

Mesure de la performance du système de santé et production de rapports au Canada : possibilités d'optimisation

Mai 2012



Health Council of Canada
Conseil canadien de la santé

Table des matières

- 4 Introduction
- 8 Section un : Vue d'ensemble de la production de rapports sur la performance du système de santé au Canada
- 16 Section deux : Pratiques émergentes en matière de rapports sur la performance du système de santé
- 26 Section trois : Optimiser la production de rapports sur la performance du système de santé pour améliorer la reddition de comptes
- 29 Observations finales
- 30 Bibliographie

Liste des tableaux et des figures

- 12 Figure 1 : Production de rapports sur les indicateurs de santé au Canada
- 13 Tableau 1 : Production de rapports sur la performance par les conseils de la qualité de la santé
- 21 Tableau 2 : Harmonisation des priorités provinciales et régionales : ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et Régie de la santé de l'Île de Vancouver
- 24 Tableau 3 : Harmonisation des priorités provinciales et régionales : ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador et Autorité de santé régionale Eastern Health
- 27 Figure 2 : Harmonisation des activités de production de rapports sur la santé et la performance des systèmes de santé à l'échelle pancanadienne, régionale et locale

À propos du Conseil canadien de la santé

Créé dans la foulée de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, le Conseil canadien de la santé est un organisme national indépendant qui prépare des rapports sur les progrès dans le renouvellement des soins de santé au Canada. Le Conseil offre une perspective globale du système de santé face à la réforme des soins au Canada et diffuse à travers le pays de l'information sur les pratiques exemplaires et l'innovation. Ses conseillers sont nommés par les gouvernements provinciaux et territoriaux participants et par le gouvernement du Canada.

Pour télécharger les rapports du Conseil canadien de la santé et d'autres renseignements le concernant, consultez le conseilcanadiendelasante.ca.

Conseillers

- D^r Jack Kitts (président)
- D^r Bruce Beaton
- D^{re} Catherine Cook
- M^{me} Cheryl Doiron
- D^r Dennis Kendel
- M^{me} Lyn McLeod
- D^r Michael Moffatt
- M. Murray Ramsden
- D^{re} Ingrid Sketris, Ph.D.
- D^r Les Vertesi
- M. Gerald White
- D^r Charles J. Wright
- M. Bruce Cooper (membre de droit)

Avant-propos

Un thème récurrent des discussions des chefs de file des soins de santé et des responsables politiques, alors que nous approchons du terme des présents accords sur la santé et que nous commençons à distinguer plus clairement les nouvelles possibilités et les nouveaux défis qui constitueront le contexte de notre futur système de santé, se trouve à être la nécessité d'améliorer la performance globale du système de soins de santé au Canada.

Les rapports Kirby et Romanow de 2002 et de 2003 se prononçaient en faveur d'une meilleure reddition de comptes dans le système des soins de santé, non seulement en ce qui concerne l'argent dépensé, mais aussi pour ce qui est de la qualité des soins de santé. De façon similaire, les engagements pris dans les accords de santé de 2003 et de 2004 pour l'amélioration du système des soins de santé comprenaient la volonté primordiale d'améliorer la responsabilisation et la diffusion d'informations sur la performance.

Presque une décennie plus tard, la capacité à fournir des données qu'ont des organisations telles Santé Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada s'est améliorée et la transmission de données s'est accrue au niveau provincial par le biais des conseils de la qualité de la santé, des ministères de la Santé des provinces et d'autres organismes. Toutefois, malgré l'amplification de cette activité de transmission des données, nous n'avons pris que des mesures limitées pour assurer une meilleure reddition de comptes en matière de dépenses et de performance de la santé.

Donc, que faut-il améliorer? En principe, pour que le système de santé rende compte de sa performance aux gouvernements, ceux-ci doivent fixer à leurs politiques des buts et des objectifs d'application plus précis. Ces buts et ces objectifs doivent à leur tour s'accompagner d'indicateurs appropriés et mesurables qui nous disent comment on atteint les cibles et, en définitive, si les buts des politiques sont pris en compte.

De façon similaire, pour que les gouvernements remplissent envers le public leur obligation redditionnelle, ils doivent indiquer clairement quels sont leurs buts, et comment ils pensent les atteindre. Il nous faut des rapports publics indépendants sur la performance du système de santé pour savoir où se situent tant les réussites que les insuffisances.

