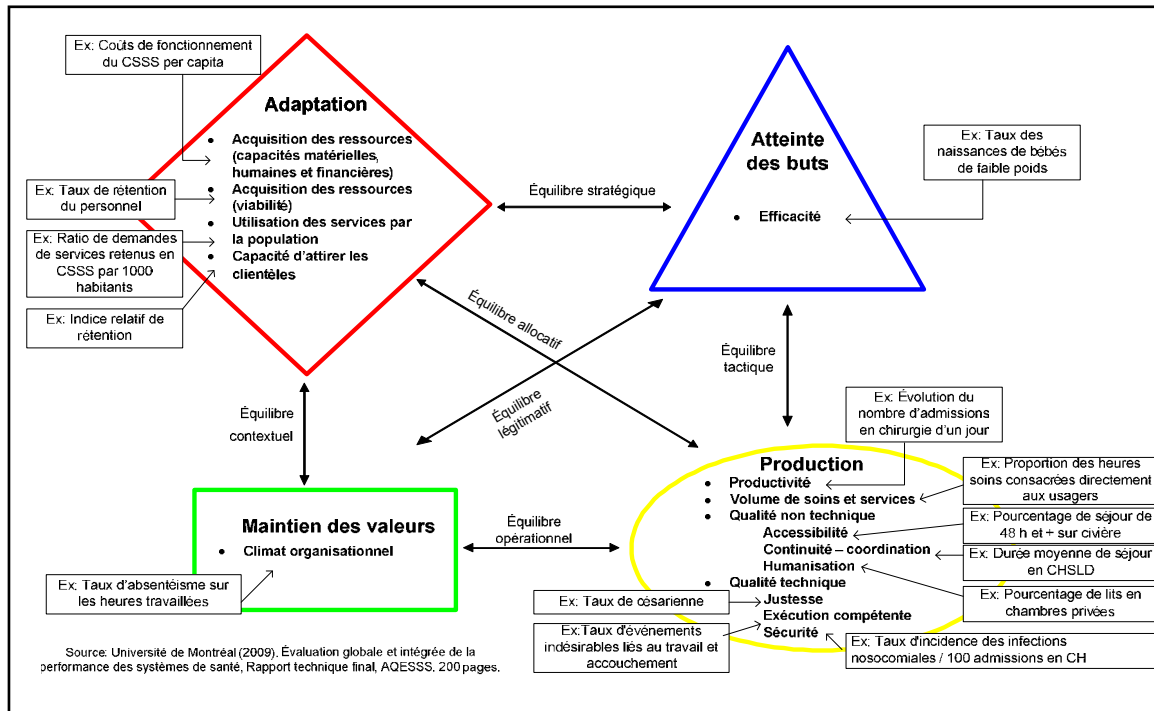
Le second postulat concerne les interactions et les liens réciproques devant exister entre les quatre fonctions pour maintenir le système performant (Champagne et Contandriopoulos, 2008) (cf. annexe 8). L'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique s'appuie ainsi, en deuxième lieu, sur un jugement de valeur quant au dynamisme soutenant les quatre fonctions du modèle (les équilibres légitimatif, allocatif, contextuel, stratégique, tactique et opérationnel). Par cette réflexion, les partenaires évaluent globalement les interventions ciblées afin de débattre et de juger de la valeur contextualisée de ces dernières (cf. annexe 9).

Différentes applications du modèle ÉGIPSS sont actuellement en cours. Peu importe le temps ou le lieu, les applications du modèle ÉGIPSS ont été réalisées pour le domaine du système de soins de santé. L'expérience provinciale la plus récente concerne celle de l'Association québécoise des établissements de la santé et des services sociaux (AQESS) mais il serait délicat de

passer sous silence les expériences enrichissantes du Commissaire à la santé et au bien-être et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. La figure 4 démontre bien à quel point le modèle ÉGIPSS peut (1) profiter des acquis en terme de mesure⁷ et (2) permettre de prioriser les intérêts et les préoccupations des différents partenaires du système à la mesure de la performance de leur système. La figure 4 ne présente qu'une partie des indicateurs sélectionnés par l'AQESS mais permet d'illustrer les choix fait par l'institution quant aux dimensions à documenter à cours terme. Ainsi, et tel que mentionné dans le rapport technique (Université de Montréal, 2009), le modèle évoluera en fonction des futures études réalisées quant aux mesures de performance. Le modèle intégrera donc continuellement de nouveaux indicateurs qui peaufineront l'interprétation de la performance du système.

⁷ Les indicateurs ont quant à eux été recensés à partir des différentes banques de données disponibles au Québec et sélectionnés avec soin par des comités d'experts en fonction des exigences de disponibilité, de validité, de faisabilité, de fiabilité et de qualité des données (Université de Montréal, 2009 : 17).

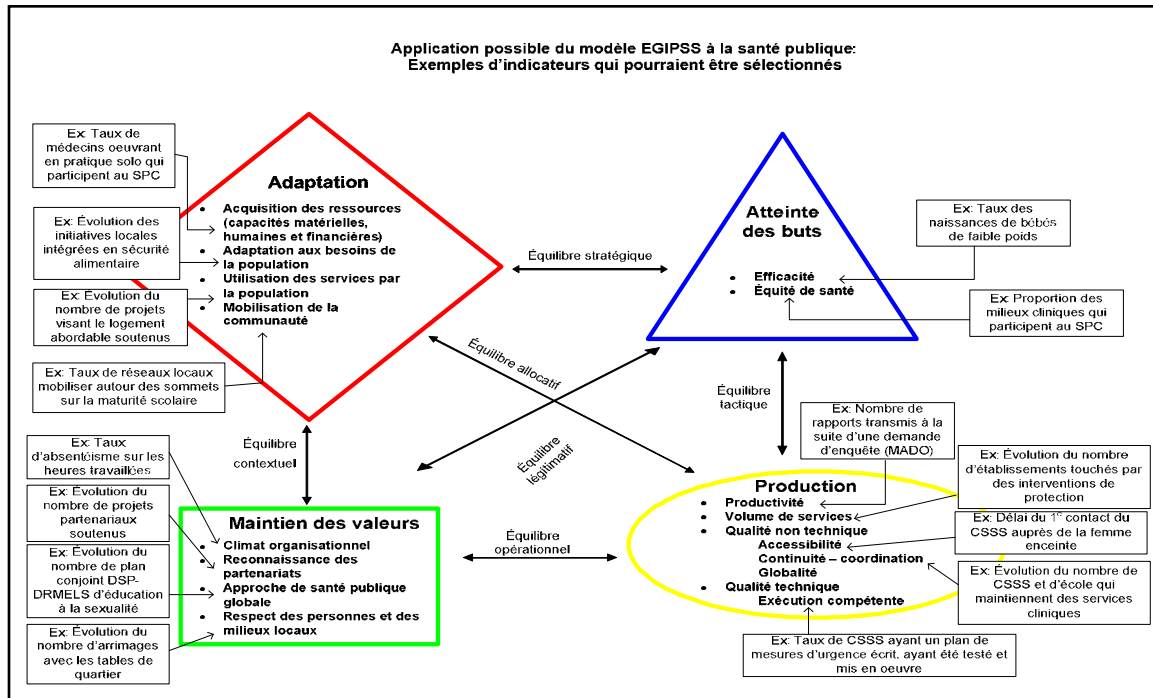
Figure 4 : Application du modèle EGIPSS au système de soins de santé :
Exemple d'indicateurs sélectionnés par l'AQESS.



Une application similaire est possible pour la planification et le déploiement du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique à Montréal. L'application du modèle EGIPSS que devra réaliser conjointement la DSP et les CSSS devra s'appuyer sur nos connaissances actuelles des systèmes d'information et refléter davantage nos préoccupations régionales et locales en santé publique. La figure 5 présente, très humblement, un exemple d'application à court terme et partiel du modèle EGIPSS à quelques besoins exprimés actuellement en terme de mesure de la performance en santé publique. Très clairement, certaines fonctions du modèle,

telles que l'adaptation et les valeurs, pourraient être davantage documentées dans notre modèle ainsi que dans d'autres applications du modèle EGIPSS dans le domaine des systèmes de soins, car elles représentent des éléments incontournables dans l'explication de la performance de nos interventions. Il est évident que des études subséquentes seront nécessaires afin de faire évoluer le modèle vers une application plus complète et près des réalités de la santé publique. La formulation des indicateurs devra être aussi plus fidèle à notre compréhension du contexte d'intervention et aux objectifs à atteindre en santé publique.

Figure 5 : Application possible du modèle EGIPSS à la santé publique :
Exemples d'indicateurs qui pourraient être sélectionnés



4.5 Définition de la notion de performance

La définition retenue pour guider le déploiement du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique de Montréal est conforme à la raison d'être, aux visées et au modèle choisi aux fins du présent exercice. Cette dernière s'arrime aussi aux réalités organisationnelles, contextuelles et environnementales de la planification et de la mise en œuvre des interventions de santé publique. Elle s'énonce comme suit :

La performance des plans d'action régional et locaux du territoire montréalais se définit comme l'appréciation aussi bien globale que spécifique de l'harmonisation de leurs finalités, avec les schèmes de valeurs développés par les acteurs impliqués, les mécanismes de production et leur capacité adaptation aux pressions présentes dans l'environnement. Elle requiert la mesure de chacune de ces composantes et les relations qu'elles entretiennent entre elles.

Dans ce sens, la performance des plans d'action régional et locaux du territoire montréalais (PAR et PAL) réside dans leur capacité :

1) de concrétiser la mission de l'Agence (DSP) et des CSSS de garder la population montréalaise en santé par :

- la surveillance de l'état de santé de la population montréalaise et de ses déterminants, et de l'en tenir informée;
- la tenue et le maintien d'une vigie et la prise de décisions, quant aux interventions appropriées pour protéger la population, dans le contexte d'une menace à sa santé;
- la promotion des actions qui permettent l'acquisition de saines habitudes de vie et l'amélioration des conditions de vie;
- l'exercice d'un rôle d'influence afin de positionner l'approche populationnelle, la promotion et la prévention dans les plus hautes sphères décisionnelles;
- la contribution à l'avancement des connaissances, ainsi qu'au développement des compétences dans le domaine de la santé publique.

2) de susciter le développement et le maintien de valeurs communes propices à la réalisation de cette mission.

3) d'intégrer et de coordonner des processus de manière à offrir des interventions et des services suffisants avec productivité et qualité

4) de répondre et de s'adapter aux particularités régionales et locales en harmonie avec les orientations stratégiques du Programme national de santé publique, de mobiliser les communautés, d'établir les partenariats requis, tout en s'appuyant sur les meilleures connaissances scientifiques.

La performance des PAR et des PAL reposera en outre sur la mise en place d'interrelations dynamiques entre les quatre fonctions du modèle au fil de leur réalisation

5. Retombées attendues de la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance

La pertinence de développer un système d'appréciation de la performance n'est plus à démontrer. Les gestionnaires et les décideurs publics reconnaissent les retombées d'un tel système (Kaplan et Norton, 1993 : 134). Dans le cas présent, la mise en œuvre d'un système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique à Montréal entraînera un ensemble de changements positifs à court, moyen et long terme tant pour l'organisation régionale des services que pour la population montréalaise.

Le premier groupe de retombées attendues suivant la mise en œuvre d'un système d'appréciation de la performance a trait à l'amélioration continue de la santé publique. Plus précisément, la réalisation des exercices relatifs à l'appréciation de la performance permet de documenter l'évolution des changements mesurés à la suite du déploiement des interventions régionales et locales en santé publique. Ensuite, elle permet d'apprécier l'atteinte des objectifs ainsi que le rendement absolu et relatif de ces interventions tout en considérant un ensemble de facteurs explicatifs des résultats obtenus. L'étude intégrée de ces facteurs explicatifs conduit à une compréhension plus approfondie de la performance ainsi qu'à la formulation de recommandations nécessaires à l'amélioration des interventions en santé publique.

Le deuxième groupe de retombées attendues correspond à l'assignation juste et précise de l'imputabilité des partenaires impliqués dans le déploiement des services en santé publique. Plus concrètement, les efforts de planification et de mise en œuvre du système d'appréciation de la performance donnent l'opportunité à la DSP et aux CSSS de préciser leurs rôles et leurs responsabilités tout en réévaluant constamment les objectifs régionaux et locaux à atteindre en matière de santé publique, et cela, selon les contextes environnementaux d'intervention. Cette analyse collective des environnements,

des pratiques et des possibilités d'intervention permet de réviser rigoureusement les pratiques d'intervention, d'établir conjointement les priorités régionales et locales ainsi que l'allocation des ressources. Cette façon de faire permet l'émergence d'une planification stratégique régionale et locale conforme à la mission, aux fonctions et aux valeurs de la santé publique reposant sur l'établissement de partenariats respectueux.

Le troisième groupe de retombées attendues concerne l'établissement d'un système organisé et partagé d'informations rigoureuses et nécessaires à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions régionale et locale en santé publique. Plus précisément, l'exercice de planification du système d'appréciation de la performance permet de sélectionner, de valider et d'utiliser les informations les plus pertinentes à l'étude des ressources, des processus et des résultats. Restreinte à l'essentiel, l'étude permet de développer des indicateurs mesurant les interventions ciblées selon un moment et un territoire prédéterminés. Finalement, la gestion efficace du système d'appréciation de la performance permettra un partage et une diffusion régulière des informations produites.

6. Conditions gagnantes à mettre en œuvre pour la réussite du projet

La réussite du projet de développement d'un système d'appréciation de la performance dépend de la planification et de la mise en œuvre de trois conditions qui faciliteront l'opérationnalisation du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique à Montréal. Suite à l'adoption du cadre de référence, des efforts devront être consentis par la DSP et les CSSS afin de réfléchir aux assises, aux modèles et aux approches à privilégier pour concrétiser et formaliser l'établissement de ces conditions gagnantes à court et moyen terme.

6.1 Situer l'exercice dans un contexte d'organisation apprenante

L'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique à Montréal doit s'inscrire dans un contexte d'organisation apprenante. Une organisation apprenante possède plusieurs caractéristiques. Principalement, et grâce à ses systèmes, ses structures, ses lois, ses règlements, ses procédures, ses technologies et sa culture, l'organisation apprenante incite continuellement les individus, les groupes, les sous-systèmes à apprendre, à enseigner, à innover, à chercher, à imaginer afin d'améliorer continuellement leurs pratiques en fonction du développement des connaissances, des besoins et des aspirations de la population (Politique pour l'apprentissage continu dans la fonction publique du Canada, 2005; Payette, 2009). L'apprentissage est alors axé sur les gens, leurs connaissances, leur savoir-faire, et leurs capacités d'innover. Par conséquent, l'organisation apprenante est reconnue par sa capacité à considérer les idées, les connaissances et les perspectives nouvelles qui lui permettent d'anticiper, d'innover et de chercher constamment les meilleurs moyens d'accomplir sa mission.

Dans un tel contexte, les retombées de l'exercice seront significativement plus rentables pour l'ensemble des partenaires impliqués dans le projet à court, moyen et long terme. La réalisation des travaux sur l'appréciation de la performance

permettra à la DSP et aux CSSS d'améliorer de manière continue leurs connaissances et de transformer ces dernières en informations accessibles et utiles au système régional de santé publique. Les efforts investis dans la planification, le déploiement et l'évaluation du système d'appréciation de la performance créeront des conditions favorisant l'enrichissement collectif des savoirs professionnels, organisationnels et scientifiques et contribuera donc aux processus de planification, de gestion et d'évaluation des interventions en santé publique.

6.2 Promouvoir un partenariat volontaire, dynamique et respectueux

L'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique à Montréal doit s'inscrire dans une démarche partenariale en raison de trois facteurs. Le premier facteur a trait à la complexité du système de santé publique. Cette complexité du système nécessite une intervention multidisciplinaire et intersectorielle continue des différents acteurs impliqués dans la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions en santé publique. Le deuxième facteur concerne les dernières réformes entreprises dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ces réformes ont renforcé l'imputabilité entre les trois paliers décisionnels du système de santé et des services sociaux, à savoir le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences de la santé et des services sociaux et les organisations offrant les services de santé publique. Dans ce type de gouverne mettant en interaction différents paliers décisionnels, la cohérence sur les plans de la gestion, de l'imputabilité et de la mesure de la performance devient un enjeu important, car les différents partenaires prennent des décisions qui influencent significativement la performance des interventions menées collectivement (Sicotte, 2007 : 303). Le troisième facteur se rapporte à l'exercice même de l'appréciation de la performance. Comme tout exercice d'évaluation, l'appréciation de la performance repose sur un jugement de valeur

et non exclusivement sur des données probantes et objectives. Il demeure donc essentiel de tenir compte des différentes perspectives émises par les partenaires impliqués, car ces derniers peuvent évaluer différemment les dimensions de la performance en raison de leurs savoirs et leurs expertises divergents (Sicotte, 2007 : 305).

Dans cette optique, la DSP ne peut intervenir seule dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique. Elle doit travailler de manière volontaire, dynamique et respectueuse avec les divers partenaires afin d'intégrer les différents points de vue quant au système de santé publique pour juger adéquatement de la performance du PAR et des PAL. Selon Morris et Zelmer (2005 : 17), un partenariat de type volontaire et respectueux demeure le plus riche en termes de retombées pour le système de santé publique. Premièrement, il est susceptible de susciter un plus grand engagement de la part des partenaires dans le projet que la participation obligatoire (Brown et coll., 2005 : 4). Deuxièmement, il favorise la transparence, la rétroaction de l'information et l'autonomie d'action chez les partenaires. Troisièmement, une approche partenariale permet aux acteurs, qui sont souvent les mieux placés pour identifier les variables les plus pertinentes à l'explication du niveau de performance, d'estimer avec plus de précision les coûts associés à leurs opérationnalisations en indicateur, à leur collecte et à leur traitement. Quatrièmement, l'approche partenariale encourage les acteurs régionaux et locaux impliqués dans l'étude de la performance à promouvoir des changements de manière continue visant l'amélioration du système de santé publique.

6.3 Établir une gestion efficace du système

Le développement d'un système d'appréciation de la performance nécessite des investissements en ressources humaines, financières et matérielles. Dans le cadre de ces travaux, la TRSP joue un rôle fondamental dans la planification, le déploiement et l'évaluation du système d'appréciation de la performance. De par sa nature et ses fonctions, elle est responsable de mobiliser les ressources au plus haut niveau

et de garantir la disponibilité de l'expertise nécessaire afin de maximiser les retombées de l'exercice entrepris. Toutefois, la contribution la plus significative de la TRSP demeure, à court terme, la planification et l'instauration d'un système de gestion de la performance.

La gestion d'un système d'appréciation de la performance vise à améliorer de manière continue la qualité et la performance d'un système d'appréciation de la performance en renforçant l'imputabilité et en stimulant l'amélioration des livrables (Gardner, Sibthorpe et Longstaff, 2008). Pour ce faire, elle introduit des mesures assurant la production des résultats attendus par le déploiement du système d'appréciation de la performance (Scutchfield et Keck, 2003:191). Plus précisément, elle permet une utilisation stratégique des mesures de la performance et des standards afin d'établir des cibles de performance et des objectifs à atteindre à court, moyen et long terme. De plus, elle permet de prioriser et d'allouer les ressources, d'informer les gestionnaires des besoins de changement ou d'ajustement des programmes ou des politiques afin d'atteindre les objectifs poursuivis, de souligner les succès dans l'atteinte des objectifs et d'améliorer la qualité des pratiques en santé publique (Lichello, 1999).

Finalement, la gestion du système permet de contrôler les multiples changements découlant de la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance. Par le fait même, la TRSP doit faire preuve de méthode, de rigueur et de réalisme tant dans le choix des chantiers à ouvrir que dans l'encadrement de la gestion à mettre en place, car l'envergure du changement découlant de la mise en œuvre du système d'appréciation de la performance sera tributaire d'un investissement en gestion et en ressources. Si l'aspect managérial du système d'appréciation de la performance n'est pas sérieusement pris en compte par la TRSP, même le meilleur des systèmes d'appréciation de la performance demeurera inefficace à court, moyen et long terme.

Conclusion

L'appréciation de la performance demeure un enjeu central pour les administrateurs, les professionnels et intervenants en santé. À preuve, au cours des dernières années, et un peu partout dans le monde, de nombreux systèmes d'appréciation de la performance ont été développés tant au niveau local, national qu'international. Bien que l'exercice soit défini comme complexe, paradoxal et multidimensionnel, il est toujours considéré comme incontournable pour assurer une amélioration continue des services.