Dans ce document, nous présentons plusieurs exemples où une planification stratégique de la santé guidée par les buts, d'une part, et la diffusion d'information sur la performance, d'autre part, sont des éléments d'initiatives visant à améliorer la responsabilisation dans les systèmes de soins de santé, au Canada comme à l'échelle internationale. Nous présentons aussi certaines idées qui permettent de lancer un débat sur la façon d'améliorer la diffusion de l'information quant à la performance au Canada, compte tenu de la capacité actuelle du pays, ce qui permettra, à son tour, de favoriser une meilleure reddition de comptes de la performance du système de santé.

Nous espérons que cette étude constituera une contribution utile et opportune aux délibérations de tous ceux qui réfléchissent à l'avenir du système de soins de santé du Canada.

Cordialement,

D^r Jack Kitts
Président, Conseil canadien de la santé

Introduction

« Nous voulons pouvoir garantir que l'argent que nous investissons dans la santé ira là où il est le plus nécessaire. Nous voulons qu'on nous rende des comptes et nous voulons des résultats¹. »

—La ministre de la Santé, Leona Aglukkaq, s'adressant à l'Association médicale canadienne, août 2011

L'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2003 et le Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004 énonçaient les ententes prises entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires pour améliorer les soins de santé^{2,3}. Elles s'accompagnaient d'un financement supplémentaire pour la santé apporté par le gouvernement fédéral et qui incluait, pour une période de 10 ans, une hausse annuelle de 6 % devant prendre fin en 2013-2014⁴. Le Conseil canadien de la santé, créé à la suite de ces accords, recevait le mandat de surveiller leur mise en œuvre et d'en faire rapport aux Canadiens. Afin de rendre des comptes à la population canadienne, les gouvernements s'engageaient aussi à présenter régulièrement des rapports sur les progrès de l'ensemble des réformes de la santé prévues dans les deux accords^{2,3}.

Depuis la création des accords sur la santé, la quantité de données provenant du système de santé recueillies et analysées au Canada a explosé. La diffusion d'informations au moyen de divers indicateurs de santé est maintenant à l'avant-plan à tous les niveaux du système de santé : elle permet de suivre l'évolution des résultats de santé, de présenter au public des rapports sur les services fournis, de guider la planification et de stimuler l'amélioration de la qualité.

Il en résulte que les prestataires et les planificateurs des soins de santé reçoivent d'une multitude de provenances des demandes de collecte de données toujours plus nombreuses, souvent sous des formes différentes et pour

les besoins de différents types de rapports^{5,6}. Même si l'on reconnaît généralement que ces informations sont recueillies dans le cadre général de la reddition de comptes et de l'amélioration de la qualité, la manière dont les données seront interprétées et les fins auxquelles elles seront utilisées ne sont pas toujours évidentes.

Une raison majeure de cette confusion est la diversité des sources de données, des méthodes de collecte, des approches analytiques et des formats des rapports d'un bout à l'autre du Canada. Il arrive souvent que les mêmes données, lorsqu'elles sont analysées et diffusées par différentes organisations, ne produisent pas des résultats comparables. Ceci soulève des questions de fiabilité et exige souvent la répétition inutile d'activités de communication des données.

Au cœur de toute cette effervescence, nous avons peut-être perdu de vue des questions plus vastes : apportons-nous à la prestation des soins de santé les améliorations prévues dans les accords? Comment le système a-t-il contribué à l'amélioration de la santé des Canadiens?

Les accords venant à échéance en 2014, la ministre fédérale de la Santé a suggéré que nous devons rendre le système plus durable, que nous avons besoin d'améliorer la responsabilisation et d'obtenir de meilleurs résultats pour les Canadiens, et qu'il nous faut une approche permettant de mesurer la performance de tous les systèmes de santé du Canada⁷⁻⁹ et d'en faire rapport.

Du point de vue du Conseil canadien de la santé, l'absence d'informations claires et cohérentes à l'échelle nationale sur la performance du système de soins de santé continue de nous créer des difficultés quand il s'agit de présenter de façon détaillée un panorama national des progrès réalisés en matière de prestation de soins de santé, tel qu'énoncé dans les accords actuellement en vigueur.

L'avenir n'amènera pas de changements, à moins que nous nous décidions à changer la façon dont nous menons nos affaires aujourd'hui. Il est manifeste que nous avons besoin de meilleures méthodes pour établir nos objectifs, évaluer les réalisations et reconnaître les disparités dans la dispensation des soins de santé dans l'ensemble du Canada.

Dans ce document, nous allons examiner quelle est, pour rendre compte de la performance de leur système de santé, la capacité actuelle des gouvernements et de leurs organismes chargés de l'information et de la qualité en matière de santé. Nous donnerons aussi en exemple, à partir de réalités canadiennes et internationales, des gouvernements qui utilisent des mécanismes optimisés de production de rapports sur la performance pour valider leurs priorités et leurs objectifs de soins de santé. Pour ce faire, ils font appel à des plans stratégiques sur la santé qui orientent l'implantation des services; ceux-ci sont complétés par des cadres de production de rapports dotés d'indicateurs de santé qui permettent d'examiner la performance pendant une période préétablie et de faire régulièrement rapport au public des

réalisations. Ces plans stratégiques sont révisés régulièrement en fonction de la fluctuation des circonstances politiques, économiques et sociales de chaque secteur de compétence. Certains gouvernements se servent de programmes de financement fondés sur la performance comme élément moteur de l'amélioration de la performance et de la réalisation de leurs objectifs de soins de santé.

Comment pouvons-nous, comme nation, améliorer notre façon de fixer des objectifs et de mesurer l'évolution des soins de santé et de l'état de santé des Canadiens? Comment pouvons-nous nous assurer que les activités ciblent des résultats positifs? Comment améliorons-nous la reddition de comptes envers les résultats à atteindre, particulièrement eu égard à l'importance des ressources publiques allouées à la prestation des soins de santé au Canada? Ces questions sont antérieures aux accords actuels sur la santé et attendent toujours une réponse.

L'objet de la présente étude est de mettre en évidence l'importance de la diffusion d'informations sur la performance du système de soins de santé canadien et de mieux nous faire prendre conscience collectivement de ses possibilités d'optimisation, dans le souci de favoriser une responsabilisation accrue.

Glossaire des termes et des concepts.

On utilise de nombreux termes, dont « données de santé » et « indicateurs de santé », pour décrire la diffusion d'informations sur la santé. Le Conseil canadien de la santé a publié en 2011 un rapport intitulé *Le Guide du citoyen sur les indicateurs de la santé*, qui offre une vue d'ensemble de la présentation de rapports sur les indicateurs de santé, y compris les définitions et les concepts de base¹⁰. Veuillez vous reporter à ce document pour toute information à ce sujet. Nous présentons ici la terminologie et les concepts utilisés dans le présent rapport.

Reddition de comptes

La reddition de comptes constitue une raison courante de faire rapport au public sur les indicateurs de santé. Cependant, cette notion n'est pas bien comprise, et on l'utilise souvent pour expliquer ou justifier différents objectifs stratégiques ou tactiques, particulièrement dans les soins de santé¹¹. D'une manière générale, la reddition de comptes suggère une gouvernance réactive et responsable, qui s'assortit d'un comportement éthique et de la capacité de stimuler la performance souhaitée par le biais de la réglementation et de la surveillance^{12,13}. Dans les soins de santé, être responsable signifie assumer la responsabilité d'activités et de décisions¹⁴, et ce terme est souvent utilisé dans le contexte de décisions financières, de performance des soins de santé, ou de mesures prises par les gouvernements et les politiciens¹⁵.

Au Canada, le terme « responsabilisation » (« obligation redditionnelle ») a été utilisé tant dans le passé^{2,3,16,17} qu'actuellement^{1,7-9} pour décrire un outil potentiel qui peut servir à obtenir des améliorations dans les soins de santé. Cependant, l'utilisation de ce terme dans le contexte des soins de santé canadiens est problématique : qui est tenu responsable, envers qui, de quoi et dans quel but? Au minimum, pour qu'une personne ou une organisation soit tenue responsable de résultats, il faut une responsabilité clairement identifiée, des objectifs clairement énoncés, des informations sur la performance exactes et disponibles en temps utile, des ressources adéquates et l'autorité ou le pouvoir d'imposer des conséquences lorsque les objectifs sont – ou ne sont pas – atteints¹⁸.

Repères

Les repères sont des normes ou des points de référence en fonction desquels les indicateurs de santé sont mesurés. Ces normes sont adoptées par des experts dans le cadre de concertations externes^{10,19}.