Sensibilisés par l'avancement des connaissances et des techniques de mesure, la DSP et les CSSS adhèrent avec confiance à ce mouvement de fond en investissant conjointement dans la planification d'un système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique à Montréal. Ces premiers travaux de planification ont mené à la rédaction et à l'adoption du présent cadre de référence. Le document présente la compréhension actuelle des besoins et des attentes de la DSP et des CSSS en termes de produits attendus. Il n'aborde pas les aspects opérationnels et techniques du déploiement d'un tel exercice. Suite à l'adoption du cadre de référence, la TRSP de Montréal demeure responsable de superviser la seconde phase concernant l'opérationnalisation des variables en indicateurs, la réalisation et l'évaluation de ces différents travaux qui mèneront à l'édification concrète du système d'appréciation de la performance. Elle sera aussi responsable d'assurer une participation continue de la DSP et des CSSS visant ainsi un développement progressif du système d'appréciation de la performance vers un modèle d'analyse encore plus complet que celui proposé dans le présent cadre de référence.

Le cadre de référence vise à maximiser l'utilité et l'impact du déploiement du système d'appréciation de la performance en établissant l'architecture du système. Plus précisément, la rédaction du cadre de référence permet de définir l'objet de l'appréciation, les buts de l'exercice, le mandant et les bénéficiaires ainsi

que le modèle conceptuel à privilégier. Les propositions formulées dans ce document sont adaptées aux valeurs, aux intérêts, aux stratégies et aux priorités de la DSP et des CSSS. Plus précisément, elles insistent sur la reconnaissance du partenariat, le respect des personnes et des milieux, la continuité des interventions, la responsabilité collective, la prise en compte des différences et l'approche globale de santé publique. Finalement, elles demeurent réalistes quant aux contraintes environnementales, légales et organisationnelles relatives au déploiement des interventions locales et régionales.

Dans un contexte de démarche participative et itérative, le déploiement du système d'appréciation de la performance permet plusieurs retombées. Respectant les prémisses d'élaboration du système d'appréciation de la performance et guidé par un modèle d'analyse de la performance, le système permet, premièrement, d'optimiser la prestation et la gestion des services en santé publique ainsi que la prise de décision locale et régionale en permettant l'étude de l'atteinte des résultats, de l'amélioration continue de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience des services, de l'imputabilité et de la reddition de comptes. Deuxièmement, le système permet de développer une vision commune et partagée de ce que devrait être la santé publique tant au niveau régional que local. Troisièmement, le système assure un partage des informations et des connaissances tout en permettant une cohérence entre l'action et le discours. Quatrièmement, de par sa nature formative, participative et évolutive, le système d'appréciation de la performance permet de profiter des acquis scientifiques et pratiques de nos partenaires tout en demeurant ouvert aux améliorations possibles tant au niveau de l'offre de services, des pratiques professionnelles que de la santé et du bien-être de la population montréalaise.

Suite à la consultation des partenaires tenue fin octobre début novembre 2009 et à l'adoption du cadre de référence, la DSP et les CSSS participeront de diverses façons au déploiement du système d'appréciation de la performance du

PAR et des PAL en santé publique de Montréal. À court terme, les partenaires impliqués dans le projet devront poursuivre la planification du système d'appréciation en analysant les indicateurs actuels du tronc commun et en proposant des ajustements à court et à moyen terme afin de bonifier l'étude de la performance du PAR et des PAL. Ces efforts investis par la TRSP et ses sous-comités conduiront à l'élaboration et au déploiement d'un tableau de bord informatisé. Ce dernier inclura, dans un premier temps, les indicateurs actuels du tronc commun (2009-2012). Cependant, tout comme le système d'appréciation de la performance, il évoluera vers un modèle d'appréciation de la performance plus détaillé et complet assurant une meilleure analyse de nos interventions en santé publique à Montréal. De plus, le système

évoluera également en fonction des avancées découlant des travaux de recherche pour lesquels un financement sera demandé aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et qui viseront une adaptation du modèle ÉGIPSS à la mission, aux fonctions et valeurs de la santé publique.

Tout au long des travaux, une collaboration franche et honnête de la DSP et des CSSS sera nécessaire afin que l'exercice déployé corresponde aux réalités et besoins locaux et régionaux. Tant les différents secteurs de la DSP, les CSSS, la TRSP que ses sous-comités seront au cœur de ce grand chantier. Ces efforts permettront de rendre compte de façon rigoureuse et complète de la qualité et des effets des interventions menées en santé publique à Montréal.

Références consultées

- Adair, C. E., Simpson, E., Casebeer, A. L., Birdsell, J. M., Hayden, K. A., and Lewis, S. (2006). Performance measurement in healthcare: part I - concepts and trends from a state of the science review. *Healthc.Policy* 1[4], 85-104.
- Alexander, J. A. and Hearld, L. R. (2009). What can we learn from quality improvement research? A critical review of research methods. *Med.Care Res.Rev.* 66[3], 235-271.
- Andersen, L. B. (2009). What determines the behaviour and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives. *International Review of Administrative Sciences* 75[1], 79-97.
- ANÉIS - Analyse et évaluation des interventions en santé (2008). Apprivoiser la performance dans les organisations de santé. 5[2].
- Aqil, A., Lippeveld, T., and Hozumi, D. (2009). PRISM framework: a paradigm shift for designing, strengthening and evaluating routine health information systems. *Health Policy Plan.* 24[3], 217-228.
- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M., Ten Asbroek, A. H., and Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int.J.Qual.Health Care* 15[5], 377-398.
- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M., ten Asbroek, A. H., and Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement (table 2 - Synopsis of two international frameworks for health system performance). *Int.J.Qual. Health Care* 15[5], 377-398.
- Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., and Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int.J.Qual.Health Care* 18 Suppl 1, 5-13.
- Armstrong, R., Waters, E., Moore, L., Riggs, E., Cuervo, L. G., Lumbiganon, P., and Hawe, P. (2008). Improving the reporting of public health intervention research: advancing TREND and CONSORT. *J.Public Health (Oxf)* 30[1], 103-109.
- Ballantine, J., Brignall, S., and Modell, S. (1998). Performance measurement and management in public health services: a comparison of U.K. and Swedish practice. *Management Accounting Research* 9, 71-94.
- Banta, H. D. and de Wit, G. A. (2008). Public health services and cost-effectiveness analysis. *Annu.Rev.Public Health* 29, 383-397.
- Barber, R., Dyball, S., Cooper, P., and Yoon, J. (2009). Overcoming perverse outcomes of measurement: Using a Paradigm of « Work to Role ».
- Bareil, C. (2008). Démystifier la résistance au changement: questions, constats et implications sur l'expérience du changement. 14, 89-106.
- Beaulieu, J. and Scutchfield, F. D. (2002). Assessment of validity of the national public health performance standards: the local public health performance assessment instrument. *Public Health Reports* 117, 28-36.

- Beaulieu, J., Scutchfield, F. D., and Kelly, A. V. (2003). Content and criterion validity evaluation of National Public Health Performance Standards measurement instruments. *Public Health Rep.* 118[6], 508-517.
- Bernroider, E. W. N., Hampel, A., and Sumper, A. F. (2003). An application of the Balanced Scorecard as a Strategic IT-Controlling Instrument for E-Business Development.
- Boland, T. and Fowler, A. (2000). A system perspective of performance management in public sector organisations. *The International Journal of Public Senior Management* 13[5], 417-446.
- Bourque, M. and Leruste, G. (2009). De la Commission Castonguay au Groupe de travail Castonguay : le parcours de l'idée de privatisation.
- Breton, M., Levesque, J. F., Pineault, R., Lamothe, L., and Denis, J. L. (2009). Integrating Public Health into Local Healthcare Governance in Quebec: Challenges in Combining Population and Organization Perspectives. *Healthc.Policy* 4[3], e159-e178.
- Brignall, S. and Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the « new public sector ». *Management Accounting Research* 11, 281-306.
- Brzwn, A. D., Bhimani, H., and Macleod, H. (2005). Making performance reports work. *Healthc. Pap.* 6[2], 8-22.
- Brown, A. D., Phil, D., Pink, G. H., and Champagne, F. (2005). L'établissement d'un système de mesure de la performance des services de santé: Leçons tirées de la performance de rapports sur les hôpitaux en Ontario, au Canada. 2.
- Buetow, S. A. (2004). New Zealand Maori quality improvement in health care: lessons from an ideal type. *Int.J.Qual.Health Care* 16[5], 417-422.
- Busse, R., Nimptsch, U., and Mansky, T. (2009). Measuring, monitoring, and managing quality in Germany's hospitals. *Health Aff.(Millwood.)* 28[2], w294-w304.
- Champagne, F. and Contandriopoulos, A.-P. (2009). Éléments d'architecture des systèmes d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé - Chapitre 8. Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., and Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). 1-120. Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé - Secteur santé publique - Faculté de médecine.
- Chaudhuri, N., Brossart, B., Lewis, S., and White, G. (2005). Extreme makeover: can we achieve rapid improvement in Canada's healthcare system? *Healthc.Pap.* 6[2], 28-34.
- Clapperton, I. (2009). Pour une implantation d'un système d'appréciation de la performance des interventions préventives en périnatalité et en petite enfance.
- Collerette, P. (2008). Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique. 14, 33-50.
- Colton, D. (1997). The design of evaluations for continuous quality improvement. *Eval.Health Prof.* 20[3], 265-285.
- Contandriopoulos, A.-P., Trottier, L.-H., and Champagne, F. (2008). L'amélioration de la performance: un enjeu central pour les CSSS. 5.

Contandriopoulos, A.-P., Trottier, L.-H., and Champagne, F. (2008). L'amélioration de la performance: un enjeu central pour les CSSS. ANÉIS - Analyse et évaluation des interventions en santé 5[2].

Corso, L. C., Landrum, L. B., Lenaway, D., Brooks, R., and Halverson, P. K. (2007). Building a bridge to accreditation—the role of the National Public Health Performance Standards Program. *J.Public Health Manag.Pract.* 13[4], 374-377.

Counte, M. A. and Meurer, S. (2001). Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations. *Int.J.Qual.Health Care* 13[3], 197-207.

Derosé, S. F., Schuster, M. A., Fielding, J. E., and Asch, S. M. (2002). Public Health Quality Measurement: Concepts and Challenges. *Annual Review of Public Health* 23, 1-21.

Doran, T. (2008). Lessons from Early Experience with Pay for Performance. *Disease Management and Health Outcomes* 16[2], 69-77.

Eddy, D. M. (1998). Performance measurement: problems and solutions. *Health Aff.(Millwood.)* 17[4], 7-25.

Erwin, P. C. (2008). The performance of local health departments: a review of the literature. *J.Public Health Manag.Pract.* 14[2], E9-18.

Erwin, P. C., Hamilton, C. B., Welch, S., and Hinds, B. (2006). The Local Public Health System Assessment of MAPP/The National Public Health Performance Standards Local Tool: a community-based, public health practice and academic collaborative approach to implementation. *J.Public Health Manag.Pract.* 12[6], 528-532.

Fleury, M. J., Denis, J. L., and Sicotte, C. (2003). The role of regional planning and management strategies in the transformation of the healthcare system. *Health Serv.Manage.Res.* 16[1], 56-69.

Freeman, T. (2002). Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Serv.Manage.Res.* 15[2], 126-137.

Freeman, T. (2002). Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research* 15[2], 126-137.

Gagnon, Y.-C. (2008). Les trois leviers stratégiques de la réussite du changement technologique. 14, 73-88.

Gardner, K. L., Sibthorpe, B., and Longstaff, D. (2008). National quality and performance system for Divisions of General Practice: early reflections on a system under development. *Aust.New Zealand.Health Policy* 5, 8.

Gilbert, P. (2008). Transformer, c'est aussi (dés) apprendre. 14, 51-63.

Glickman, S. W., Baggett, K. A., Krubert, C. G., Peterson, E. D., and Schulman, K. A. (2007). Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *Int.J.Qual.Health Care* 19[6], 341-348.

Gosselin, R. (2001). À petits pas...de la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Rochon. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 8[1], 78-87.

Gravelle, H., Smith, P., and Xavier, A. (2003). Performance signals in the public sector: the case of health care. *Oxford Economic Papers* 55, 81-103.

- Green, L. W. (2006). Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? *Am.J.Public Health* 96[3], 406-409.
- Green, L. W. (2006). Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? *Am.J.Public Health* 96[3], 406-409.
- Grignon, M. (2004). Les comparaisons internationales des systèmes de santé: apports et difficultés des classements de performance. *Chronique Internationale de l'IRES* 91, 151-160.
- Halachmi, A. (2002). Performance Measurement, Accountability, and Improved Performance. 370-374. M.E. Sharpe.
- Handler, A., Issel, M., and Turnock, B. (2001). A conceptual framework to measure performance of the public health system. *Am.J.Public Health* 91[8], 1235-1239.
- Handler, A., Issel, M., and Turnock, B. (2001). A conceptual framework to measure performance of the public health system. *Am.J.Public Health* 91[8], 1235-1239.
- Hermann, R. C., Chan, J. A., Zazzali, J. L., and Lerner, D. (2006). Aligning measurement-based quality improvement with implementation of evidence-based practices. *Adm Policy Ment.Health* 33[6], 636-645.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., and Tusler, M. (2003). Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff.(Millwood.)* 22[2], 84-94.
- Hoffman, P. Perry F. and Davidson, R. (2006). Review of Management Mistakes in Healthcare. *Public Health* 120, 91-92.
- Hurst, J. (2002). Mesure et amélioration de la performance dans les systèmes de santé de l'OCDE: aperçu des enjeux et des défis. [2], 39-172.
- Hurst, J. and Jee-Hughes, M. (2000). Performance measurement and performance management in OECD health systems.
- Jackson, T. (2005). Why performance indicators have a place in health policy. *Healthc.Pap.* 6[2], 35-39.
- Jacob, R., Rondeau, A., and Normandin, F. (2008). La gestion du changement stratégique dans les organisations des secteurs publics et parapublic: le point des praticiens. 14, 107-115.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard—measures that drive performance. *Harv.Bus.Rev.* 70[1], 71-79.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard—measures that drive performance. *Harv.Bus.Rev.* 70[1], 71-79.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (1996). Linking the Balanced Scorecard to Strategy. *California Management Review* 39[1], 53-79.
- Kelley, E. and Hurst, J. (2006). Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers No.23 23, 1-36. OECD Publishing.
- Kelly, M. P., Stewart, E., Morgan, A., Killoran, A., Fischer, A., Threlfall, A., and Bonnefoy, J. (2009). A conceptual framework for public health: NICE's emerging approach. *Public Health* 123[1], e14-e20.

- Klazinga, N. (2005). About context and systems. *Healthc.Pap.* 6[2], 68-73.
- Kosseim, M. and Roy, D. (2005). Renouveler la gouvernance régionale. 2.
- Lafortune, L., Farand, L., Mondou, I., Sicotte, C., and Battista, R. (2008). Assessing the performance of health technology assessment organizations: a framework. *Int.J.Technol.Assess. Health Care* 24[1], 76-86.
- Landrum, L. B. and Baker, S. L. (2004). Managing complex systems: performance management in public health. *J.Public Health Manag.Pract.* 10[1], 13-18.
- Landrum, L. B., Bassler, E. J., Polyak, G., Edgar, M., Giangreco, C., and Dopkeen, J. C. (2007). Local public health certification and accreditation in Illinois: blending the old and the new. *J.Public Health Manag.Pract.* 13[4], 415-421.
- Langley, A. and Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel. 13-32.
- Lavallée, J. (3-9-2009). Performance et productivité: présentation de madame Patricia Carris du MSSS.
- Lemyre, D. and Despatis, F. (2009). L'Organisation apprenante démystifiée.
- Lichiello, P. and Turnock, B. J. (2009). Guidebook for performance measurement.
- Linnan, L. and Steckler, A. (2009). Process evaluation for public health: Interventions and Research. [1], 1-23.
- Loeb, J. M. (2004). The current state of performance measurement in health care. *Int.J.Qual. Health Care* 16 Suppl 1, i5-i9.
- Lorden, A., Coustasse, A., and Singh, K. P. (2008). The balanced scorecard framework-a case study of patient and employee satisfaction: what happens when it does not work as planned? *Health Care Manage.Rev.* 33[2], 145-155.
- Lubetkin, E. I., Sofaer, S., Gold, M. R., Berger, M. L., Murray, J. F., and Teutsch, S. M. (2003). Aligning quality for populations and patients: do we know which way to go? *Am.J.Public Health* 93[3], 406-411.
- Madden, R. (2009). Measuring Population Health: an Australian Perspective.
- Mark, M. M. and Pines, E. (1995). Implications of Continuous Quality Improvement for Program Evaluation and Evaluators. *Evaluation Practice* 16[2], 131-139. JAI Press Inc.
- Marshall, M. N. and Davies, H. T. O. (2000). Performance Measurement and Management of Healthcare Professionals. *Disease Management and Health Outcomes* 7[6], 305-314.
- Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Davies, H. T., and Smith, P. C. (2003). Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Aff.(Millwood.)* 22[3], 134-148.
- Mauer, B. J., Mason, M., and Brown, B. (2004). Application of quality measurement and performance standards to public health systems: Washington State's approach. *J.Public Health Manag.Pract.* 10[4], 330-337.
- Mauer, B. J., Mason, M., and Brown, B. (2004). Application of quality measurement and performance standards to public health systems: Washington State's approach. *J.Public Health Manag.Pract.* 10[4], 330-337.

- Mays, G. P., McHugh, M. C., Shim, K., Perry, N., Halverson, P. K., Lenaway, D., and Moonesinghe, R. (2004). Identifying dimensions of performance in local public health systems: results from the National Public Health Performance Standards Program. *J.Public Health Manag.Pract.* 10[3], 193-203.
- Mays, G. P., McHugh, M. C., Shim, K., Perry, N., Lenaway, D., Halverson, P. K., and Moonesinghe, R. (2006). Institutional and economic determinants of public health system performance. *Am.J.Public Health* 96[3], 523-531.
- Mays, G. P., Smith, S. A., Ingram, R. C., Racster, L. J., Lamberth, C. D., and Lovely, E. S. (2009). Public health delivery systems: evidence, uncertainty, and emerging research needs. *Am.J.Prev.Med.* 36[3], 256-265.
- McCann, D. (2008). La gestion de la performance, un outil de changement organisationnel ou le changement organisationnel un outil pour la gestion de la performance.
- McCann, D. (2009). La gestion de la performance, un outil de changement organisationnel ou le changement organisationnel un outil pour la gestion de la performance. *ANÉIS - Analyse et évaluation des interventions en santé* 5[2].
- McGlynn, E. A. (1997). Six challenges in measuring the quality of health care. *Health Aff. (Millwood.)* 16[3], 7-21.
- McLoughlin, V., Leatherman, S., Fletcher, M., and Owen, J. W. (2001). Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *Int.J.Qual.Health Care* 13[6], 455-462.
- Mention, A.-L., Rousseau, A., and Bernacconi, J.-C. (2009). Performance et technologies de l'information: proposition d'un cadre d'analyse multidimensionnel. *COMPETIC (Compétitivité et dynamique d'innovation par les TIC)*.
- Miller, C. A., Moore, K. S., and Richards, T. B. (1994). A proposed method for assessing the performance of local public health functions and practices. *American Journal of Public Health* 84[11], 1743-1749.
- Minkman, M., Ahaus, K., and Huijsman, R. (2007). Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *Int.J.Qual. Health Care* 19[2], 90-104.
- Molleman, B. (2009). The challenge of implementing the Balanced Scorecard.
- Morris, K. and Zelmer, J. (2005). Public Reporting of Performance Measures in Health Care. 1-26. Canadian Policy Research Networks.
- Mullen, P. M. (2004). Using performance indicators to improve performance. *Health Services Management Research* 17[4], 217-228.
- Murray, C. J. and Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bull.World Health Organ* 78[6], 717-731.
- Murray, C. J. L. and Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 78[6], 717-731.
- Needham, D. M., Sinopoli, D. J., Dinglas, V. D., Berenholtz, S. M., Korupolu, R., Watson, S. R., Lubomski, L., Goeschel, C., and Pronovost, P. J. (2009). Improving data quality control in quality improvement projects. *Int.J.Qual.Health Care* 21[2], 145-150.