Données de santé/données du système de santé

Les données fournissent les informations à partir desquelles sont produits les indicateurs de santé¹⁹. Dans le contexte de ce rapport, « données de santé » ou « données du système de santé » se réfère aux informations recueillies sur l'état de santé, les troubles de la santé et les services de soins de santé. Ces informations, ou données, proviennent de nombreuses sources au Canada, notamment de registres, d'enquêtes et de bases de données administratives concernant la santé.

Indicateurs de santé

Les indicateurs de santé sont des mesures récapitulatives de la santé et des facteurs qui influent sur la santé¹⁰. Dans un contexte approprié, les indicateurs de santé peuvent fournir des critères permettant de comparer et de mesurer la performance^{10,19}. Les indicateurs permettent aux planificateurs du domaine de la santé de voir comment la santé des gens et leurs expériences des soins de santé varient de part et d'autre du pays et parmi des groupes différents, par exemple les personnes ayant des statuts socioéconomiques différents. Ce sont des outils grâce auxquels les collectivités et les gouvernements, ainsi que les organisations et les prestataires de soins de santé peuvent savoir d'où ils viennent, dans quelle direction ils font route, et où ils ont besoin d'améliorations^{10,19}.

Mesure de la performance

Dans les soins de santé, la performance correspond au degré selon lequel la prestation de services de soins de santé ou l'activité du système de santé atteint des niveaux, des repères ou des objectifs¹⁹.

Amélioration de la qualité

L'expression « amélioration de la qualité » se rapporte à une série d'activités conçues en vue d'améliorer la pratique clinique²⁰. C'est un processus guidé par les données²¹, qui fait appel à l'évaluation et à la surveillance des indicateurs de santé pour inspirer ces activités²². Les indicateurs de santé peuvent servir à déterminer où pourraient se révéler des problèmes dans la qualité des soins.

La surveillance continue des indicateurs de santé au cours des initiatives d'amélioration de la qualité peut permettre de déterminer si la qualité des soins s'améliore.

Surveillance

Présenter des rapports de surveillance sur les indicateurs de santé suppose une analyse systématique et régulière des données de santé. On les utilise pour découvrir des tendances ou déceler des problèmes émergents dans le temps, comme la prévalence de comportements liés au mode de vie (par ex., le tabagisme) ou l'incidence et la prévalence de maladies (par ex., la grippe)¹⁹.

Transparence

Dans ce contexte, la transparence se traduit par le partage général d'informations sur la santé. Elle sert souvent de justification à des rapports publics sur les indicateurs de santé ou sur la performance²³. Certains considèrent que la communication transparente d'informations sur les objectifs, sur les résultats des indicateurs de santé et sur la performance est essentielle aux efforts d'amélioration de la qualité et devrait être le fondement des systèmes de santé axés sur la qualité²³.

SECTION UN

Vue d'ensemble de la production de rapports sur la performance du système de santé au Canada

« La volonté d'améliorer la qualité des soins de santé au Canada a entraîné un besoin grandissant de mesures efficaces, effectuées en temps voulu, touchant presque tous ses aspects. Du coup, à travers tout le pays, les gens font la chasse aux données, définissant des indicateurs d'une façon au mieux désorganisée et au pire, redondante, répétitive et contre-productive – un état de chose que l'on appelle le “chaos des indicateurs”²⁴ ».

—British Columbia Patient Safety and Quality Council

Comme il en a été fait mention dans l'introduction, la production de rapports sur la santé, notamment sur les indicateurs de santé, s'est nettement accrue au Canada. En dépit de tous ces efforts, on ne sait pas vraiment si l'augmentation de la diffusion d'informations a conduit à des améliorations de la performance du système de soins de santé, ni si elle a eu les répercussions souhaitées sur les résultats et l'état de santé des Canadiens²⁵. En outre, cette communication accrue n'a pas amélioré de façon sensible

la capacité du Conseil de la santé à faire rapport des progrès réalisés envers les engagements des accords sur la santé²⁶.

Dans cette section, nous examinons les raisons de l'amplification de cette activité, nous identifions les principaux participants, puis nous mettons en contexte et commentons l'état actuel de la production de rapports publics sur les indicateurs de santé et sur la performance du système de soins de santé au Canada.

Les rapports sur la performance du système de santé au Canada : un peu d'histoire

Le tout début du millénaire a vu la publication de plusieurs rapports décisifs sur la situation des soins de santé au Canada, qui démontraient la nécessité d'une réforme. Le communiqué des premiers ministres sur la santé de 2000 a été suivi en 2002 par le rapport d'un comité sénatorial intitulé *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral* (connu sous le nom de rapport Kirby) et par le rapport Romanow, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Ces trois documents reconnaissent tous la nécessité d'améliorer la transparence et l'obligation redditionnelle dans les soins de santé, et recommandaient de faire régulièrement rapport au public de l'état du système des soins de santé ainsi que des résultats et de l'état de santé des Canadiens^{16,17,27}.

À la suite de ces rapports, les premiers ministres ont participé à deux réunions successives sur la santé, qui se sont concrétisées par des accords importants dans ce domaine en 2003 et en 2004. Ces accords comportent une série d'engagements qui exigent que chaque province et territoire, de même que le gouvernement fédéral, mettent en place des réformes dans certains secteurs du système de santé et fassent rapport au public de leurs progrès^{2,3}.

Plus particulièrement, dans l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* de 2003, les gouvernements se sont engagés à présenter régulièrement des rapports sur un ensemble d'indicateurs de santé, dont l'accessibilité des prestataires et des services de santé, les temps d'attente et les mesures d'activité ou de volume pour certains actes médicaux, et l'évolution des résultats de santé². Ce qui était visé, c'était l'amélioration, de la part des gouvernements, de la responsabilisation et de la production de rapports sur la performance des soins de santé, dans le cadre de réformes qui reposaient sur une contribution financière importante du gouvernement fédéral².

L'accord de 2004, le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, est allé plus loin et, pour la première fois, a inclus l'engagement des gouvernements d'établir des buts et des objectifs de réduction des temps d'attente pour certaines interventions ainsi que de faire rapport au public des progrès

accomplis dans la réalisation de ces objectifs³. Toutefois, d'autres engagements n'avaient pas des buts, des cibles ou des repères aussi clairement définis pour permettre aux secteurs de compétence de fixer des objectifs de performance, de planifier leurs stratégies de renouvellement des soins de santé et d'évaluer leurs progrès dans la réalisation de leurs réformes des soins de santé.

Un exemple de cette absence d'objectifs clairement définis se trouve dans un engagement pris dans les accords de 2003 : à l'horizon de 2011, 50 % des Canadiens devaient avoir accès à des équipes multidisciplinaires de soins². Cet accord sur la santé ne définit pas ce qu'est l'équipe, et ne donne pas non plus d'orientation précise sur les buts plus généraux que les équipes devaient poursuivre : l'objectif était-il d'améliorer la santé grâce à de meilleurs soins primaires, d'optimiser l'accessibilité à ces soins, ou tout simplement d'élargir les services de soins de santé primaires?

Comme nous l'indiquions en 2009 dans notre rapport *Équipes à l'œuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*, les instances gouvernementales ont fait preuve d'une ferme volonté d'implanter les soins d'équipe, en faisant appel à une toute une série d'approches souvent novatrices²⁹. Mais comme les accords sur la santé étaient dépourvus d'objectifs précis, la définition des équipes diffère significativement selon les instances, leur recherche d'information manque de cohérence, et leurs évaluations limitées ne suffisent pas à déterminer quelle combinaison de professionnels de la santé répondrait le mieux à des besoins particuliers²⁸. La recherche affirme que l'utilisation des équipes s'est traduite par des améliorations dans les soins aux personnes atteintes de maladies chroniques²⁹ et à des populations précises, par exemple, les personnes âgées³⁰. Mais nous ne disposons pas d'ensembles de données concordantes ou comparables permettant de cerner l'influence de ces équipes sur l'accès des Canadiens aux soins de santé primaires, leur efficacité à réduire les visites aux services d'urgence et leurs conséquences globales sur la santé des Canadiens³⁰.

Les rapports sur la performance du système de santé au Canada : la situation actuelle

En raison de ce désir accru de surveiller la performance du système de soins de santé et de stimuler l'amélioration de la qualité, un grand nombre d'organisations, de gouvernements, de conseils provinciaux de la qualité de la santé et de chercheurs procèdent maintenant à la collecte et à l'analyse de données sur les indicateurs de santé afin de produire des rapports sur la qualité des soins de santé, sur les résultats de santé et sur l'état de santé. La figure 1 offre un aperçu de plusieurs de ces acteurs, dont les initiatives sont décrites plus en détail ci-dessous.