- Neumann, P. J., Jacobson, P. D., and Palmer, J. A. (2008). Measuring the value of public health systems : the disconnect between health economists and public health practitioners. *Am.J.Public Health* 98[12], 2173-2180.
- NHS (2009). Operating Framework 2009-2010 High Quality Care for All. 1-9.
- NHS (2009). Performance Framework 2009-2010. 1-8.
- Norreklit, H. (2000). The balance on the balanced scorecard a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research* 11[1].
- Okma, K. G. H. (2009). Les promesses et les échecs des indicateurs de performance dans la santé publique.
- Paquette, D. and Reinharz, D. (2009). Le renforcement de l'interface entre les services de santé publique et de première ligne: enjeux et pistes de solutions. Reinforcement of the Interface between Public Health Services and Primary Care: Issues and Solution Ideas. *Healthcare Policy* 4[4], e185-e196.
- Park, E. J. and Huber, D. L. (2007). Balanced scorecards for performance management. *J.Nurs.Adm* 37[1], 14-20.
- Pernelle, S. (2008). Gestion et performance? Une relation hologrammatique? ANÉIS - Analyse et évaluation des interventions en santé 5[2].
- Persaud, D. D. and Nestman, L. (2006). The utilization of systematic outcome mapping to improve performance management in health care. *Health Serv.Manage.Res.* 19[4], 264-276.
- Pichault, F. (2008). La question de la cohérence dans les projets de réforme des services publics basés sur la gestion des ressources humaines. 14, 64-72.
- Powell, A. E., Davies, H. T., and Thomson, R. G. (2003). Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual.Saf Health Care* 12[2], 122-128.
- Pratchett, L., Durose, C., Lowndes, V., Smith, G., Stoker, G., and Wales, C. (2009). Empowering communities to influence local decision making: Evidence-based lessons for policy makers and practitioners. 1-36. UK, Communities and Local Government Publications.
- Public Health Accreditation: Progress on National Accountability. *Annual Review of Public Health* (2009). 29.
- Rexe, K., Vigneault, S., and Thornhill, J. (2008). Public reporting: one piece of the quality improvement puzzle. *Healthc.Q.* 11[1], 18-19.
- Robinowitz, D. L. and Dudley, R. A. (2006). Public reporting of provider performance: can its impact be made greater? *Annu.Rev.Public Health* 27, 517-536.
- Rondeau, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement: leçons pour la mise en oeuvre de changements complexes. 14, 1-12.
- Roper, W. L. and Mays, G. P. (2000). Performance measurement in public health: conceptual and methodological issues in building the science base. *J.Public Health Manag.Pract.* 6[5], 66-77.
- Saunders, P., Mathers, J., Parry, J., and Stevens, A. (2001). Identifying « non-medical » datasets to monitor community health and well-being. *Journal of Public Health Medicine* 23[2], 103-108.

- Savoie, A. and Morin, E. M. (2004). *Qualité de vie au travail et nouvelles formes d'organisations du travail*. HEC Montréal.
- Schalm, C. (2008). Implementing a balanced scorecard as a strategic management tool in a long-term care organization. *J.Health Serv.Res.Policy* 13 Suppl 1, 8-14.
- Scutchfield, F. D. and Keck, C. W. (2003). *Principles of Public Health Practice*. Scutchfield, F. D. and Keck, C. W. 2e, 1-535. Kentucky, Thomson Delmar Learning.
- Scutchfield, F. D., Bhandari, M. W., Lawhorn, N. A., Lamberth, C. D., and Ingram, R. C. (2009). Public health performance. *Am.J.Prev.Med.* 36[3], 266-272.
- Scutchfield, F. D., Marks, J. S., Perez, D. J., and Mays, G. P. (2007). Public health services and systems research. *Am.J.Prev.Med.* 33[2], 169-171.
- Shortell, S. M., Levin, D. Z., O'Brien, J. L., and Hughes, E. F. X. (1995). Assessing the evidence on CQI: Is the glass half empty or half full? *Hospital & Health Services Administration* 40[1], 4-24.
- Sicotte, C. (2006). Comment donner du sens à un système de santé complexe? Reddition de comptes et systèmes d'information. *GRIS - Santé publique* chapitre 18, 301-316.
- Smee, C. H. (2002). Improving value for money in the United Kingdom National Health Service: performance measurement and improvement in a centralized system. Performance measurement and performance management from the perspective of various actors: a review of experiences in selected countries - Part II. [3], 57-85.
- Smith, P. C., Mossialos, E., and Papanicolas, I. (2008). Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé: expériences, défis et perspectives.
- Smits, P. A., Champagne, F., Contandriopoulos, D., Sicotte, C., and Preval, J. (2008). Conceptualizing performance in accreditation. *Int.J.Qual.Health Care* 20[1], 47-52.
- Solberg, L. I., Elward, K. S., Phillips, W. R., Gill, J. M., Swanson, G., Main, D. S., Yawn, B. P., Mold, J. W., and Phillips, R. L., Jr. (2009). How can primary care cross the quality chasm? *Ann.Fam. Med.* 7[2], 164-169.
- Solberg, L. I., Mosser, G., and McDonald, S. (1997). The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research. *Jt.Comm J.Qual.Improv.* 23[3], 135-147.
- Sorian, R. (2006). Measuring, reporting, and rewarding performance in health care. 1-12.
- Sullivan, T. (2005). La gestion de la performance au niveau régional: limites et possibilités.
- Taubenhaus, L. J., HAMLIN, R. H., and WOOD, R. C. (1957). Performance reporting and program budgeting: tools for program evaluation. *Am.J.Public Health Nations.Health* 47[4 Pt 1], 432-438.
- Tawfik-Shukor, A. R., Klazinga, N. S., and Arah, O. A. (2007). Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada. *BMC.Health Serv.Res.* 7, 25.
- Ten Asbroek, A. H., Arah, O. A., Geelhoed, J., Custers, T., Delnoij, D. M., and Klazinga, N. S. (2004). Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *Int.J.Qual.Health Care* 16 Suppl 1, i65-i71.
- The NHS Performance Framework: Implementation guidance. (2009). 1-20. DH Department of Health.

Tremblay, D.-G. and Audebrand, L. (2003). Productivité et performance : enjeux et défis dans l'économie du savoir.

Turnock, B. J. (2000). Can public health performance standards improve the quality of public health practice? *J.Public Health Manag.Pract.* 6[5], 19-25.

Turnock, B. J. and Handler, A. S. (1997). From measuring to improving public health practice. *Annu.Rev.Public Health* 18, 261-282.

Van Bokhoven, M. A., Kok, G., and van der, Weijden T. (2003). Designing a quality improvement intervention: a systematic approach. *Qual.Saf Health Care* 12[3], 215-220.

Wallace, J., Teare, G. F., Verrall, T., and Chan, B. T. B. (2007). Public Reporting on the Quality of Healthcare: Emerging Evidence on Promising Practices for Effective Reporting. i-iii. Canadian Health Services Research Foundation.

Walter, I., Davies, H., and Nutley, S. (2003). Increasing research impact through partnerships: evidence from outside health care. *J.Health Serv.Res.Policy* 8 Suppl 2, 58-61.

Weir, E., d'Entremont, N., Stalker, S., Kurji, K., and Robinson, V. (2009). Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions. *BMC. Public Health* 9, 127.

Weir, E., d'Entremont, N., Stalker, S., Kurji, K., and Robinson, V. (2009). Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions. *BMC. Public Health* 9, 127.

Wicks, A. M. and St Clair, L. (2007). Competing values in healthcare: balancing the (un)balanced scorecard. *J.Healthc.Manag.* 52[5], 309-323.

Annexe 1 : Tournée de consultation : provenance des personnes rencontrées et sommaire des commentaires recueillis

PÉRIODE COUVERTE: 20 octobre au 3 novembre 2009

PARTICIPANTS REJOINTS: 65 personnes, selon cette distribution :

- **CSSS : 36 participants**
 - Directeur local en santé publique : 7 (dont 1 par écrit)
 - Conseiller en santé publique : 10
 - Gestionnaires de Programmes/services : 7
 - Gestionnaires du secteur Finances : 2
 - Gestionnaires du secteur Qualité/Performance : 4
 - Professionnels du secteur Archives : 2
 - Gestionnaire de direction conseil (DSM) : 1
 - Autres professionnels : 3
- **DSP : 29 participants**
 - BSD : 1
 - TPFC : 6
 - ÉMES : 2
 - SAT : 1
 - Vigie/Protection : 3
 - EUS : 3
 - SPMC : 2
 - Enseignement/recherche : 3
 - Administration : 1
 - BAMD : 1
 - Secteur non identifié : 2
 - Conseiller à la planification auprès des CSSS : 4
- Parmi ces participants, répartition selon leur participation aux sous-groupes de la TRSP :
 - TPFC : 4
 - ÉMES : 8
 - SAT : 1
 - Vigie/Protection (3): 0
 - DD : 4
 - SPMC : 5

CONSTATS

- Représentation intéressante au sein des CSSS (directions de services, de soutien et conseil) et variée parmi les secteurs de la DSP.
- Défi pour la mobilisation attendue au sein des sous-groupes de la TRSP.

- **Commentaires généraux :**
 - Adhésion unanime à la démarche de développement d'un système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique (le « timing » est bon pour déborder des indicateurs de productivité) ;
 - Importance d'avoir aussi une compréhension commune des concepts en santé publique;
 - Mot « performance » rebutant pour les professionnels, souvent associé à des mesures de contrôle. Piste : faire lien avec la notion de « qualité » ;
 - Importance de partir d'où on est, de reconnaître ce qu'on fait déjà ;
 - Nécessité de tenir compte des travaux de l'AQESSS, de faire lien avec les normes d'Agrément et du Réseau montréalais des CSSS et hôpitaux promoteurs de la santé (HPS) ainsi que des travaux en performance de l'Agence ;
 - La démarche d'AP en cours est utile pour en arriver à mieux comprendre et à améliorer l'offre de services en santé publique, ce qui pourra ainsi augmenter sa crédibilité ;
 - Les décisions en terme de processus d'opérationnalisation du système proposé et de choix d'indicateurs devront tenir compte des spécificités locales.
- **À conserver :**
 - Modèle selon ces quatre dimensions ;
 - Pertinence de proposer un modèle déclinant des volets ayant le potentiel d'évaluer la contribution dans le développement des communautés et l'innovation dans les programmes de santé publique.
- **À modifier :**
 - Nécessité de simplifier le niveau de langage du document pour atteindre l'objectif de mobiliser les gestionnaires et les équipes « terrain » (trop académique, besoin d'être vulgarisé) ;
 - Réduire la densité du cadre de référence ;
 - Besoin de définir la notion de « performance » de façon moins hermétique (section 4.4, p. 31) ;
 - Importance d'ajouter des exemples concrets en santé publique pour illustrer les différences dimensions du modèle proposé ;
 - Réduire l'argumentaire de justification du modèle choisi.
- **Défis à considérer pour la suite de la démarche :**
 - Importance d'assurer une cohérence (entre les secteurs de la DSP, entre la DSP et les CSSS, à l'interne des CSSS) et un arrimage (SP vs Finances/Qualité/Archives, TRSP vs sous-groupes) dans la démarche d'opérationnalisation du système d'AP ;
 - Mobilisation des CSSS à l'interne : quelles sont les meilleures stratégies ? ;
 - Opérationnalisation du système d'AP : face à la lourdeur appréhendée, pertinence de procéder par projets-pilote ? ;
 - Systèmes d'information (ex : I-CLSC) : indispensables à la collecte et à l'analyse des données nécessaires à la mesure de la performance; comment s'assurer de leur fiabilité? de la disponibilité de données récentes? de la rigueur dans la collecte ? ;
 - Implication des partenaires (communautaires, scolaires, municipaux, etc.) : quand ? comment ? Importance de s'entendre sur des buts communs ;
 - Pauvreté des ressources locales en santé publique : peut ralentir la participation attendue dans une démarche de collaboration ;
 - Composition des sous-groupes de la TRSP pour l'opérationnalisation du système d'AP : comment assurer leur contribution efficace dans un contexte d'hétérogénéité et d'instabilité des participants ?

Annexe 2 : Sélection de quelques définitions retenues lors de la recension des écrits sur l'étude de la performance

Dans les domaines du management et de la gestion

La performance est une combinaison de trois mesures : l'économie, l'efficacité et l'efficacité
(Flynn, 1997; Rouse, 1999; Carter et coll., 1995
cité de Boland et al., 2000)

Une organisation performante remplit sa mission, en s'adaptant à l'environnement et en profitant de ce qu'il a à offrir, à produire des résultats de qualité correspondant aux besoins des clients et répondant aux objectifs de l'organisation, de le faire de façon efficiente en produisant les résultats escomptés au meilleur coût, tout en respectant les conditions organisationnelles reliées à l'utilisation optimale des ressources et à la qualité du processus.

(Voyer, 1999)

La performance correspond à une mobilisation des ressources allouées à la mise en place de moyens permettant d'atteindre des résultats conformes aux objectifs poursuivis.

(Cadiou, 2007)

Dans les domaines de la santé et des services sociaux

La performance est un exercice visant à obtenir les meilleurs résultats possible compte tenu des ressources disponibles.

(OMS, 2000)

La performance correspond à une mesure par laquelle les soins sont prodigués de la bonne manière, étant donné l'état des connaissances, pour obtenir les résultats désirés ou prévus pour la santé du patient.

(Joint Commission of Healthcare Organisation, 2003)

La performance vise l'atteinte des résultats des soins fixés par le NHS tout en offrant une prestation efficace et appropriée des soins de santé, un accès équitable et conforme aux normes convenues.

(NHS Performance Assessment Framework, 1997)

Un système de santé publique est performant lorsqu'il atteint sa mission

(États-Unis, 2001)

Une organisation de soins performante se définit par sa capacité 1) à réaliser sa mission, à acquérir et contrôler des ressources, à produire des services de qualité avec productivité et à maintenir et développer des valeurs communes et 2) à établir et à maintenir une tension dynamique entre la réalisation de ces quatre fonctions.

(Contandriopoulos, 2007)

La performance est un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'organisation. On peut inférer ces qualités de la manière dont une organisation accomplit ses fonctions (perspective normative) et de la nature de l'équilibre entre les fonctions de l'organisation (perspective configurationnelle)

(Sicotte, Champagne et Contandriopoulos et al., 1998).

Être performant est d'atteindre ses buts et ses objectifs de manière efficace et dans le respect des règles et des valeurs qui animent nos actions.

(Commissaire à la santé et au bien-être, 2009)

Annexe 3 : Étude de la raison d'être d'un système d'appréciation de la performance en santé publique

Au cours des dernières années, la performance des services publics est devenue un enjeu central de l'administration publique. L'étude de la performance est largement répandue dans plusieurs pays et à différents domaines d'activité. La santé publique ne fait pas exception à la règle. De multiples travaux sont en cours de réalisation dans plusieurs pays afin de préciser, entre autres, le concept, les modèles conceptuels et la mesure adéquate de la performance organisationnelle. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet engouement pour l'étude de la performance en santé publique. Le présent essai documente trois groupes de facteurs qui pourraient légitimer le développement d'un système d'appréciation de la performance à la DSP de Montréal.

3.1 Grands mouvements de fond qui touchent l'administration publique

Le premier groupe de facteurs concerne les grands mouvements de fond qui touchent l'administration publique. Parmi ces facteurs, mentionnons, tout d'abord, la globalisation et la mondialisation des marchés. Au Québec, comme ailleurs, cette idéologie influence, sans conteste, l'administration de la santé publique. Par exemple, les publications et les diffusions de résultats des différents états exercent une pression sur les administrations publiques pour qu'elles mesurent, étudient et comparent leurs situations, leurs pratiques ainsi que leurs résultats. La mondialisation des marchés financiers peut aussi expliquer l'intérêt actuellement manifesté pour l'étude de la performance. Cette dernière exerce de multiples pressions sur les pays occidentaux pour qu'ils réduisent leurs dépenses publiques tout en offrant des services de bonne qualité. Associés aux demandes accrues de la population d'être mieux informée des résultats de

l'administration publique, aux développements des technologies et des connaissances, ces deux premiers facteurs conduisent à une demande plus grande d'imputabilité et de reddition de comptes (Halachmi, 2002; Brown, 2005; Morris et Zelmer, 2005). La prolifération des exercices d'imputabilité et de reddition de comptes s'inscrit aussi dans le cadre des dernières réformes managériales associées au nouveau management public. Selon Sicotte (2007 :302), le nouveau management public cherche à améliorer la gestion et la productivité des services publics par l'introduction de modèles de gestion empruntés au secteur privé (Ferlie et coll., 1996). Plus précisément, ce courant de pensée accorde une place prédominante à l'atteinte des résultats et à la satisfaction des usagers (Beauregard et Dumas, 2004).

3.2 Le cadre légal qui guide les interventions en santé publique

Un deuxième groupe de facteurs peut expliquer l'intérêt manifesté pour l'étude de la performance en santé publique. Ce groupe concerne l'ensemble des règles qui encadrent la planification et l'administration des interventions en santé publique. Ces règles constituent le cadre légal en santé publique. Ce dernier a, au cours des dernières années, connu différentes modifications qui ont bouleversé les grands principes d'organisation, de gouverne et de régulation de l'administration publique. La présente analyse se concentre sur les lois qui influencent le plus notre gouverne en santé publique (Loi sur l'administration publique, Loi du vérificateur général, Loi de la santé et des services sociaux, Loi de la santé publique et la Loi sur la santé et la sécurité au travail) ainsi que sur les changements reliés directement à l'étude de la performance.

Loi sur l'administration publique

En 1998, la Loi sur l'administration publique (L.R.Q., chapitre A-6.01) a initié les premiers ajustements législatifs, administratifs et politiques. Plus précisément, la réforme de la loi incite l'administration gouvernementale à accorder plus de place aux résultats, à la qualité des services aux citoyens et à la transparence. En reconnaissant le rôle des parlementaires à l'égard de l'action gouvernementale, la Loi sur l'administration publique demande aux organisations de rédiger un cadre de gestion. Selon l'article 2 de la loi, ce cadre doit concourir, entre autres, (1) à l'atteinte de résultats en fonction d'objectifs préalablement établis, (2) à une reddition de comptes qui porte sur la performance dans l'atteinte des résultats et (3) à une utilisation optimale des ressources de l'administration. La loi oblige aussi chaque ministère et organisme à établir un plan stratégique dans lequel, entre autres, seront choisis des indicateurs de performance utilisés pour la mesure de l'atteinte des résultats (L.R.Q., chapitre A-6.01 : article 9). Selon l'article 13 de cette loi, il est aussi proposé, mais non exigé, de rédiger une convention de performance et d'imputabilité contenant : (1) une définition de la mission et les orientations stratégiques, (2) un plan d'action annuel décrivant les objectifs, les moyens pris pour les atteindre, les ressources disponibles, (3) les principaux indicateurs qui permettront de rendre compte des résultats et (4) un engagement à produire, à la fin de chaque année, un rapport de gestion sur l'atteinte des résultats et, dans la mesure du possible, la comparaison de ces résultats avec ceux d'organismes semblables.

Loi sur le vérificateur général

La Loi sur le vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01) témoigne aussi de ce nouvel intérêt pour la reddition de comptes. En effet, selon la loi, le mandat du vérificateur général du Québec compte maintenant trois types de vérification : (1) le contrôle des états financiers et l'attestation de leur fiabilité, (2) l'étude de conformité des dépenses réalisées conformément aux lois, règlements et directives en vigueur et (3) l'optimisation des ressources (Sicotte, 2007 : 302). Ce dernier type de vérification a pour objet l'examen de l'emploi des ressources sous l'angle

de l'économie, de l'efficacité et de l'efficacité (Beauregard et Dumas, 2004). Cette dernière vérification caractérise fortement le discours actuel sur la performance (Sicotte, 2007 : 303).

Loi sur la santé et les services sociaux

Les projets de loi 25 et 83, adoptés respectivement en 2003 et 2005, ont aussi entraîné des changements majeurs dans la gouvernance et dans la structure du système de santé et des services sociaux au Québec. Effectivement, les projets de loi suggèrent la création d'organisations multivocationnelles et multifonctionnelles dans l'espoir d'améliorer l'accessibilité, la qualité des services et l'utilisation des ressources (Sicotte, 2007 : 301). Grâce au libellé de la Loi sur la santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), ces organisations sont plus fortement intégrées et en interaction. En bref, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) demeure responsable de la gouvernance au niveau national. Les agences de santé et de services sociaux (ASSS) veillent au respect des orientations et des priorités nationales en matière de santé et de bien-être. Elles sont aussi responsables de l'allocation des ressources aux établissements de leur territoire conformément aux priorités nationales. Conformément à ces fonctions, les agences sont mandatées d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de leur plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de leur gestion en fonction des cibles nationales et régionales. Les informations ainsi recueillies doivent permettre de juger les interventions en fonction des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficacité reconnus (art. 340). Pour leur part, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont responsables d'organiser les services sur le plan local et de fournir l'ensemble des services requis par leur population, soit avec leurs propres ressources, soit par des ententes de service avec les autres établissements.

La loi établit donc un mode d'organisation des ressources destiné à favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux dans le respect des droits des usagers (art. 2). Elle vise à renforcer l'imputabilité entre trois paliers décisionnels du système de soins, à savoir le Ministère de la santé et des services sociaux, les

agences de la santé et des services sociaux et les organisations offrant les soins (Nguyen, Gendron et Bordeleau, 2007 : 318). Selon Sicotte (2007 : 303), l'enjeu principal de cette restructuration est de préconiser une cohérence sur les plans de la gestion et de l'imputabilité. Chaque palier de gestion doit veiller à produire des indicateurs de résultats, en assurer le suivi et créer des systèmes d'information aptes à produire les données requises (Sicotte, 2007 : 303). McCann (2008 : 8) précise que la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) vise l'atteinte d'une plus grande performance du système de la santé et des services sociaux.

Loi sur la santé publique

La pratique de la santé publique est régie par la Loi sur la santé publique (L.R.Q., chapitre S-2.2). Selon le premier article, la loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. Ainsi libellé, l'objet de la loi confère à l'étude de la performance un intérêt particulier. Comme outil d'aide à la décision, elle devient un instrument incontournable pour l'appréciation de la pertinence, des effets, de l'efficacité et de l'efficience des interventions publiques. D'ailleurs, il est mentionné que le programme national de santé publique et les plans d'action régionaux et locaux de santé publique doivent comporter des mécanismes de reddition de comptes et un cadre d'évaluation des résultats qui correspondent, en partie, à un exercice d'appréciation de la performance (L.R.Q., chapitre S-2.2 : art. 16). Plus précisément, les agences doivent, en concertation notamment avec les établissements qui exploitent un CLSC sur leur territoire, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique (L.R.Q., chapitre S-2.2 : art. 11). De leur côté, les établissements de santé et de services sociaux exploitant un CLSC doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique (L.R.Q., chapitre S-2.2 : art. 14). Ces deux derniers articles appuient le développement d'un système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique. Selon la loi, ces travaux doivent permettre de juger régulièrement les

activités, les effets, l'efficacité et l'efficience des interventions menées régionalement et localement.

Loi sur la santé et la sécurité au travail

Une dernière loi encadre la pratique en santé publique. La Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q., chapitre S-2.1) nomme le directeur de santé publique responsable de la mise en application sur le territoire desservi par l'agence du contrat visé dans l'article 109 (L.R.Q., chapitre S-2.1). Selon l'article 109, l'agence s'engage à assurer les services nécessaires à la mise en application des programmes de santé au travail. Par conséquent, le directeur de santé publique doit notamment (...) évaluer les programmes de santé spécifiques aux établissements et faire les recommandations appropriées à la Commission, aux médecins et aux comités de santé et de sécurité concernés (L.R.Q., chapitre S-2.1 : art. 127). Bien que peu définie, cette fonction évaluative peut être assumée par la mise en place d'un système d'appréciation de la performance des interventions.

3.3 Documents administratifs

Les dernières années ont été riches en publications administratives et en études gouvernementales (commissions d'enquête et groupe de travail) afin de documenter les questions touchant la performance du système public de santé. Au niveau national, le rapport Rochon a été le premier à formuler des critiques quant aux processus politico-administratifs en santé. Selon l'auteur, le processus est trop lourd et « engloutit la majeure partie des énergies dans ses fonctions de contrôle et de gestion au détriment de la planification et de l'évaluation ». Il propose donc un recours plus grand à l'imputabilité et à la reddition de comptes (Dubois et Denis, 2001). Quelques années plus tard, est publié le Rapport Arpin (1999) qui propose des valeurs empruntées à l'efficacité, au changement et à la responsabilité. Comme pour le rapport Rochon, mais de façon plus explicite, le rapport Arpin insiste sur l'importance d'assurer une saine gestion du système de santé. Dans la foulée du rapport Arpin, la Commission Clair suggère l'adoption de valeurs d'efficacité, d'efficience, d'équité, d'imputabilité, de performance.

Plus précisément, elle propose l'élaboration de contrats de performance et une formule d'entente contractuelle entre les fournisseurs et demandeurs de services de santé. Il est stipulé que ces documents doivent préciser les résultats à atteindre pour chaque année financière. Selon l'auteur du rapport, seul le passage à une gestion axée sur la performance et la gestion par résultats peut régler les problèmes liés au financement et à l'organisation du système de santé.

Depuis la publication du rapport Castonguay, il est encore plus d'actualité de parler de performance (McCann, 2008 : 8). Comme le rappelle le rapport, partout, le défi consiste à poursuivre l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins, tout en contrôlant la croissance des dépenses publiques de santé (MSSS, 2008 : iii). Les auteurs du rapport recommandent que des changements fondamentaux soient opérés dans la manière de faire circuler l'argent dans le système public de santé, de façon à récompenser la performance et sanctionner l'inefficacité (MSSS, 2008 : 12). Plus précisément, le rapport stipule que :

« Le gouvernement a d'abord un devoir de cohérence. Une fois établie une politique de santé et de bien-être déterminant les priorités des années à venir, le gouvernement aura à définir un panier de services médicalement requis qui soit clair, bien délimité et révisé sur base régulière. Après avoir établi les limites de l'engagement du système public, le gouvernement devra prendre les moyens pour tenir ses promesses. Le gouvernement devra également vérifier la qualité des services dispensés, évaluer la performance du système et mettre en place les incitatifs nécessaires à cet égard. »

Ils mentionnent aussi que :

« La recherche de la performance va avec son évaluation, qui doit tenir compte du caractère complexe de la recherche d'une plus grande efficacité. Il est fondamental de mesurer soigneusement les performances obtenues à l'aide d'indicateurs spécifiques, d'effectuer des évaluations comparatives (...) et de partager les informations obtenues : on sera ainsi en mesure d'identifier les pratiques efficaces et les conditions dans lesquelles les résultats observés ont été atteints (MSSS, 2008 : 45). »

Les auteurs du rapport ajoutent que l'engagement attendu du gestionnaire est d'assurer une organisation efficace et efficiente des soins et qu'au sein de l'État québécois, le Ministère de la santé et des services sociaux doit accepter de laisser l'autonomie aux responsables locaux (MSSS, 2008 : 15).

Ces documents de réflexion ainsi que l'adoption de la Loi sur l'administration publique instaurent un nouveau cadre de gestion axé sur l'atteinte des résultats¹, sur le respect du principe de la transparence et sur une reddition de comptes accrue devant l'Assemblée nationale (Gouvernement de Québec, 2000 : 5). Conformément à la loi, le gouvernement du Québec publie en 2000, le Guide sur la convention de performance et d'imputabilité et sur l'entente de gestion. Le guide tend à informer les différents acteurs quant aux changements préconisés par la loi et à définir les concepts associés aux exercices de formulation de la convention de performance et d'imputabilité et d'entente de gestion. En outre, le guide stipule qu'une :

« (...) convention de performance et d'imputabilité doit contenir les éléments suivants :

1^{re} une définition de la mission et les orientations stratégiques de l'unité administrative et une description des responsabilités du dirigeant de l'unité ;

2^e un plan d'action annuel décrivant les objectifs pour la première année de la convention, les moyens pris pour les atteindre, les ressources disponibles ainsi qu'un engagement à produire annuellement un tel plan ;

3^e les principaux indicateurs qui permettent de rendre compte des résultats atteints ;

4^e un engagement à produire, à la fin de chaque année un rapport de gestion sur l'atteinte des résultats et, dans la mesure du possible, la comparaison de ces résultats avec ceux d'organismes semblables. »

Les analyses publiées au cours des dernières années ont confirmé l'importance de revoir certaines façons de planifier et gérer le système public de santé. La politique de la santé et du

¹ Modèle de gestion basé que des résultats mesurables en fonction de cibles de performance en matière de qualité de services et de productivité (Gouvernement de Québec, 2000 : 22)

bien-être (PSBE), publiée en 1998, s'inscrit dans ce contexte de changement. La politique de la santé et du bien-être est beaucoup plus qu'un simple énoncé. Elle est conçue pour être un guide souple qui évolue en fonction du progrès réalisé, des résultats atteints, des nouveaux problèmes à résoudre et de l'avancement des connaissances (MSSS, 1998 : 5). Par la formulation d'objectifs de résultat, la PSBE inscrit la recherche de l'efficacité au cœur même de toutes les activités du système. Deux instruments sont essentiels pour pouvoir apprécier la contribution du système à l'atteinte des résultats et permettre le choix des moyens les plus efficaces, soit le monitoring et l'évaluation :

« Le monitoring s'appuie sur un ensemble d'indicateurs fiables. Il permet de suivre dans le temps et dans l'espace l'évolution de la situation eu égard aux buts recherchés, par exemple la réduction d'un problème, son évolution chez certains groupes, la répartition équitable des ressources humaines, matérielles et financières. Ces indicateurs attirent l'attention sur des résultats inadéquats pouvant justifier une intervention correctrice. Les systèmes d'information « clientèle » et « population », et les données d'enquête sur l'état de santé et de bien-être de la population représentent ici des éléments essentiels.

L'évaluation vise à porter un jugement sur la pertinence, l'efficacité, l'efficacé, la qualité et l'impact de l'ensemble des interventions dans le système. Elle permet de repérer la pertinence des interventions pour atteindre les résultats recherchés auprès d'une clientèle donnée. L'évaluation permet enfin de redessiner l'organisation et le fonctionnement des ressources en fonction d'une clientèle ou d'un problème particulier, pour en améliorer la performance (MSSS, 1998 : 179). »

Dans la même lignée, le Ministère de la santé et des services sociaux publie en 2008 la mise à jour de son Programme national de santé publique 2003-2012. Cette politique est instituée par la Loi sur la santé publique adoptée en 2001. Avec cette mise à jour, le Programme national de santé publique permet de structurer et d'organiser les interventions aux trois paliers. À chacun des trois paliers d'interventions, les acteurs de santé publique sont responsables de (1) faire connaître aux acteurs touchés par la prévention

les orientations en santé publique et les avances en matière de prévention, (2) soutenir les décideurs par un transfert de connaissances tant au regard de l'état de santé des populations que relativement aux interventions efficaces pour améliorer la santé, (3) mettre à profit et faire évoluer les processus structurants pour la mise en œuvre, tels que les planifications, l'allocation des ressources et la reddition de comptes et (4) créer des alliances, notamment entre décideurs, et entretenir les partenariats pour l'élaboration et le suivi des projets menés en action intersectorielle et en développement des communautés (MSSS, 2008 : 81).

En réponse à cette politique, la DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal travaille actuellement en partenariat avec les CSSS. Ces programmes guideront, sans conteste, la planification et le déploiement du système d'appréciation de la performance.

En bref...

L'étude de la performance est devenue un enjeu central pour les administrateurs et les experts en santé publique. Trois groupes de facteurs expliquent l'engouement actuel pour la planification et la gestion d'un système d'appréciation de la performance. Le premier groupe de facteurs concerne les grands mouvements de fond qui touchent l'administration publique (la globalisation, la mondialisation des marchés, les demandes accrues de la population d'être mieux informée des résultats de l'administration publique, le développement des technologies et des connaissances). Ces idéologies et façons de faire encouragent la prolifération des exercices d'imputabilité et de reddition de comptes visant l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

Le deuxième groupe de facteurs concerne les orientations administratives et politiques données à l'ensemble des règles qui encadrent la planification et l'administration des interventions en santé publique (Loi sur l'administration publique, Loi du vérificateur général, Loi de la santé et des services sociaux, Loi de la santé publique et la Loi sur la santé et la sécurité au travail). La mise à jour et l'adoption de ces lois conduisent les décideurs publics à concevoir

autrement la gouvernance et la gestion du système public de santé. En accordant plus de place aux résultats, à la qualité des services aux citoyens, à la transparence et au rôle des parlementaires à l'égard de l'action gouvernementale, elles proposent de nouveaux outils d'aide à la prise de décision axés sur l'économie, de l'efficience et de l'efficacité. Elles préconisent aussi une amélioration continue de l'accessibilité, de la qualité des services et de l'utilisation des ressources en santé publique tout en renforçant l'imputabilité entre les trois paliers décisionnels du système public de santé (ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences de la santé et des services sociaux et les organisations offrant les soins.

Le troisième groupe de facteurs se rapporte aux réflexions présentées dans divers documents administratifs, enquêtes publiques et rapport de groupes de travail mandatés par le gouvernement. Ces réflexions ont pavé la voie aux questions touchant la performance du système public de santé. Elles suggèrent un recours plus grand à l'imputabilité et à la reddition de comptes. Elles font référence à des valeurs empruntées à la performance, aux changements et à la responsabilité.

Ces différents facteurs expliquent la demande de plus en plus pressante que ressentent les gestionnaires de la santé et des services sociaux d'accroître la qualité des services offerts et la performance de leurs organisations. Le TRSP est convaincue que l'élaboration et la gestion d'un système d'appréciation de la performance permettront de répondre adéquatement à ces besoins.

Annexe 4 : Tronc commun révisé DSP-CSSS 2009-2012

1. Des enfants qui naissent et se développent en santé

Principaux éléments à mettre en œuvre

Problématique	Résultats intermédiaires visés	Universels	Programmes et actions	Indicateurs de mise en œuvre prioritaires
Prématurité, retard de croissance, anomalies congénitales évitables (Ex. : anomalies du tube neural)	- Prendre en charge la femme enceinte à partir de la 12^e semaine de grossesse - Augmenter l'accès aux services préventifs adaptés à la femme enceinte ou spécifiques à sa situation de grossesse	Assurer un suivi et un soutien au cours de la période postnatale (période de fragilité du nourrisson et cruciale pour l'allaitement et l'attachement)	- Offre de service en prénatal en lien avec la politique de périnatalité - Offre de pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues pour la femme enceinte (prise d'acide folique, dépistage/counseling/références si tabac, alcool, etc.)	- N^{bre} de femmes enceintes ayant reçu de l'information prénatale - Proportion des avis de grossesse transmis au CSSS (après implantation de la politique de périnatalité) - Délai du 1^{er} contact du CSSS auprès de la femme enceinte (après implantation de l'avis de grossesse)
Morbidité et mortalité évitables (sous-alimentation, syndrome de mort subite, bébé secoué, asthme, hépatite B et autres maladies infectieuses)	Assurer un suivi et un soutien au cours de la période postnatale (période de fragilité du nourrisson et cruciale pour l'allaitement et l'attachement)	Augmenter de 48 % à 75 % le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital et de 3 % à 10 % à 6 mois	- Actualisation des modalités d'articulation en périnatalité-période postnatale - Offre de pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues pour la mère et le nourrisson (recherche de cas et traitement dépression, soutien allaitement, etc.)	- Proportion des mères montréalaises ayant accouché qui ont eu une visite postnatale en < 72 h suivant un congé précoce - Proportion de nouveau-nés et d'enfants vaccinés (voir l'orientation 4 <i>Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques</i>)
Hospitalisations des nourrissons pour causes évitables à la suite d'un congé précoce	Augmenter de 48 % à 75 % le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital et de 3 % à 10 % à 6 mois		- Promotion et soutien de l'allaitement - Création de milieux favorables à l'allaitement (IAB)	- N^{bre} d'installations certifiées Ami des bébés - Participation aux activités grand public (défi, salon maternité, etc.)
Surmorbidity et surmortalité des bébés et des enfants vivants en contexte de vulnérabilité (ex. : abus et négligence, hospitalisations accrues à la suite de blessures et d'intoxications non intentionnelles, embonpoint, carie dentaire, etc.)	- Accroître la consommation d'aliments santé - Accroître la sécurité à domicile - Accroître l'accès et l'utilisation des services de santé et services sociaux (Ex. : soutien allaitement, vaccination, counselling habitudes de vie, etc.) - Renforcer le lien d'attachement parent-enfant - Renforcer les habiletés parentales - Renforcer les réseaux de soutien social - Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents (revenus, emploi, éducation) - Améliorer les conditions de vie (ex. : accès à un logement salubre, sécuritaire, adéquat) - Favoriser l'accès et l'utilisation d'activités éducatives de qualité (soutien aux parents, aux milieux de garde; accès facilité aux milieux de garde pour les enfants plus vulnérables)		- Programme de sécurité alimentaire (voir l'orientation 5 <i>Un environnement urbain favorable à la santé</i>) - Déploiement des Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) pour les familles vulnérables (faible revenu, jeunes parents, immigration récente) : suivi intensif des familles en pré- et postnatal - Initiative montréalaise de soutien au développement social local - Interventions éducatives précoces - Somnests sur la maturité scolaire - Protocoles d'entente CSSS-CPE-(CJ) - Promotion/vigilance des politiques publiques favorables à la santé	Outre les indicateurs déjà mentionnés, les indicateurs énumérés ci-dessous sont également privilégiés : - Proportion des familles en contexte de vulnérabilité jointes par le volet accompagnement des familles des SIPPE (% variable selon CSSS – moyenne à Montréal : 40 %) - Plans d'action et bilans annuels en développement d'environnements favorables SIPPE (orientations concrètes et cibles de résultats) - Plans d'action en interventions éducatives précoces (orientations concrètes et cibles de résultats visant à améliorer le développement des tout-petits) - Proportion de protocoles CSSS-CPE-(CJ) mis en application
Troubles du développement cognitif, langagier, moteur, socioaffectif				

Principales contributions régionales et locales

Programmes et actions	Contribution régionale (DSP)	Contribution locale (CSSS)
• Offre de services en prénatal en lien avec la politique de périnatalité • Offre des pratiques cliniques préventives (PCP)	• Documenter l'accessibilité et la continuité aux services périnataux • Soutenir l'élaboration d'un avis de grossesse • Outiller les milieux cliniques pour les PCP spécifiques à la femme enceinte	• Soutenir la diffusion du document <i>Mieux vivre avec son enfant</i> et une information périnatale de qualité • Adapter les activités des CÉS et des CAT pour la femme enceinte
• Actualisation des modalités d'articulation périnatalité-période postnatale • Offre des pratiques cliniques préventives (PCP)	• Effectuer la vigie sur les délais de suivi postnatal (avis de naissance) • Monitorer l'offre de services (accessibilité et continuité) pour les enfants de 0-5 ans, notamment par une étude sur la trajectoire de soins et de services • Documenter les PCP en périnatalité et petite enfance	• Offrir des visites postnatales à toutes les mères et enfants, incluant des suivis au besoin (counseling et soutien offert aux nouveaux parents, vaccination conforme au calendrier prévu) • Participer à une enquête sur les PCP en périnatalité et petite enfance
• Promotion et soutien de l'allaitement • Création de milieux favorables à l'allaitement (IAB)	• Organiser des activités grand public de promotion de l'allaitement (Défi) • Assurer l'animation et le soutien à la concertation • Monitorer et soutenir l'implantation de l'Initiative Ami des bébés (IAB)	• Mettre en œuvre les lignes directrices en allaitement maternel émises par le MSSS • Donner accès, dès la période périnatale, à un programme structuré d'information sur l'allaitement
• Déploiement des SIPPE ◦ Suivi intensif des familles pré et postnatal ◦ Création d'environnements favorables	• Soutenir les chantiers d'optimisation des SIPPE • Offrir de la formation et du transfert de connaissances • Mettre à jour les données populationnelles et suivre l'atteinte des cibles du programme	• Offrir le programme SIPPE tel que prescrit, minimalement jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de deux ans • S'assurer que les intervenants des SIPPE consacrent 50 % de leur temps au programme • Orienter les familles ayant des besoins spéciaux vers les services appropriés
• Initiative montréalaise de soutien au développement social local	• Cogérer l'Initiative montréalaise en développement social local	• Favoriser les arrimages avec les tables de quartier en vue de la réalisation des plans d'action
• Interventions éducatives précoces • Sommets sur la maturité scolaire	• Soutenir l'implantation d'interventions éducatives précoces (actuellement dans 7/29 CLSC) • Soutenir la réalisation des sommets locaux et réaliser le sommet montréalais sur la maturité scolaire • Favoriser une complémentarité d'action entre les partenaires régionaux	• Mobiliser le réseau local autour des sommets sur la maturité scolaire • Revoir et optimiser l'offre de service liée au soutien et au développement des enfants et de leur famille
• Promotion/vigilance des politiques publiques favorables à la santé	• Assurer une veille stratégique • Produire des avis ou mémoires selon les enjeux émergents	• Collaborer aux travaux lorsque l'enjeu concerne le territoire du CSSS

2. Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire

Principaux éléments à mettre en œuvre

Problématiques	Résultats intermédiaires visés	Programmes et actions (à revoir selon l'approche ÉMES)	Indicateurs de mise en œuvre prioritaires
Maladies chroniques (obésité, diabète, asthme, maladies buccodentaires)	Améliorer les habitudes de vie en augmentant la proportion de jeunes qui s'alimentent sainement, pratiquent régulièrement de l'activité physique, ne font pas usage du tabac et présentent une bonne hygiène buccodentaire - Assurer la prise en charge précoce des enfants requérant un les soins d'un dentiste - Améliorer l'approvisionnement en fruits et légumes dans des secteurs défavorisés et mal desservis (voir l'orientation 5 <i>Un environnement urbain favorable à la santé</i>)	- Plan d'action gouvernemental (PAG) (à développer) - Politique cadre sur les saines habitudes de vie du MEELS - Programme de promotion de l'activité physique (Kino-Québec) - Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 (PQLT) - Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012	- Élaboration et implantation du plan d'action régional concerté issu du PAG (à développer) - N^{re} d'écoles qui appliquent une politique sur les saines habitudes de vie - Mesures d'application de la Loi sur le tabac - N^{re} de projets de prévention du tabagisme réalisés par les jeunes - Proportion d'enfants de maternelle ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire
ITS et grossesses à l'adolescence	Augmenter la proportion de jeunes qui adoptent des comportements sexuels sains et sécuritaires	- Plan conjoint DSP-DRMELS régional d'éducation à la sexualité (à développer) - Services préventifs liés à la contraception et aux ITS (à consolider) - Projet Relations amoureuses des jeunes - ITS : voir l'orientation 4 <i>Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques</i>	- Elaboration et mise en œuvre d'un plan conjoint DSP-DRMELS d'éducation à la sexualité - N^{re} de CSSS et d'écoles qui maintiennent et développent des services cliniques préventifs destinés aux jeunes (ex. : cliniques jeunesse) - N^{re} de grossesses et d'avortements chez les jeunes
Maladies infectieuses évitables par la vaccination	Contribuer à l'atteinte du taux de couverture vaccinale (ex. : VPH) (voir l'orientation 4 <i>Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques</i>)	Plan conjoint DSP-DRMELS régional d'éducation à la sexualité (à développer)	Voir l'orientation 4 <i>Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques</i> Indicateurs à développer
Traumatismes non intentionnels	Augmenter la proportion de jeunes qui présentent des conduites saines et sécuritaires relativement : - aux déplacements routiers et actifs - à la pratique de l'activité physique	Voir l'orientation 5 <i>Un environnement urbain favorable à la santé</i> Programme de promotion de l'activité physique (Kino-Québec)	
- Anxiété, dépression, idéations et comportements suicidaires, troubles alimentaires - Troubles du comportement, violence et délinquance - Dépendances (tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent) - Décrochage scolaire	- Augmenter la proportion de jeunes ayant une bonne estime de soi et des habiletés prosociales, et qui résistent aux pressions sociales les incitant à s'initier à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard et d'argent. - Diminuer la proportion de jeunes qui présentent un état de détresse psychologique élevé - Accroître l'accès aux services préventifs destinés aux jeunes et aux parents - Développer des services de cessation tabagique adaptés aux jeunes	- Mesures ÉMES : Action communautaire intersectorielle, Priorité Jeunesse et Prévention des toxicomanies - Programme de prévention de la détresse psychologique et de la violence (à développer) - Plan conjoint DSP-DRMELS régional d'éducation à la sexualité (incluant Projet Relations amoureuses des jeunes) (à développer) - Programme de lutte aux dépendances : tabac, alcool, toxicomanies et jeux de hasard et d'argent (à développer)	- N^{re} de concertations locales et d'écoles se dotant d'un plan d'action concerté (ex. : ÉMES) - Élaboration et implantation de programmes de prévention de la détresse psychologique et de la violence; lutte aux dépendances; éducation à la sexualité - Mise sur pied de services de cessation tabagique en milieu scolaire adaptés aux jeunes - N^{re} d'écoles qui participent à une concertation locale
Abus physiques, psychologiques et sexuels, négligence	Renforcer les habiletés parentales dans l'accomplissement de leur rôle d'éducateur	A développer avec le secteur TPF	A développer

Principales contributions régionales et locales

Programmes et actions	Contribution régionale (DSP)	Contribution locale et sous-régionale (CSSS)
ÉMES : approche globale, intégrante et concertée qui a recours à plus d'une stratégie efficace en promotion de la santé, soit : - Développer les compétences des jeunes - Créer des milieux de vie (communauté, écoles, familles) et des environnements favorables à la santé et au bien-être - Mettre en place des politiques, règles, normes et mesures favorisant la santé et le bien-être - Faire participer les jeunes, les écoles, les familles et la communauté aux décisions et aux actions - Consolider les services préventifs offerts en milieux scolaires	- Mettre en œuvre l'entente régionale de complémentarité et favoriser son appropriation locale - Soutenir le déploiement de l'approche ÉMES dans une démarche de planification locale : accompagnement, création d'outils, formation, monitoring, recherche et surveillance - Élaborer des plans conjoints DSP-DRMELS-CS-CSSS (formation/accompagnement, recherche, évaluation, communication) et des plans de monitoring et de surveillance de l'état de santé des jeunes - Favoriser la cohérence dans le déploiement de programmes et d'activités nationaux et régionaux - Favoriser l'appropriation régionale et locale du cadre de référence – Une communauté mobilisée pour ses jeunes³	- Agir de façon planifiée et concertée avec les CS et les partenaires de la communauté et de façon cohérente avec leurs plans d'action respectifs (PAL, projet clinique, Plan de réussite, plan d'action des tables de concertation, etc.) : - en se dotant d'un mécanisme de coordination de la démarche ÉMES - en dressant un portrait de la population de leur territoire - en convenant de priorités et d'objectifs communs en lien avec le contenu du tronc commun, de l'entente de complémentarité, du cadre de référence et des pratiques exemplaires - en révisant et renouvelant les pratiques en P/P à la lumière de l'approche ÉMES - en se dotant d'un plan d'action - en évaluant leur plan d'action - Revoir et optimiser l'offre de service en P/P auprès des jeunes et des familles (gestionnaires, infirmières, travailleurs sociaux et organisateurs communautaires)
- Plan d'action régional concerté issu du PAG - Politique cadre sur les saines habitudes de vie - Programme de promotion de l'activité physique - Plan québécois de lutte contre le tabagisme - Plan d'action de santé dentaire 2005-2012	- Soutenir la CAR dans le déploiement régional du plan d'action concerté issu du PAG - Collaborer avec les CS à l'implantation d'une politique cadre sur les saines habitudes de vie en milieu scolaire - Soutenir l'implantation des activités du PQL T - Animer le Comité de santé dentaire publique de Montréal	- Collaborer avec les commissions scolaires à l'implantation d'une politique cadre sur les saines habitudes de vie en milieu scolaire - Mettre en œuvre les activités du PQLT - Mettre en œuvre les activités régionales du Plan d'action de santé dentaire
- Plan conjoint DSP-DRMELS régional d'éducation à la sexualité - Services préventifs liés à la contraception et aux ITS	- Développer un plan conjoint DSP-DRMELS régional d'éducation à la sexualité : former et animer un comité régional Amitié, amour et sexualité - Animer le comité régional de prévention des grossesses - Former les infirmières sur l'ordonnance collective de contraception hormonale	- Contribuer au développement du plan régional d'éducation à la sexualité - Participer au comité régional de prévention des grossesses - Consolider ou développer des services cliniques préventifs destinés aux jeunes (ex. : clinique jeunesse) - Adopter et appliquer le modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale
- Programme de prévention de la détresse psychologique et de la violence - Projet Relations amoureuses des jeunes - Programme conjoint DSP-DRMELS de lutte aux dépendances - Mesures ÉMES : Soutien à l'action communautaire, Priorité Jeunesse, Prévention des toxicomanies	- Développer un programme conjoint DSP-DRMELS de prévention de la détresse psychologique et de la violence - Contribuer au développement et à la mise en œuvre du projet Relations amoureuses des jeunes - Développer un programme conjoint DSP-DRMELS de lutte aux dépendances - Animer le comité consultatif régional de révision des mesures ÉMES	- Détresse psychologique et violence (à déterminer) - Lutte aux dépendances (à déterminer) - Le CSSS Jeanne-Mance assume son rôle régional délégué pour la mesure Prévention de la violence – Relations amoureuses des jeunes - Participer au comité consultatif régional de révision des mesures ÉMES

³ Ayotte, V., Gagné, C., Malai D. et Poulin C. (2008). Une communauté mobilisée pour ses jeunes. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 234 pages.

3. Des milieux de travail exempts de menaces à la santé

Principaux éléments à mettre en œuvre

Problématique	Résultats intermédiaires visés		Programmes et actions ⁴	Indicateurs de mise en œuvre prioritaires
Risques de prématurité, d'avortements, mortinaissance, retards de croissance et risques pour la santé des travailleuses et des bébés allaités	Réaffecter les travailleuses ou les retirer du milieu de travail afin de favoriser une grossesse optimale et la naissance de bébés en santé	Universel	Programme Pour une maternité sans danger	Traitement de toute demande de médecins traitants en deçà de 4 jours
Intoxications et cancers dus à des agresseurs chimiques (plomb, monoxyde de carbone, béryllium)	- Contrôler les niveaux d'exposition dans les établissements identifiés - Remplacer les solvants organiques et substances cancérogènes par des produits non dangereux		- Démarche régionale de signalement et suivi des surexpositions - MADO et signalements	- N^{bre} de signalements des surexpositions (à l'employeur, à la CSST, etc.) selon la loi - N^{bre} de rapports transmis à la suite d'une demande d'enquête
Infections microbiennes (pompiers, policiers, éboueurs, etc.)	- Assurer la sensibilisation des travailleurs visés sur les moyens de prévenir les maladies infectieuses professionnelles - Assurer la vaccination des travailleurs ciblés (hépatite A, hépatite B et tétanos)		Programme d'intervention portant sur les risques biologiques	- N^{bre} ou proportion de travailleurs visés présents aux séances d'information - Proportion de travailleurs visés pour laquelle la vaccination est expliquée, offerte et administrée, complétée
Perte d'audition, problèmes cardiovasculaires et accidents de toute nature consécutifs à une surexposition au bruit	- Diminuer les niveaux de bruit dans les établissements ciblés - Assurer le dépistage de travailleurs ayant subi une perte d'audition	Ciblés	Plan d'action de lutte contre le bruit	- Mesures des niveaux de bruit respectant les valeurs d'exposition visées - N^{bre} de travailleurs dirigés vers un médecin spécialiste
Troubles musculosquelettiques (TMS) constituant 37 % des lésions déclarées à la CSST et indemnisées	Diminuer les contraintes musculosquelettiques dans les milieux de travail ciblés		Plan d'action régional de sensibilisation et de mobilisation visant la prise en charge TMS par les milieux de travail	Réalisation des activités liées à la formation, à l'information et à la prévention prévues dans les établissements ciblés
Maladies pulmonaires liées au travail (asthme, amiantose, silicose, beryllose)	- Contrôler les niveaux d'exposition dans les établissements identifiés ou ciblés - Assurer la sensibilisation des travailleurs visés sur les moyens de prévention		- Suivi des MADO (maladies pulmonaires et expositions aux produits chimiques) - Programme de dépistage de l'amiantose - Projet provincial sur la silice	- N^{bre} de rapports transmis à la suite d'une demande d'enquête - Dépistage de l'amiantose offert tous les cinq ans dans les milieux de travail ciblés - N^{bre} de travailleurs présents aux séances d'information
Brûlures chimiques : cyanures et acide fluorhydrique (CN/HF)	Assurer l'accessibilité à des secours permettant de sauver la vie des travailleurs		Programme de premiers secours et de premiers soins spécifiques (CN/HF)	Secouristes des milieux de travail visés formés sur une base annuelle

⁴ Pour chacune des problématiques, des actions sont également prises dans le cadre du programme de santé spécifique aux établissements (PSSE) prévu dans la Loi SST.

Principales contributions régionales et locales

Programmes et actions	Contribution régionale (DSP)	Contribution locale (CSSS)
Programme Pour une maternité sans danger	- Soutenir la modernisation des processus et des activités - Analyser, évaluer et diffuser les résultats	- Effectuer les analyses de postes de travail - Faire des recommandations aux médecins traitants
Démarche régionale de signalement et suivi des surexpositions	- Coordonner le programme, suivre les activités - Faire les arrimages avec la CSST - Analyser, évaluer et diffuser les résultats	- Identifier les surexpositions - Signaler la situation - Soutenir le processus de prise en charge - Colliger les données
MADO et signalements	Demander les enquêtes	Réaliser les enquêtes demandées
Programme d'intervention portant sur les risques biologiques	Analyser et diffuser les résultats	- Coordonner le programme - Joindre les milieux de travail - Transmettre l'information aux travailleurs et procéder à la vaccination - Colliger les données
Plan d'action de lutte contre le bruit	- Coordonner le programme - Faire les arrimages avec le programme provincial - Analyser, évaluer et diffuser les résultats	- Cibler les milieux de travail - Mesurer les niveaux de bruit - Soutenir le processus de prise en charge de réduction du bruit à la source
Plan d'action régional de sensibilisation et de mobilisation visant la prise en charge des TMS par les milieux de travail	- Coordonner le programme - Développer les outils - Donner le soutien d'expertise - Analyser, évaluer et diffuser les résultats	- Cibler les milieux de travail - Mettre en œuvre les activités de sensibilisation et de mobilisation requises pour la prise en charge
Suivi des MADO (maladies pulmonaires et expositions aux produits chimiques)	- Analyser les dossiers - Demander les enquêtes - Réviser les résultats et porter un jugement sur les suites à donner - Analyser, évaluer et diffuser les résultats	- Réaliser les enquêtes demandées - Effectuer les suivis visant à réduire ou à éliminer l'exposition aux agresseurs identifiés - Transmettre l'information aux travailleurs, aux associations patronales et syndicales
Dépistage de l'amiantose		
Projet provincial sur la silice		
Programme de premiers secours et de premiers soins spécifiques (CN/HF)	- Coordonner l'élaboration et l'adoption d'un protocole régional de suivi des entreprises visées par le programme - Analyser, évaluer et diffuser les résultats	- Mettre à jour les programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) - Réaliser les activités annuelles prévues auprès des secouristes

4. Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

Principaux éléments à mettre en œuvre

Problématique	Résultats intermédiaires visés		Programmes et actions	Indicateurs de mise en œuvre prioritaires
Risques d'urgences majeures biologiques, chimiques et physiques (ex. : chaleur accablante, risques technologiques, pandémie)	Assurer des mesures de prévention et de contrôle en cas d'urgences majeures	Universels	Mesures d'urgence liées aux risques biologiques, chimiques ou physiques majeurs	N^{bre} de CSSS ayant un plan de mesures d'urgence écrit, ayant été testé et mis en œuvre
Risques infectieux dans la communauté	- Détecter précocement les menaces biologiques, physiques et chimiques pouvant porter atteinte à la santé - Assurer des mesures appropriées de prévention et de contrôle		Programme de vigilance, enquête et prise en charge des MADO, épidémies et signalements	- N^{bre} d'épidémies, de signalements et de MADO détectés précocement (hépatite A ou B, méningite, streptocoque A invasif) - N^{bre} de personnes affectées lors des épisodes d'éclatement de maladies infectieuses - N^{bre} d'établissements touchés par des interventions de protection (épidémies, écoles, garderies, CPE, etc.)
Risques infectieux dans les milieux de soins	- Assurer l'identification précoce des infections nosocomiales dans les milieux de soins - Assurer des mesures de prévention et de contrôle appropriées	Ciblés	Mise en place des programmes de prévention et de contrôle des infections en milieux de soins	- Ratio infirmières en PCI (voir Ententes Agence de Montréal-établissements) - Incidence de la diarrhée associée au C.difficile - Couverture vaccinale influenza et pneumocoque des résidents en CHSLD (80 %) et des travailleurs de la santé (influenza 80 %)
Population susceptible aux maladies évitables par la vaccination (MEV)	- Atteindre les taux de couverture vaccinale ciblés pour chaque programme de vaccination - Réduire les délais vaccinaux pour le programme d'immunisation de base - Obtenir des données vaccinales fiables	Universels	- Maintien des programmes d'immunisation - Implantation des nouveaux programmes d'immunisation - Plan d'action local intégré en immunisation	- Proportion des nouveau-nés de mères porteuses du VHB ayant eu un suivi préventif - Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin à l'intérieur d'une semaine du moment prévu dans le PIQ - Proportion des élèves de 4^e année protégés contre le VHB (cible : 90 %) - Proportion des élèves de 4^e année qui ont reçu 2 doses de vaccin contre le VPH (classes spéciales : 3 doses) - Proportion des élèves de troisième secondaire qui ont reçu une dose de dCaT et 3 doses du vaccin contre le VPH
Progression des épidémies d'ITSS Prévalence élevée de comportements sexuels et de consommation de drogues à risque (particulièrement chez les UDI et les HARSAH)	- Réduire les facteurs de vulnérabilité aux ITSS (ex. : pauvreté) - Augmenter les facteurs environnementaux et individuels de protection liés aux ITSS - Dépister précocement les ITSS chez les populations vulnérables (particulièrement HARSAH, UDI) - Implanter des mesures appropriées de prévention, de contrôle et de traitement des ITSS	Universels et ciblés	- Activités de promotion de la santé liées aux ITSS - Programme de prévention, de protection et de prise en charge des ITSS	- Production de plans d'action intersectoriels intégrant les populations vulnérables aux ITSS dans leurs activités - N^{bre} d'interventions de dépistage des ITSS réalisées auprès des populations vulnérables intra-muros et extra-muros - N^{bre} d'heures de présence infirmière et intervenants psychosociaux dans les organismes du territoire - N^{bre} de CSSS ayant adapté leurs services aux UDI - N^{bre} de milieux cliniques offrant gratuitement le dépistage et le traitement

Principales contributions régionales et locales

Programmes et actions	Contribution régionale (DSP)	Contribution locale (CSSS)
Mesures d'urgence pour les risques biologiques, chimiques ou physiques majeurs	- Produire des plans régionaux de mesures d'urgence - Préparer et coordonner des exercices d'urgence régionale	Produire et mettre à jour les plans locaux de mesures d'urgence
Programme de vigilance, enquête et prise en charge des MADO, épidémies et signalements	- Assurer une vigilance sanitaire des MADO, d'autres menaces potentielles et des épidémies - Informar la population et les partenaires des menaces à leur santé et des mesures qui doivent être prises pour se protéger - Coordonner et soutenir les interventions dans l'ensemble de la région - Élaborer un état de situation sur la prévention des infections dans la communauté	- Assurer la prise en charge des cas et des contacts demandés par la DSP et offrir le traitement prophylactique qui permettra d'empêcher la transmission et de prévenir des cas secondaires - Prendre en charge les interventions dans les milieux - Collaborer à l'état de situation
Mise en place des programmes de prévention et de contrôle des infections en milieux de soins	- Assurer la vigilance sanitaire des MADO et des épidémies en collaboration avec les milieux - Soutenir les partenaires dans la mise en place des mesures de PCI	- Assurer la présence en nombre suffisant d'infirmières en PCI - Appliquer les mesures de PCI en conformité avec les lignes directrices - Assurer la surveillance des infections nosocomiales
- Maintien des programmes d'immunisation - Implantation des nouveaux programmes d'immunisation	- Favoriser les meilleures pratiques vaccinales (formation et soutien) - Soutenir l'organisation de services et les changements nécessaires - Assurer une vigilance des effets indésirables des produits immunisants - Collaborer avec le secteur EMES pour favoriser la vaccination scolaire.	- Augmenter l'accessibilité à la vaccination - Assurer la présence d'un agent multiplicateur dans les CSSS - Réduire les délais vaccinaux - Viser les taux de couverture vaccinale ciblés - Saisir les données vaccinales dans l-CLSC
- Activités de promotion de la santé liées aux ITSS - Programme de prévention, de protection et de prise en charge des ITSS	- Assurer la surveillance des ITSS, la recherche sur les déterminants, le monitoring et l'évaluation du PARPAL - Mobiliser et soutenir les partenaires communautaires et ceux du réseau de la santé - Favoriser l'action intersectorielle, dont le développement de collaboration avec la Ville de Montréal, la Sécurité publique et d'autres partenaires de secteurs publics et privés - Accroître l'accès au matériel de protection pour les UDI, les consommateurs de drogues inhalables et les HARSAH - Implanter un plan de formation et d'échange des connaissances - Soutenir l'intégration des PCP en ITSS - Mener une étude de faisabilité relative à l'implantation des services d'injection sous supervision médicale - Diffuser les campagnes et créer des outils	- Augmenter la capacité de joindre les populations vulnérables du territoire - Augmenter la distribution du matériel d'injection stérile - Appliquer le guide québécois de dépistage, l'IPPAP, les ordonnances collectives et les lignes directrices du MSSS - Renforcer ou développer les services de proximité (psychosocial, infirmier) dans les milieux ciblés dans la communauté - Adapter et optimiser les services intra-muros aux HARSAH, aux UDI et aux jeunes en difficulté - Augmenter l'offre de test et de prise en charge des cas d'ITSS par les médecins du réseau local (VIH, VHC, syphilis) - En lien avec la réduction des inégalités de santé, intégrer la perspective « populations socialement vulnérables ciblées en ITSS » dans les initiatives de développement des communautés (tables de quartier, plans locaux intersectoriels) – facultatif

5. Un environnement urbain favorable à la santé

Principaux éléments à mettre en œuvre

Problématique	Résultats intermédiaires visés	Cibles	Programmes et actions	Indicateurs de mise en œuvre prioritaires
Augmentation de l'incidence et de la prévalence de l'asthme pédiatrique atteignant 15 % à Montréal (enfants âgés de 6 mois à 12 ans) et des hospitalisations et consultations à l'urgence pour asthme	Diminuer la proportion d'enfants exposés à la fumée de tabac secondaire et aux allergènes (moisissures, acariens, blattes) dans les logements, les écoles et les centres de la petite enfance (CPE)	Universels	- Programme d'intervention sur l'asthme et l'environnement - Campagne de marketing social Famille sans fumée	- N^{bre} de signalements de problèmes d'insalubrité identifiés dans les logements - N^{bre} de CSSS ayant implanté la campagne Famille sans fumée - N^{bre} de projets visant le logement abordable soutenus
Augmentation de la prévalence des symptômes de la rhinite allergique associée à l'herbe à poux atteignant 16 % de la population pédiatrique à Montréal (due en partie au réchauffement climatique)	- Diminuer le nombre de terrains vacants contaminés à l'herbe à poux - Diminuer les concentrations de pollen de l'herbe à poux dans l'air ambiant		Programme de contrôle de l'herbe à poux	- N^{bre} de CSSS ayant contrôlé l'herbe à poux sur leur terrain - N^{bre} d'activités d'information et de soutien réalisées
Augmentation des hospitalisations et des décès prématurés associés au smog urbain et à la chaleur accablante. Le réchauffement climatique amplifiera ces impacts	- Diminuer le nombre de jours de mauvaise qualité de l'air - Augmenter la proportion de logements avec climatiseur - Diminuer la proportion du territoire montréalais avec îlots de chaleur - Diminuer les émissions de gaz à effet de serre (par le secteur de la santé initialement)		- Programme Info-Smog - Programme Chaleur accablante - CSSS vert et en santé (incluant Visez vert, Allego, etc.) - Campagnes provinciales et régionales à caractère environnemental (Journée sans ma voiture, Défi climat, chauffage au bois, etc.)	- N^{bre} de CSSS ayant un plan de mesures d'urgence écrit, ayant été testé et mis en œuvre - N^{bre} de CSSS ayant implanté un CSSS vert et en santé (incluant Visez vert, Allego, etc.) - N^{bre} de campagnes auxquelles ont participé les CSSS
Augmentation des transports ambulanciers pour traumatismes routiers atteignant 12 400 en 2003 Augmentation de l'obésité et de l'embonpoint atteignant 44 % de la population montréalaise, en partie à cause d'une motorisation croissante des ménages et en lien avec l'environnement résidentiel et de quartier Persistence des écarts de santé et bien-être des personnes vivant dans des quartiers dévialisés (incluant les traumatismes routiers, piétonniers, l'obésité et l'asthme)	- Diminuer le nombre de véhicules-kilomètres parcourus par arrondissement - Augmenter le nombre de kilomètres de rues comportant des mesures d'apaisement de la circulation - Augmenter le nombre de kilomètres de pistes cyclables - Augmenter le nombre d'employés utilisant le transport en commun et les transports actifs - Améliorer l'approvisionnement en fruits et légumes dans des secteurs défavorisés et mal desservis - Augmenter la consommation accrue d'aliments santé		- Programme Aménager des quartiers durables dans des quartiers ciblés (promotion transport actif sécuritaire) - Programme Quartiers 21 (coll. Ville de Montréal et Agence de la santé publique du Canada) - Programme de soutien au développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal 2008-2012	- N^{bre} de projets soutenus (Quartiers 21, Aménagement des quartiers durables, Sécurité alimentaire et Revitalisation urbaine intégrée) - Identification de solutions durables à accès aux aliments santé dans 17 quartiers - N^{bre} d'avis et de mémoires produits et diffusés

Principales contributions régionales et locales

Programmes et actions	Contribution régionale (DSP)	Contribution locale (CSSS)
- Programme d'intervention sur l'asthme et l'environnement - Campagne de marketing social Famille sans fumée	- Portrait local sur l'asthme et des déterminants environnementaux - Formation des intervenants CSSS et municipaux - Développement d'un outil de dépistage des problèmes de salubrité - Projet pilote d'intervention dans les logements visant à documenter l'exposition aux facteurs environnementaux (trois CSSS) et évaluation de l'efficacité et de l'efficacité du programme - Liaison avec la Ville de Montréal (service d'habitation)	- Signalement aux autorités municipales des problèmes d'insalubrité identifiés lors d'interventions à domicile - Interventions conjointes avec la DSP dans des logements pour des problèmes sévères d'insalubrité - Contribution au projet pilote de la DSP visant à documenter l'exposition aux facteurs environnementaux (CSSS de la Montagne, de la Pointe-de-l'Île, d'Ahuntsic et Montréal-Nord) - Concertation avec les arrondissements - Soutien aux actions locales visant l'accès au logement abordable (Accès logis, Accès condos, etc.) - Déploiement local de la campagne Famille sans fumée
Programme de contrôle de l'herbe à poux	- Cartographie de l'herbe à poux et de la rhinite allergique, par CSSS et arrondissements - Formation des intervenants locaux (CSSS, arrondissements, Eco-quartiers) - Campagne régionale d'éducation	- Information des partenaires (Ville, Éco-quartiers, propriétaires de terrains) sur les enjeux de santé publique - Soutien à la mobilisation locale en vue du contrôle de l'herbe à poux - Éradication de l'herbe à poux sur les terrains des CSSS
- Programme Info-Smog - Programme Chaleur accablante - CSSS vert et en santé (incluant Visez vert, Allego, etc.) - Campagnes provinciales et régionales à caractère environnemental (Journée sans ma voiture, Défi climat, chauffage au bois, autre)	- Formation des intervenants - Système d'information géographique sur les îlots de chaleur et la vulnérabilité médicale pour chacun des CSSS - Participation pour l'élaboration d'une politique québécoise de l'air (MDDEP) - Études spécifiques en pollution atmosphérique - Liaison Ville de Montréal	- Élaboration du plan de mesures d'urgence chaleur accablante - Soutien aux initiatives locales pour le verdissement des espaces - Verdissement des espaces sur les terrains des CSSS - Production d'un plan d'action pour un CSSS vert et en santé (incluant Visez vert, Allego, etc.) - Participation à des campagnes provinciales ou régionales à caractère environnemental (Journée sans ma voiture, chauffage au bois, Défi climat, etc.)
- Programme Aménager des quartiers durables dans des quartiers ciblés (promotion transport actif sécuritaire) - Programme Quartiers 21 (coll. Ville de Montréal et Agence de la santé publique du Canada) - Programme de soutien au développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal 2008-2012	- Portrait local sur des déterminants environnementaux du transport actif sécuritaire - Formation des intervenants CSSS et communautaires sur la relation transport, urbanisme et santé - Influence auprès de la Ville de Montréal, du MTQ et de la CMM pour l'instauration de politiques publiques saines en transport et urbanisme (mémoires) - Éducation du public sur les enjeux de santé publique - Monitorer l'accès à des fruits et légumes dans les quartiers - Plan d'évaluation formative avec les porteurs des initiatives - Rencontres d'échange sur les enjeux du système alimentaire - Actions d'influence (politique, acteurs économiques, producteurs) visant à réduire les inégalités de l'alimentation à Montréal	- Soutien à l'implantation des programmes Aménager des quartiers durables, Quartiers 21 et RUJ - Représentations auprès des arrondissements en vue de l'instauration de mesures d'apaisement de la circulation et d'aménagement urbain favorisant le transport actif sécuritaire - Prises de positions publiques, conjointement avec la DSP, sur de grands projets d'infrastructure (avis, mémoires) - Soutien à la mise en œuvre d'initiatives locales intégrées en sécurité alimentaire - Actions d'influence auprès des arrondissements, des marchands locaux, des tables de concertation

6. Un système de santé qui sert aussi à prévenir

Principaux éléments à mettre en œuvre

Problématique	Résultats intermédiaires visés	Programmes et actions	Indicateurs de mise en œuvre prioritaires
Augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques évitables (MCV, diabète, MPOC) par l'adoption de saines habitudes de vie	Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives retenues au sein du PNSP aux pratiques courantes des intervenants de 1 ^{re} ligne : - Maladies chroniques et cancers - Accroître la clientèle des milieux cliniques de 1^{re} ligne offrant un <i>counseling</i> sur les saines habitudes de vie (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation) - Accroître le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique de 1^{re} ligne - Augmenter de 42 % à 50 % le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	Système de prévention clinique (SPC) 1. <i>Volet Facilitation auprès des milieux cliniques : infirmière-conseil en prévention clinique (CPC)</i> Milieux prioritaires : - Milieux cliniques 1^{re} ligne (GMF, cliniques réseau, cliniques privées, solo, etc.) - Autres services de santé des CSSS (services courants, cliniques externes, etc.) - Pharmacies communautaires (en développement)	GMF/Cliniques réseaux/CLSC - Nombre de milieux cliniques qui <i>participent</i> au SPC - Nombre de milieux cliniques ayant apporté des <i>changements à leur environnement de pratique</i> visant à soutenir l'intégration des pratiques cliniques - Nombre de milieux cliniques ayant apporté des <i>changements à leur environnement de pratique</i> visant à optimiser le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle
Cancer du sein 2 ^e cause de mortalité - par cancer chez les femmes - par cancer			Pratique solo - Nombre de médecins œuvrant en pratique solo qui <i>participent</i> au SPC - Nombre de médecins œuvrant en pratique solo ayant apporté des <i>changements à leur environnement de pratique</i> en vue de soutenir l'intégration des pratiques cliniques
Morbidité évitable grâce au dépistage précoce	D'ici 2012, intégrer des interventions de soutien au système de prévention clinique pour les pratiques cliniques préventives suivantes : - ITSS – Voir l'orientation 4 Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques - Jeunes – Voir l'orientation 2 Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire - Périnatalité et petite enfance – Voir l'orientation 1 Des enfants qui naissent et se développent en santé - Vaccination – Voir l'orientation 4 Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques	2. <i>Volet Services de référence en soutien aux milieux cliniques</i> - Centres d'éducation pour la santé (CÉS) - Centres d'abandon du tabagisme (CAT) - Ressources de la communauté et services complémentaires du CSSS	- Nombre de patients ayant reçu une intervention motivationnelle individuelle au CÉS - Proportion des patients vus au CÉS référés par les milieux cliniques de première ligne - Nombre de fumeurs qui ont reçu des services dans un centre d'abandon du tabagisme (CAT) (Cible : au moins 140 fumeurs et 500 interventions individuelles par CSSS)
Augmentation des ITSS et des grossesses à l'adolescence			
Morbidité et mortalité évitables chez les femmes enceintes et les tout-petits			
Maladies évitables par la vaccination			
		Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	- Mise en place d'un comité de concertation local - Développement d'un plan d'action local pour le PQDCS (volet promotion auprès des femmes et des médecins, volet organisation des services) - Niveau d'implantation du plan d'action local

Principales contributions régionales et locales

Programmes et actions	Contribution régionale (DSP)	Contribution locale (CSSS)
Système de prévention clinique (SPC) 1. <i>Volet Facilitation auprès des milieux cliniques : infirmière-conseil en prévention clinique (ICPC)</i> 2. <i>Volet Services de référence en soutien aux milieux cliniques</i> - Centres d'éducation pour la santé (CÉS) - Centres d'abandon du tabagisme (CAT) - Ressources de la communauté et services complémentaires du CSSS	- Élargir l'offre de services du SPC à d'autres PCP (PQDCS, ITSS, vaccination, périnatalité, etc.) - Maintenir l'expertise en PCP : formation, communauté de pratique, création d'outils d'aide à l'intervention - Consolider les interventions déployées au sein des CÉS et des CAT - Organiser les groupes de cessation tabagique - Développer un plan de communication régional du SPC incluant la promotion des services du PQAT (ligne téléphonique J'arrête, site internet, Défi J'arrête, j'y gagne) - Revoir le rôle des médecins chargés de prévention clinique - De pair avec les CSSS, statuer sur le rôle des ICPC, des CÉS et des CAT dans le continuum de services de prise en charge des maladies chroniques - Si nécessaire, afin de joindre plus de milieux cliniques dans certains territoires, développer avec les CSSS des stratégies d'interventions complémentaires adaptées à la réalité du territoire	- Mobiliser la haute direction relativement au SPC - Mettre sur pied et animer un comité de suivi local pour le SPC - Établir des liens stratégiques avec les partenaires locaux (DRMG local, infirmières de GMF, etc.) - Libérer l'ICPC (5 jours/sem.) pour le déploiement soutenu du SPC dans les milieux cliniques ciblés (démarchage, élaboration et implantation du plan d'action, analyse des milieux, suivi et liaison avec les ressources de la communauté, etc.) - Maintenir la participation des intervenants ICPC, I-CAT et ÉPS aux activités de transfert de connaissances incluant les communautés de pratique - Offrir des interventions motivationnelles individuelles en soutien au changement des habitudes de vie (2 jours/sem.) et assurer la rétroaction aux médecins (CÉS) - Répertorier les ressources du CSSS et de la communauté relatives au PCP ciblées - Offrir des interventions individuelles intensives en cessation tabagique (2 jours/sem.) et assurer la rétroaction aux médecins référents (CAT) - Promouvoir les services des CAT sur leur territoire - Soutenir les groupes de cessation tabagique sur le territoire
Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 1. Informer les femmes de 50 à 69 ans des CSSS sur le PQDCS 2. Mobiliser les intervenants du réseau, médecins et autres partenaires (groupes communautaires, pharmaciens...) pour qu'ils recommandent les femmes aux établissements désignés du PQDCS.	- Planifier et coordonner les activités du Centre de coordination des services régionaux (invitations, relances, services téléphoniques et suivis) - Soutenir chacun des CSSS dans l'élaboration du portrait local lié au PQDCS (participation des femmes, contribution des médecins et accessibilité aux services) - Développer un plan de communication régional visant les femmes, les médecins et incluant des volets locaux (messages, outils, collaborations ONG, etc.) - Identifier les stratégies d'intervention efficaces pour assurer l'accessibilité et la qualité à des services de mammographie de dépistage dans l'ensemble de la région - Assurer la formation continue des intervenants participant à la mise en œuvre du PQDCS (MD, infirmières, intervenants de la santé des CSSS) - Animer la table des infirmières (I-PQDCS) - Identifier les ressources permettant d'offrir un soutien psychosocial aux femmes en attente de diagnostic	- Mettre sur pied et animer un comité de concertation local PQDCS regroupant les principaux acteurs concernés par le programme (médecins, CSSS et cliniques, infirmières PQDCS et SPC, organismes communautaires, gestionnaires des CDD/CRID, agent de communication et représentant de la DSP) - Avec le soutien de la DSP, élaborer et analyser un portrait local du PQDCS (participation des femmes, référence des médecins, accessibilité aux services) - Développer un plan d'action local du PQDCS comprenant : - un volet de promotion/communication auprès des femmes et des médecins comprenant des stratégies d'intervention adaptées à la clientèle et aux réalités locales du territoire - un volet d'organisation des services qui permettra 1) de connaître et référer les femmes aux établissements désignés dans le corridor de services (CDD-CRID); 2) de mettre en place les mécanismes nécessaires à l'accompagnement des femmes ayant des besoins particuliers; 3) d'identifier des médecins qui assureront la prise en charge des femmes dites « orphelines ». - Implanter le plan d'action local - Libérer une infirmière (1 jour/sem.) pour orchestrer le développement et l'implantation du plan d'action local et participer à la table des infirmières (I-PQDCS)
SPC et PQDCS	- Soutenir les comités de suivi – concertation locale dans chaque CSSS - Animer la sous-table SPMC - Développer un plan de communication régional pour mobiliser les milieux cliniques incluant la promotion auprès des DRMG, des tables de GMF-CR, de l'AMOM - Assurer l'évaluation et le monitoring des interventions	- Assurer la participation d'un gestionnaire à la sous-table SPMC et assurer le transfert de l'information auprès des acteurs concernés par ces programmes au sein de leur CSSS - Collaborer au monitoring et à l'évaluation des interventions

Annexe 5 : Parallèle entre les buts et les informations nécessaires

Information nécessaire	Buts visés par le déploiement du système d'appréciation de la performance					
	Améliorer et partager les connaissances	Simplifier les processus de reddition de comptes	Renforcer le sentiment d'imputabilité	Appuyer la prise de décisions	Améliorer l'offre de services	Améliorer l'état de santé et le bien-être
Environnement	✓			✓	✓	✓
Contexte	✓			✓	✓	✓
Structure organisationnelle	✓	✓	✓	✓	✓	
Ressource	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Processus (activité de production)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Service offert	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Résultat et effet (changements)	✓		✓	✓	✓	✓

Annexe 6 : Modèles d'appréciation de la performance

Tableau 1 : Les différents modèles utilisés dans les soins de santé

Modèles	Définition de la performance	Principales composantes	Caractéristiques
Organisation mondiale de la santé (OMS)	Un système de soins est « performant », lorsqu'il est capable d'atteindre les meilleurs résultats possibles dans les limites des ressources disponibles.	- le niveau de santé général et la distribution de la santé dans la population, - le degré général de réactivité et sa distribution - La qualité - L'équité - La répartition de la contribution financière. (OMS, 2000; 2003; Arah O.A, 2003)	Modèle d'atteinte des buts (Champagne et coll., 2005).
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)	Un système de soins est « performant », lorsqu'il est capable d'atteindre les meilleurs résultats possibles dans les limites des ressources disponibles	- le niveau de santé général et la distribution de la santé dans la population, - le degré général de réactivité et sa distribution - l'efficience - l'équité - la répartition de la contribution financière. (OMS, 2000; 2003; Arah O.A, 2003)	- Consacre son appréciation de la performance aux résultats des services de soins, plutôt qu'aux activités de santé publique. (Hurst et Hughes, 2001; Hurst 2002). - Modèle d'atteinte des buts (Champagne et coll., 2005).

Modèles	Définition de la performance	Principales composantes	Caractéristiques
Le nouveau « NHS Performance Framework » Royaume Uni	La performance équivaut à l'excellence: "The highest quality of care".	• les finances, • les standards opérationnels, • la qualité et la sécurité, • l'expérience de soins ». (Department of Health, 2009)	• S'adresse aux systèmes des services médicaux • Modèle d'atteinte des buts et modèle des processus internes (Champagne et coll., 2005) • Identifie les faiblesses par rapport à un minimum de standards, en utilisant une série d'indicateurs à travers les quatre domaines clés de la performance
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Canada	Un système de soins performant est un système intégré, qui réduit les inefficacités, améliore l'équité, et renforce l'efficacité en mettant au centre des préoccupations les besoins du patient, l'apprentissage et l'innovation de même que la prise de décision basée sur des connaissances scientifiques. (ICIS, 2003)	• L'état de santé • Les déterminants non médicaux de la santé. • La performance du système de soins. Les processus et les résultats directement liés aux interventions médicales. • Les caractéristiques du système et des collectivités.	• Modèle des processus internes et modèle d'atteinte des buts. (Champagne et coll., 2005).

Modèles	Définition de la performance	Principales composantes	Caractéristiques
Joint Commission of Health Care of Health Care Organisation (JCHAO) États-Unis	La performance est « la mesure dans laquelle les soins sont prodigués de la bonne manière étant donné l'état des connaissances pour obtenir les résultats de santé du patient désirés ou prévus » (Traduction de Champagne et al 2005. de Arah, 2003)	• Disponibilité – accessibilité • Caractère approprié • Continuité • Efficacité • Efficience • Prévention/Dépistage précoce • Sécurité • Respect • Soins au moment opportun	• Modèle d'atteinte des buts et modèle des processus internes (Champagne et al., 2005).
Institute of Medicine (IOM) États-Unis	Procurant des services fondés sur la connaissance scientifique à tous ceux qui pourraient en profiter, et s'abstenant de procurer des services à ceux qui ne sont pas susceptibles d'en profiter (évitant la sur et la sous utilisation) traduit par Champagne et coll. de Arah, 2003)	• Sécurité • Efficacité • système axé sur les patients • Au moment opportun • Efficience • Équité	• Modèle de l'atteinte des buts et modèle des processus internes (Champagne et coll., 2005).
National Health Council Quality Report (NH-CQR) États-Unis		Qualité des soins de santé : • Sécurité • Efficacité • Système axé sur les patients Point de vue des clients sur les besoins en soins de santé : • Se maintenir en santé • Se rétablir	• Modèle d'atteinte des buts et modèle des processus internes (Champagne et coll., 2005).

Modèles	Définition de la performance	Principales composantes	Caractéristiques
Nouvelle – Zélande	La qualité est la pierre angulaire d'un système performant. Elle se définit comme la mesure dans laquelle les services aux individus ou aux populations : • augmentent la probabilité des résultats désirés pour la santé; • et/ou augmentent la participation des gens aux soins et leur indépendance à l'égard de l'invalidité • et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles New Zelan Ministry of Health , 2003)	• Axée sur les gens • Accès et équité • Sécurité • Efficacité • Efficience	• Modèle d'atteinte des buts et modèle des processus internes (Champagne et coll., 2005).

Modèles	Définition de la performance	Principales composantes	Caractéristiques
Australie		État de santé des résultats • États de santé • Fonction humaine • Espérance de vie et bien-être • Mortalité Déterminants de la santé : • Facteurs environnementaux et socio-économiques • Capacité de la collectivité • Comportement en matière de santé • Dimensions liées à l'individu Performance du système de services de santé : • Efficacité • Caractère approprié • Efficience • Réactivité • Accessibilité • Sécurité • Continuité • Capacité • Viabilité	• Modelé d'atteinte des buts et modèle des processus internes (Champagne et coll., 2005).

Tableau 2 : Les modèles utilisés spécifiquement en santé publique

Modèles	Définition de la performance	Composantes	Principales caractéristiques
Institute for clinical evaluative sciences (Toronto)	La performance de la santé publique est aussi bien l'appréciation globale de l'alignement des buts, des objectifs et des stratégies avec les structures les ressources et les activités, que l'appréciation de l'opinion et de l'état de santé de la communauté. (ICES, 2004 :7)	<u>Déterminants et état de santé de la population</u> : les déterminants de la santé, l'état de santé, l'impact des interventions. <u>Engagement communautaire</u> : comprendre l'opinion des bénéficiaires et de la population desservis par un programme, <u>Ressources et services</u> : finances, capacité de l'organisation à recruter et à maintenir les compétences, utilisation et efficacité de la technologie de l'information, volume de services produits, ressources affectées à l'administration, perception des professionnels de tous ces éléments ainsi que leur satisfaction de leur milieu de travail, capacité de faire face aux situations d'urgences et disponibilité de personnel qualifié et d'un système de surveillance efficace et intégré. <u>Intégration du système et la réactivité</u> : capacité d'établir des mécanismes intersectoriels de partenariat entre les différentes entités du système et entre le système de soins et les organismes communautaires.	Inspire du Balanced Scorecard de Kaplan et Norton. dans le sens où il : • facilite le suivi et l'évaluation de la stratégie organisationnelle • permet aussi de communiquer et de collaborer, de rendre imputables les différents niveaux de l'organisation dans la mise en œuvre des stratégies • permet de produire des rétroactions continues, ainsi que d'identifier les opportunités d'ajustement Woodward et coll (2004). Fait référence aux différents modèles : atteinte des buts, processus interne et acquisition des ressources, ressources humaines. Propose une démarche intégrée d'apprécier la performance, en incorporant aux quatre cadrans la notion de qualité des soins de santé (équité, efficacité, efficence, acceptabilité, légitimité) Donne une interprétation unique à la performance. Reconnaît l'influence que possède la dimension des ressources et des services sur celle des déterminants de la santé

Modèles	Définition de la performance	Composantes	Principales caractéristiques
Appréciation de la performance du système de santé publique aux États-Unis (CDC)	Un système de santé publique performant est un système qui remplit sa mission. Elle requiert la mesure de chacune des composantes du système et les relations qu'elles entretiennent entre elles. (Handler et al.2001)	<u>Le contexte macro</u> : les influences sociales, politiques et économiques qui opèrent en général dans la société, les besoins de la population et les forces externes à la santé publique qui exercent des pressions sur son fonctionnement (l'arrimage avec les services médicaux, l'avancement des technologies ainsi que la nature des rapports entre les différents paliers du système). <u>La mission du système</u> inclut ses objectifs et la manière avec laquelle ils sont rendus opérationnels. Cette mission peut être appréciée à travers les fonctions principales du système, le développement des politiques et des standards. <u>La capacité du système</u> : les ressources d'information (système d'information les bases de données), les ressources organisationnelles, physiques, humaines et financières. <u>Les processus</u> : les services qui cherchent à identifier et à corriger les problèmes de santé publique conformément aux mandats de la santé publique et aux priorités des communautés. <u>L'atteinte des buts</u> : amélioration de l'état de santé, efficacité, équité.	• Prend son assise dans le modèle classique de Donabedian : structure, processus et résultats. • Ce modèle est proposé pour la mesure de la performance du système de santé publique à un niveau macro, mais peut-être utilisé pour une organisation . Il peut être appliqué à plusieurs niveaux du système de santé publique national, provincial et local de santé publique ainsi que les systèmes communautaires de santé publique. Il peut également guider l'appréciation de la performance d'une intervention ou d'un programme donné. • Il a l'avantage d'intégrer deux notions importantes pour le système de santé publique en l'occurrence l'environnement et la mission. • Ne met pas clairement en évidence les liens qui existent entre les différentes composantes du système.

Tableau 3 : Les modèles intégrateurs (méthodologiques)

Modèles	Définition de la performance	Principales dimensions	Principales caractéristiques
Le Balanced Scorecard	« Un modèle multidimensionnel pour la description, l'implantation et la gestion de la stratégie à tous les niveaux de l'organisation en reliant les objectifs, les initiatives de même que les mesures à la stratégie. » (Kaplan and Norton, 1992)	- la perspective financière, - la perspective de la clientèle : le temps, la qualité du produit, l'efficacité et le bon service. - la perspective des processus internes de l'organisation : les compétences, les technologies et le système d'information. - la capacité de l'organisation d'apprendre et d'innover. (Kaplan et Norton, 1992)	- pouvant rendre compte de plusieurs aspects de la performance - facilite l'exécution de la stratégie en la clarifiant et en la rendant plus opérationnelle. (Norton et Kaplan) - identifie et rassemble les initiatives, lie le budget à la stratégie et aligne les processus organisationnels autour de cette dernière. (Norton et Kaplan) - difficulté de la mesure des relations de cause à effet entre les différentes composantes, encore plus ardue à estimer dans un contexte complexe et en perpétuel changement. - la linéarité de la relation entre les quatre dimensions plutôt que leur interdépendance. - ne prend compte que d'un nombre très restreint de parties prenantes. (Norreklit, 2000; Tremblay, 2003)

Modèles	Définition de la performance	Principales dimensions	Principales caractéristiques
Le modèle de l'Efficacité	La performance est définie comme « un jugement que porte un individu ou un groupe sur l'organisation, et plus précisément sur les activités, les produits, les résultats ou les effets qu'il attend d'elle. » (Morin, Savoie et Beaudin, 2005)	Il intègre 5 dimensions de la performance : • théorie des valeurs des ressources humaines • théorie de l'efficacité économique. • légitimité organisationnelle auprès des groupes externes. • pérennité de l'organisation : le degré de stabilité et la croissance de l'organisation. • arène politique : englobe les luttes de pouvoirs entre les différents acteurs de l'organisation et entre l'organisation et son environnement externe de même que la négociation qui a lieu entre eux pour le choix des mesures de la performance.	• pouvant rendre compte de plusieurs aspects de la performance • demeure difficile à opérationnaliser, car les liens entre les différentes dimensions sont difficiles à mesurer

Modèles	Définition de la performance	Principales dimensions	Principales caractéristiques
Le modèle EGIPSS	« Un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'organisation. On peut inférer ces qualités de la manière dont une organisation accomplit ses fonctions et de la nature de l'équilibre entre les fonctions de l'organisation. » (Sicotte et coll., 1998)	Adaptation : • Acquisition de ressources • Adaptation aux besoins de la population • Adaptation, exigences et tendances • Mobilisation de la communauté • Innovation et transformation • Attraction des clientèles Atteinte des buts : • Satisfaction globale de la population • Efficacité • Efficience • Équité Production : • Productivité • Volume de soins et services • Qualité de soins et services • Coordination de la production Maintien de valeurs : • Consensus sur les valeurs du système • Climat organisationnel	• s'inspire du modèle d'action sociale de Parsons. • rend compte de plusieurs approches théoriques de l'appréciation de la performance. • met l'accent sur l'équilibre à maintenir de façon constante entre les différentes dimensions. • les liens qui relient les différentes dimensions permettent de répondre à des questions évaluatives bien précises. • ouvre le débat autour de la performance en permettant aux différentes parties prenantes d'exprimer chacune sa perspective sur les résultats obtenus. • démontre un certain niveau de complexité pour les utilisateurs. .

Annexe 7 : Définitions des dimensions de la performance dans le modèle intégrateur (EGIPSS)

Fonction dans le modèle intégrateur	Dimension de la performance	Définition
Atteinte des buts	Satisfaction globale de la population	Niveau d'appréciation de la population à l'égard du système.
	Efficacité	Résultats de santé attribuables aux services du système.
	Efficience	Résultats de santé en fonction des sommes investies
	Productivité	Optimisation de la production en fonction des ressources
Production	Qualité	Ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible tel que défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc définie par la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles, de consommation et sociales sur plusieurs dimensions du processus.
	Volume de soins et services	
	Coordination de la production	Ensemble des arrangements formels qui permettent un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée.
	Acquisition de ressources	
Adaptation	Adaptation aux besoins de la population	Jusqu'à quel point les ressources et la structuration du système s'ajustent aux besoins de la population.
	Adaptation aux exigences et tendances	Adaptation à l'environnement, aux forces externes affectant le système (nouvelles technologies, mondialisation, vieillissement...)
	Mobilisation de la communauté	Étendue et intensité du capital social du système, du support et de l'appui dont il bénéficie.
	Innovation et transformation	Capacité du système à innover et à se transformer.
	Attraction des clientèles	Capacité à maintenir une présence de marché en attirant la clientèle (situation concurrentielle favorable)
	Consensus sur les valeurs du système : respect de la dignité, sécurité, service public, santé	Consensus sur les manières d'être et d'agir reconnues comme idéales. Système commun de références permettant aux acteurs de coopérer pour réaliser de façon efficiente le projet collectif dans lequel ils sont impliqués.
Maintien des valeurs	Climat organisationnel	« (...) une vaste catégorie de variables, organisationnelles plutôt que psychologiques, qui décrivent le contexte organisationnel des actions des individus. Ces variables organisationnelles comprennent les pratiques interpersonnelles (le climat social) et les significations établies avec intersubjectivité qui découlent de processus organisationnels logiques. » (Glick, 1988)

Source : Champagne et Contandriopoulos (2009 : 263).

Annexe 8 : Présentation des alignements proposées par le modèle intégrateur (EGIPSS)

L'alignement stratégique (adaptation – atteinte des buts) : « cette dimension de la performance évalue la compatibilité de la mise en œuvre des moyens (l'adaptation) en fonction des finalités organisationnelles (les buts) ; [ainsi que] la pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une plus grande adaptation organisationnelle ».

L'alignement allocatif (adaptation – production) : « cette dimension de la performance évalue la justesse d'allocation des moyens (l'adaptation) ; [et] comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de la production ».

L'alignement tactique (atteinte des buts – production) : « cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels à gouverner le système de production ; [et] comment les impératifs et les résultats de la production viennent modifier le choix des buts de l'organisation. On s'interroge alors sur la pertinence des buts ».

L'alignement opérationnel (maintien des valeurs – production) : cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement (ou négativement) le système de production, [ainsi que] l'impact des impératifs et des résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnels ».

L'alignement légitimatif (maintien des valeurs – atteinte des buts) : cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels ; [et] comment le choix

et la poursuite des buts de l'organisation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel ».

L'alignement contextuel (maintien des valeurs – adaptation) : cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement le système d'adaptation ; [et] comment les impératifs et les résultats de l'adaptation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel ».

Source : Sicotte et al. (1998)

Annexe 9 : L'adéquation entre les critères de décision et le modèle proposé

Premièrement, le modèle ÉGIPSS repose sur des assises théoriques solides intégrant les connaissances issues de diverses disciplines scientifiques (management, administration de la santé et gestion). En fait, le modèle correspond à une adaptation du modèle configurationnel de Sicotte et coll. (1998) qui incorpore, entre autres, les travaux de Parsons (1967), de Kaplan et Norton (1992) et de Morin, Savoie et Beaudoin (1994). Au cours des dernières années, ces travaux ont contribué grandement à l'avancement des connaissances en mesure de la performance. D'un point de vue conceptuel, le modèle résume clairement les grandes dimensions de la performance¹ ainsi que leur affiliation aux quatre modèles dominants dans la littérature² (Adler et Borys, 1996). De plus, le modèle permet de comprendre l'importance de maintenir les alignements entre les quatre fonctions (dimensions) afin de demeurer performant (Champagne et Contandriopoulos, 2008). D'un point de vue empirique, l'utilisation du modèle est aussi recommandée en raison des différentes expérimentations menées par le groupe de professeurs et de chercheurs de l'Université de Montréal tant au niveau international que local (Groupe EGIPSS, 2009).

Deuxièmement, l'utilisation du modèle ÉGIPSS permet de circonscrire la nature complexe de la performance en prenant en compte la vision la plus complète possible de la performance ainsi que les différents critères utiles pour appréhender les divers systèmes de valeurs considérés par les partenaires (Sicotte, 2007 : 306). Le modèle saisit le caractère dynamique et paradoxal de la performance résultant des tensions entre les quatre fonctions de l'organisation et de l'orchestration des échanges et des négociations entre les acteurs visant à accorder plus ou moins d'importance à l'une ou l'autre de ces fonctions (Contandriopoulos et coll., 2008: 4; Smits et coll. 2008: 48; Sicotte, 2007: 306).

Troisièmement, l'utilisation du modèle ÉGIPSS permet de représenter les particularités et les réalités complexes du système de santé publique. Tel que souligné par plusieurs auteurs, les systèmes qui produisent des services de santé publique sont complexes et adaptatifs, comprenant des interactions avec de multiples acteurs hétérogènes (Cowan et coll., 1999; Halverson, 2002 cité de Mays et coll., 2009: 256). Le modèle ÉGIPSS décrit le système de services de santé comme un sous-système du système de santé incluant l'ensemble des interventions ayant pour cible les problèmes sociaux et de santé spécifiques: il couvre toute la gamme des interventions des services préventifs aux services palliatifs, en passant par les services diagnostiques et curatifs (cf. **annexe 9.1**) (Champagne et Contandriopoulos, 2009 :252). Ainsi, le modèle ÉGIPSS comprend les grandes fonctions de la santé publique (surveillance, protection et promotion de la santé, prévention des maladies, évaluation du système des services de santé, développement des compétences en santé publique) (Lévesque et Bergeron, 2003).

Pour ce qui a trait à l'appréciation de la complexité et des réalités de la santé publique, le modèle offre une compréhension du dynamisme du système selon la théorie du système organisé d'action. Selon cette théorie, le système des services de santé est lui-même constitué de plusieurs sous-systèmes organisés d'action interdépendants ayant chacun un certain degré d'autonomie (cf. **annexe 9.2**). Cette théorie permet de considérer le système de la santé publique dans sa globalité et de tenir compte de diverses influences (les structures, les acteurs et leurs pratiques, les processus et les finalités) évoluant dans le temps et l'espace. Finalement, le modèle permet de juger la performance des interventions en santé publique en fonction d'un ensemble plus large de facteurs explicatifs des résultats observés. Il considère, entre autres, les variables relatives aux

¹ Les fonctions sont : (1) l'adaptation, (2) l'atteinte des buts, (3) la production et (4) le maintien et la promotion des valeurs organisationnelles.

² Le modèle rationnel des buts (Price, 1972), le modèle d'acquisition des ressources (Yuchtman et Seashore, 1967), le modèle des processus de production (Ketchen et al, 1996) et le modèle des relations humaines.

consensus sur les valeurs en santé publique, au développement des communautés et au climat organisationnel comme influentes sur les effets mesurés des interventions en santé publique.

Quatrièmement, l'emploi du modèle ÉGIPSS apparaît pertinent pour l'appréciation de la performance du PAR et des PAL, car il permet de répondre aux visées (objet, objectifs, mandant et bénéficiaires et informations demandées) formulées par la DSP et les CSSS. De plus, l'utilisation du modèle permet d'orienter la gouvernance de l'organisation dans un processus d'amélioration continue.

Cinquièmement, le modèle ÉGIPSS est utile pour la réalisation du présent projet, car il ne va pas à l'encontre des travaux sur la performance effectués actuellement par l'ASSSM : le modèle aborde l'ensemble des dimensions de la performance suggérées par le modèle organisationnel (cf. **annexes 9.3 et 9.4**)

Sixièmement, comme le modèle intègre les apprentissages découlant des expériences antérieures, il demeure sans conteste d'intérêt scientifique, administratif et politique. Ainsi, il se compare aisément aux approches développées en Europe (OMS, 2000; OMS, 2004; OCDE, 2002; NHS, 1997), au Canada (ICIS, 2003) et aux États-Unis (Arah et coll., 2003) (cf. **annexe 9.5**). De plus, ses propositions demeurent fidèles aux orientations des travaux antérieurs réalisés par la DSP et ses partenaires permettant ainsi une utilisation de ces derniers dans le cadre de l'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique de Montréal (modèles logiques, plan régional de surveillance, etc.).

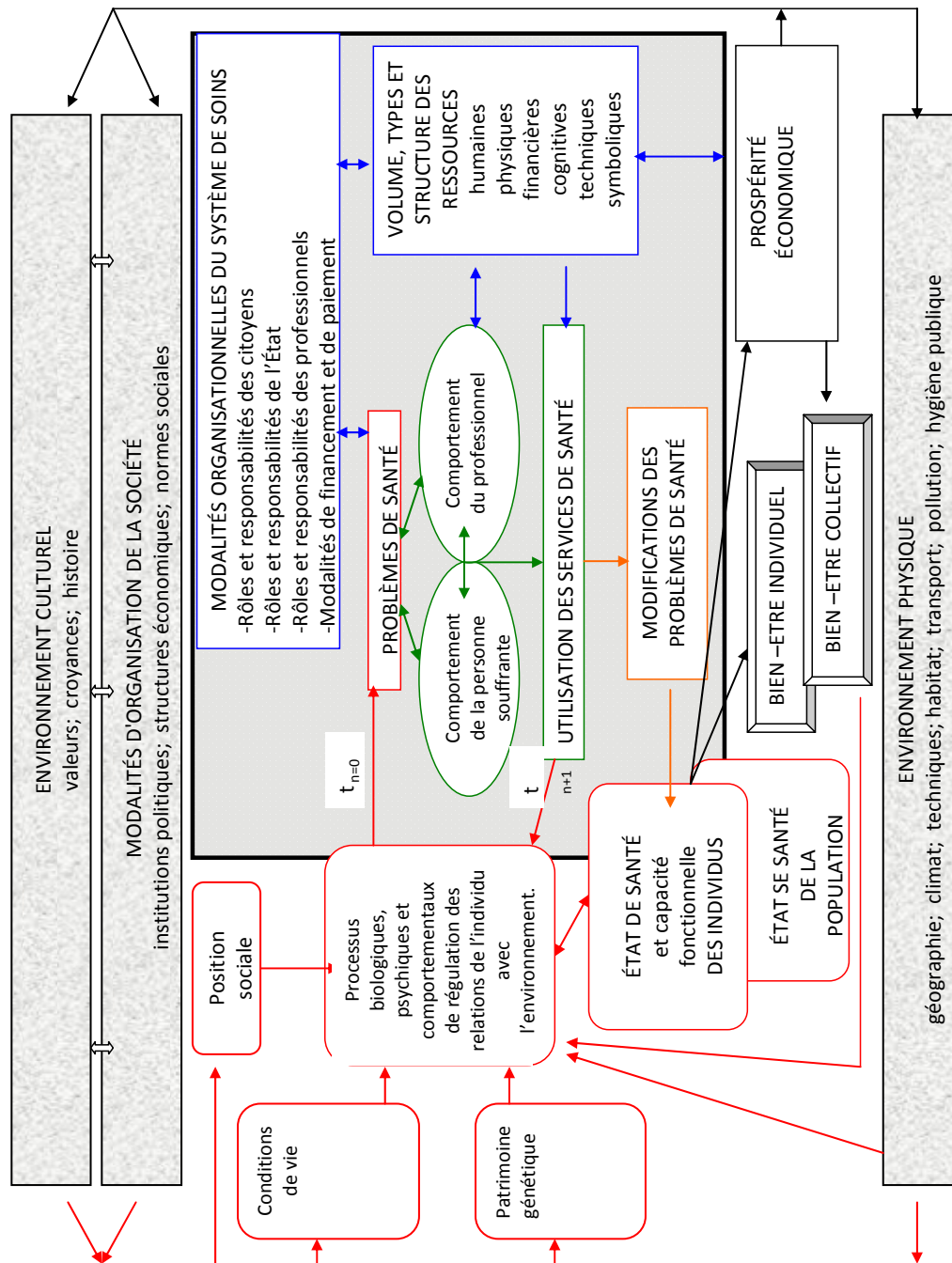
Critère de décision	Réponse du modèle au critère
S'appuyer sur une connaissance approfondie des théories relatives à la performance	- Le modèle correspond à une adaptation du modèle configurationnel de Sicotte et al. (1998). - Il est un des rares qui intègre les définitions complémentaires de la performance. (Smits et al. 2008: 48) - Il permet d'intégrer les grandes approches de la performance que l'on retrouve dans la littérature. (Champagne et coll., 2005; Sicotte, 2007 cité dans Contandriopoulos et al., 2008 : 4) - Le modèle de base est inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons. Cette théorie précise les quatre fonctions essentielles qu'une organisation doit constamment maintenir pour survivre : l'orientation vers les buts, une interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter, une intégration de ses processus interne pour produire et le maintien des valeurs et des normes. (Champagne et Contandriopoulos, 2008) - Chaque fonction de l'organisation est au centre d'un modèle singulier illustrant une dimension précise de la performance : chaque fonction intègre donc un des quatre modèles dominants de conception de la performance reconnus en gestion (le modèle rationnel des buts (Price, 1972), le modèle d'acquisition des ressources (Yuchtman et Seashore, 1967), le modèle des processus de production (Ketchen et al, 1996) et le modèle des relations humaines (Adler et Borys, 1996)). (Champagne et Contandriopoulos, 2008; Sicotte, 2007 : 307) - Le modèle utilise les travaux de Kaplan et Norton (1992) qui ont transformé la vision de la performance. Il ajoute aux données financières, les analyses des données opérationnelles relatives à la satisfaction de la clientèle, les processus internes et les activités d'amélioration et d'innovation. - Le modèle utilise aussi les travaux de Morin, Savoie et Beaudoin (1994) qui proposent d'insérer au modèle de la performance 4 dimensions (valeurs des ressources humaines, efficience économique, légitimité de l'organisation auprès des groupes externes et pérennité de l'organisation).

Critère de décision	Réponse du modèle au critère
Considérer la nature complexe et paradoxale de la performance	- Le modèle peut aider à mieux circonscrire la nature complexe de la performance en prenant en compte la vision la plus complète possible de la performance ainsi que les différents critères utiles pour appréhender les divers systèmes de valeurs considérés par les groupes d'acteurs. (Sicotte, 2007 : 306) - Dans la perspective du modèle intégrateur de Sicotte et al. (1998), la performance est définie comme un construit multidimensionnel qui devrait permettre aux différentes parties prenantes de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques de l'organisation en fonction de leurs croyances, connaissances, responsabilités, intérêts, projets, etc. (Champagne et Contandriopoulos, 2008 :264) - Le modèle permet de sortir de l'ornière de l'utilisation trop fréquente de cadres d'analyse de la performance réducteurs qui mettent l'accent sur un nombre trop limité de critères. (Sicotte, 2007 : 306) - Le modèle reflète la complexité de la performance organisationnelle. (Smits et al. 2008: 48) - L'intégration de différents modèles dans un modèle plus large, un métamodèle, peut aider à mieux circonscrire la nature complexe de la performance. Un modèle intégrateur qui permet la prise en compte la plus complète possible de la performance et de ses différents critères est utile pour pouvoir appréhender les divers systèmes de valeurs considérés par les groupes d'acteurs. (Sicotte, 2007 : 306) - Le modèle permet de saisir le caractère dynamique et paradoxal de la performance organisationnelle qui résulte de tensions entre les quatre fonctions de l'organisation et de l'orchestration des échanges et des négociations entre les acteurs visant à accorder plus ou moins d'importance à l'une ou l'autre de ces fonctions. (Contandriopoulos et al., 2008 : 4; Smits et al. 2008: 48) - L'appréciation de la performance nécessite donc, de par la nature complexe, multidimensionnelle et paradoxale de celle-ci, l'adoption d'une approche globale et configurationnelle.

Critère de décision	Réponse du modèle au critère
Représenter les multiples réalités du système de santé publique (mission, valeurs et fonctions)	- Comme le modèle de Parson (1951, 1977) est à la base du modèle de Sicotte et al. (1998), le modèle ÉGIPSS permet de cerner les quatre fonctions génériques des systèmes sociaux d'action. - Le modèle paraît être la solution la plus apte à assurer l'élaboration d'un cadre de reddition de comptes adapté à la complexité des organisations du domaine de la santé et du système de soins. (Sicotte, 2007 : 306) - Le modèle conçoit les établissements de santé comme des systèmes organisés d'action. (Contandriopoulos et al., 2008 : 3) - Contrairement aux autres modèles, le modèle ÉGIPSS introduit des facteurs explicatifs important quant aux résultats observés en santé publique. Il considère, entre autres, les variables relatives aux consensus sur les valeurs en santé, au développement des communautés et au climat organisationnel. - Une adaptation du modèle aux réalités du système de la santé publique est à prévoir pour insister davantage sur la mission, les valeurs, les fonctions et notre capacité réelle à produire des changements sur la santé et le bien-être de la population.
Respecter les visés du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique (objet, buts, utilisateur, bénéficiaire et informations souhaitées)	- Le modèle répond très bien à l'ensemble des visés poursuivis par le déploiement du système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique.
Se conformer au modèle développé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	- L'ensemble des dimensions du modèle de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal se retrouve dans le modèle EGIPSS (cf, annexe 9,4).

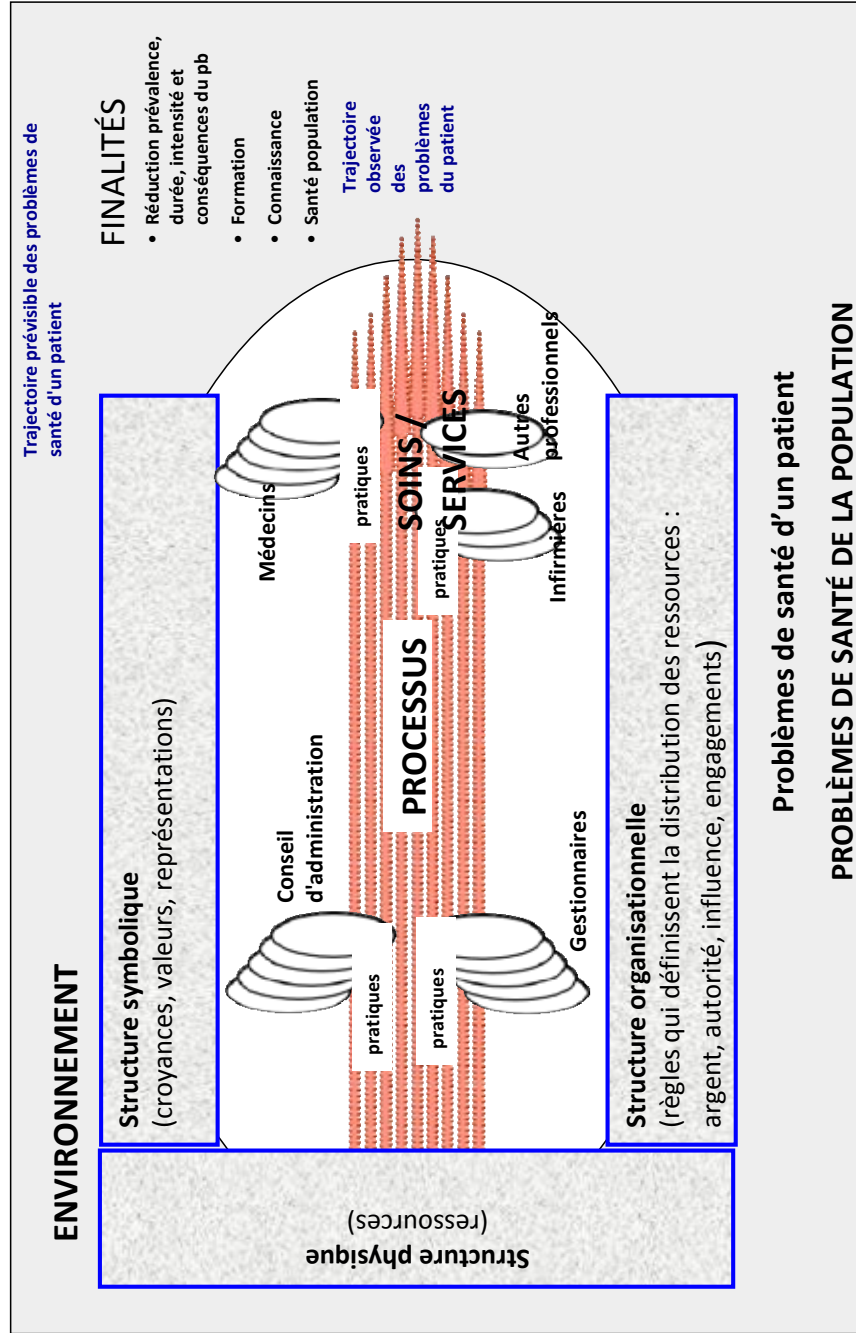
Critère de décision	Réponse du modèle au critère
Intégrer les apprentissages découlant des expériences antérieures	- Les propositions du modèle sont conformes aux travaux antérieurs réalisés par la DSP et ses partenaires et permettent une utilisation de ces derniers (modèles logiques, plan régional de surveillance, etc.). - Le modèle a un caractère suffisamment général pour permettre de comparer les approches développées en Europe (OMS, 2000; OMS, 2004; OCDE, 2002; NHS, 1997), au Canada (ICIS, 2003) et aux États-Unis (Arah et coll., 2003). (Contandriopoulos et al., 2008 : 3) - Plusieurs dimensions évaluées par les modèles répertoriés se retrouvent dans le modèle EGIPSS (cf. annexe 7).

Annexe 9.1 : Une vision globale du système de santé



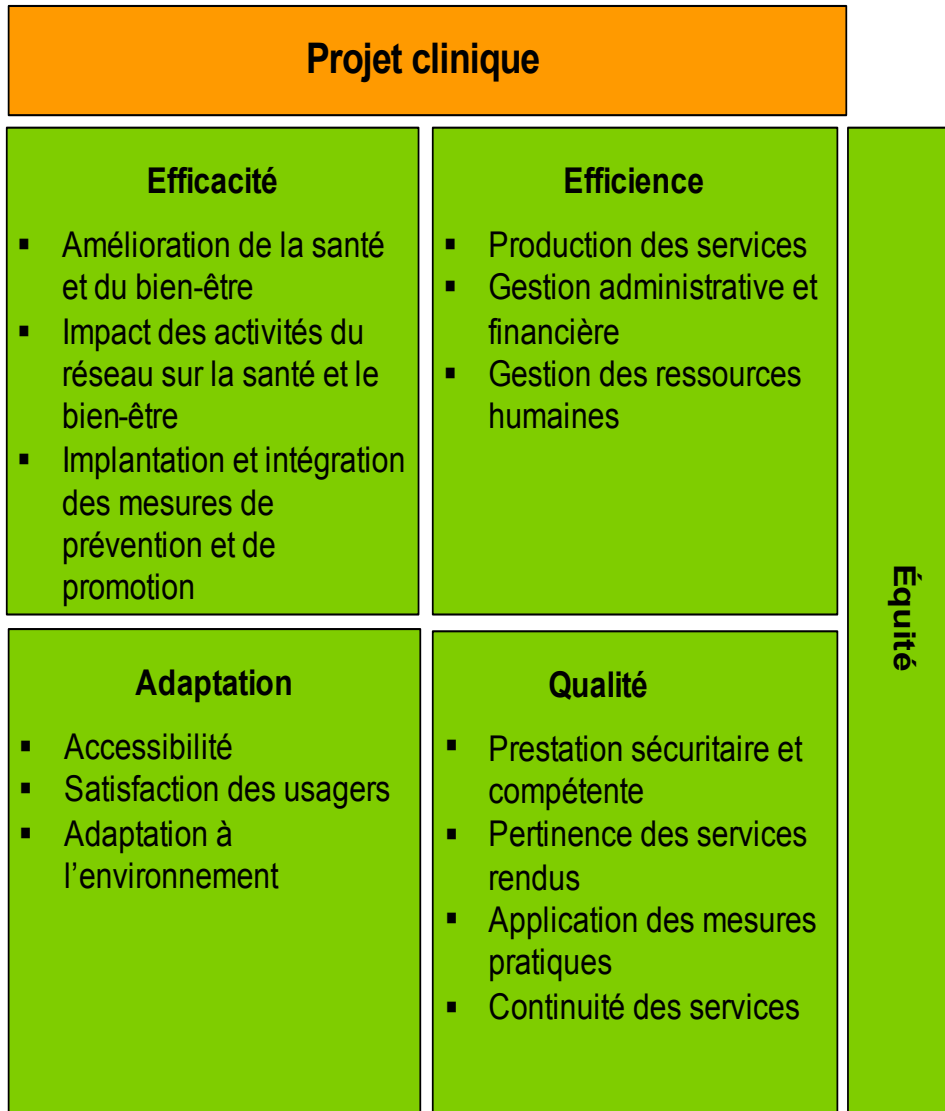
Source : Champagne et Contandriopoulos (2009 : 253).

Annexe 9.2 : Le système de soins de santé comme système organisé d'action

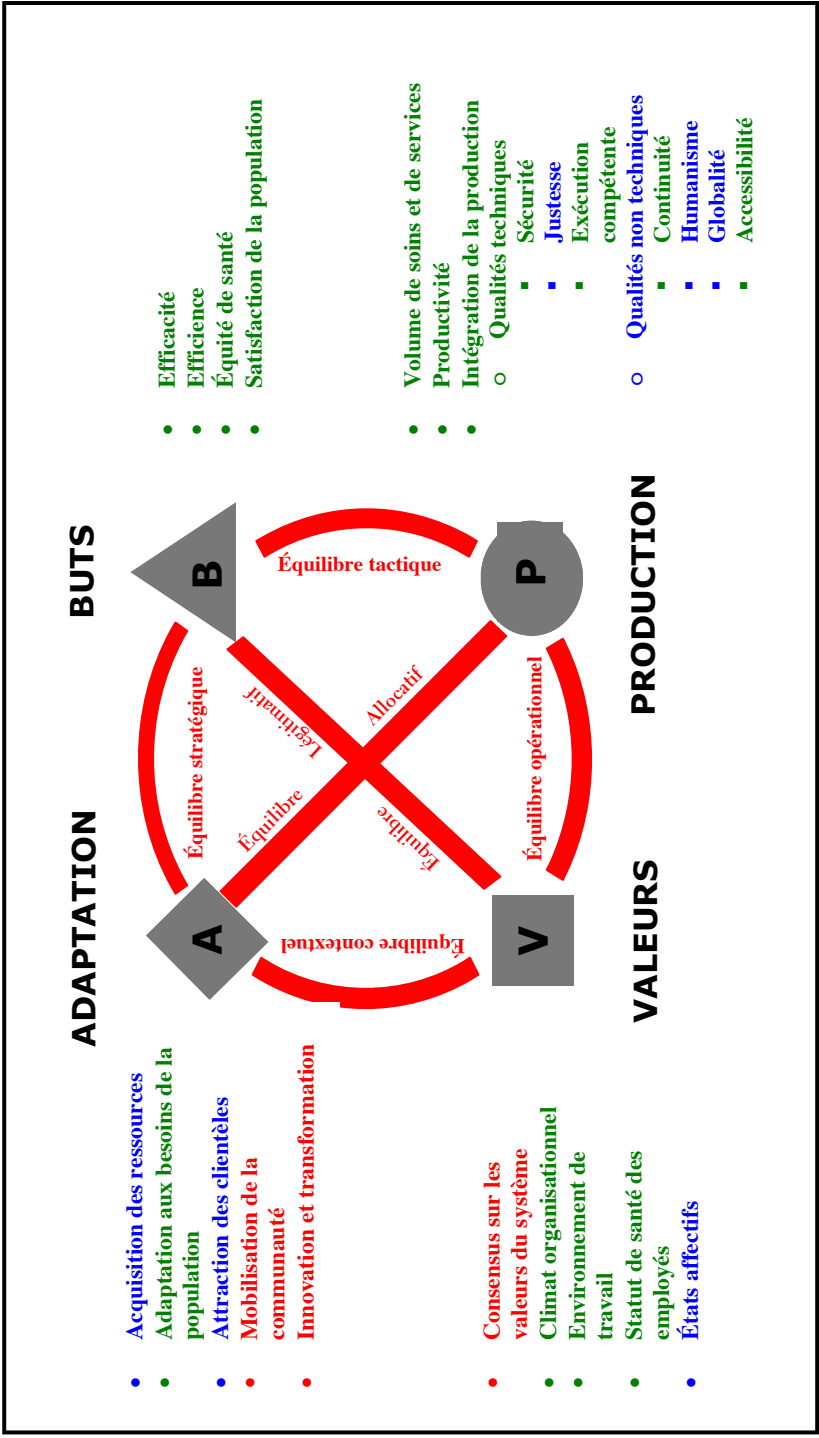


Source : Champagne et Contandriopoulos (2009 : 254).

Annexe 9.3 : Le modèle de l'Agence de Montréal



Annexe 9.4 : Principales dimensions de la performance du modèle de l'Agence et de la santé et des services sociaux de Montréal et leur place dans le modèle intégrateur



LÉGENDE

Couleur	Correspondance dans le modèle de l'Agence
■	Présent dans le modèle de l'Agence
■	Absent du modèle de l'Agence
■	Plus value du modèle EGIPSS

Annexe 9.5 : Principales dimensions de la performance des différents cadres d'évaluation et leur place dans le modèle intégrateur

Dimensions de la performance	ÉGIPSS	OMS	OCDE	NHS Royaume-Uni	IOM États-Unis	JCHAO Unis États-	NHCOR États-Unis	Nouvelle-Zélande	Australie	ICIS Canada
1-Amélioration de la santé	B	x	x	x						
• niveau général de santé	B	x	x						x	x
• distribution de la santé dans la population	B	x	x							
2-Efficience	B		x	x	x	x		x	x	x
3-Efficacité	B				x	x	x	x	x	x
4-Efficacité clinique	B									
5-Équité	B	x	x		x				x	
• équité financière	B	x	x							
• équité d'accès	B		x	x				x		
• équité sanitaire	B		x							
6-Accessibilité	P					x			x	x
7-Caractère approprié	P					x			x	x
8-Qualité	P	x		x					x	x
9-Prestation efficace de soins appropriés	P			x						
10-Expérience patient vs prodiguer de soins	P			x						

Dimensions de la performance	EGIPSS	OMS	OCDE	NHS Royaume-Uni	IOM Etats-Unis	JCHAO Unis Etats-	NHCOR Etas-Unis	Nouvelle- Zélande	Australie	ICIS Canada
11-Système axé sur les patients	P				x		x	x		
• souci du service au client	P									
• respect	P									
12-Au moment opportun	P				x	x				
13-Continuité	P					x			x	x
14-Capacité	A								x	x
15-Viabilité	A								x	x
16-Gouvernance réactive	A									
17-Réactivité	A	x	x			x	x		x	x
• Degré général	A	x	x							
• Distribution	A	x	x							
18-Sécurité	V				x	x	x	x	x	
• sécurité des patients	V									
• sécurité du personnel	V									
• sécurité environnementale	V									
19-Souci du personnel	V									
20-Déterminants de la santé									x	x

Source de données : Champagne et coll. (2004). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de service de santé : le modèle EGIPSS : rapport technique, GRIS Université de Montréal.
Légende : A = adaptation V = valeurs B = buts P = production

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Cadre de référence pour le développement conjoint (CSSS/DSP) d'un système d'appréciation de la performance du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'action locaux (PAL) en santé publique du territoire montréalais	5 \$	
		NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)	
		978-2-89494-892-7	

NOM				
ADRESSE				
	N°	RUE	APP.	
	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE			TÉLÉCOPIEUR	

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la **Direction de santé publique de Montréal**

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