Beaucoup d'organisations qui diffusent des informations sur les indicateurs de santé ou sur la performance du système de soins de santé utilisent les mêmes sources de données et les mêmes indicateurs de santé, mais elles ne se servent pas toujours des mêmes approches ou des mêmes méthodes pour analyser les données⁵. Il en découle une répétition inutile des travaux, de même que des résultats hétérogènes qu'on ne peut pas comparer de façon fiable. Ceci limite la capacité du Conseil de la santé à produire des rapports sur les effets généraux de la réforme des soins de santé au Canada.

Nous présentons ci-dessous un examen plus approfondi des mesures pancanadiennes et provinciales relatives à la collecte de données et à la surveillance des progrès, ainsi que de ce que ces informations nous disent – ou ne nous disent pas.

Les rapports sur la performance du système de santé à l'échelle pancanadienne

À l'échelle pancanadienne, l'Institut canadien d'information sur la santé publie régulièrement des rapports très complets sur le système de santé, de même que sur les résultats de santé et sur l'état de santé des Canadiens, en se servant d'indicateurs de santé provenant de données comparables. Le gouvernement fédéral produit également des rapports sur des indicateurs de santé par le canal de l'Agence de santé publique du Canada, de Statistique Canada et de Santé Canada³¹.

Les rapports que produisent ces organisations sont comme suit :

L'**Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)** fait rapport sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens³². L'ICIS a la responsabilité de recueillir des données administratives liées à l'utilisation des services de soins de santé et œuvre à élaborer des normes de mesure qui permettront de faire une comparaison pancanadienne des données présentées au moyen d'indicateurs de la santé³³⁻³⁵. L'ICIS se sert aussi de données provenant d'autres sources, y compris de Statistique Canada.

Il publie chaque année deux rapports sur la santé en général et sur la performance du système de soins de santé au Canada, *Indicateurs de santé et Les soins de santé au Canada. Indicateurs de santé*, produit conjointement avec Statistique Canada, apporte sur les indicateurs de santé des informations comparables pour tout le pays, fournissant des données à l'échelle des provinces et des régions sociosanitaires³⁶. Ce rapport présente des comparaisons statistiques des moyennes nationales, provinciales ou régionales, accompagnées d'une interprétation des données. *Les soins de santé au Canada* offre principalement un panorama national de l'état de santé des Canadiens et de la performance du système de santé, fournit une interprétation des données et, au besoin, effectue des comparaisons à l'échelle internationale des données des indicateurs de santé. L'ICIS publie aussi des rapports sur des sujets précis et sur des troubles de santé particuliers, certains sous la forme de projets ponctuels, d'autres plus régulièrement.

L'ICIS a reçu en 2004 le mandat de faire rapport des progrès réalisés relativement aux engagements sur les temps d'attente pris dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, et a par la suite collaboré avec les provinces et les territoires à la création d'infrastructures de données comparables afin de produire les rapports requis^{3,37}.

L'ICIS continue de travailler à la création de nouvelles infrastructures de données et d'indicateurs de santé que l'on pourrait rapporter d'une façon comparable de part et d'autre du pays. Ainsi, une base de données sur les soins à domicile a été mise au point³⁸, un ensemble normalisé d'indicateurs servant à faire rapport sur la performance des hôpitaux a été créé (dans le cadre du Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens)³⁹ et les indicateurs des soins de santé primaires ont été passés en revue et actualisés⁴⁰.

L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) diffuse des données nationales de la surveillance de la santé sur des maladies chroniques et contagieuses, comme le diabète et la grippe, et les présente sous forme de cartes ou de tableaux⁴¹.

Statistique Canada fournit des données exactes, opportunes et significatives sur la santé des Canadiens et sur le système de soins de santé³¹. Cet organisme effectue deux enquêtes largement utilisées, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes⁴² et l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé⁴³, et exploite les données fournies par les recensements et par sa base de données socioéconomiques (CANSIM)⁴⁴ pour ses rapports sur les indicateurs de santé. De plus, Statistique Canada collabore avec l'ICIS au rapport annuel *Indicateurs de santé* et utilise certaines des bases de données de l'ICIS pour ses propres rapports³¹.

Santé Canada communique régulièrement des données sur un ensemble d'indicateurs de santé grâce à son rapport *Canadiens en santé*⁴⁵. Ce document, produit tous les deux ans, utilise des indicateurs de santé comparables, créés à l'origine par un comité fédéral, provincial et territorial conformément au communiqué des premiers ministres sur la santé de 2000 et modifiés dans l'accord de 2003. *Canadiens en santé* découle de l'engagement pris alors par le gouvernement fédéral de faire rapport aux Canadiens sur la performance du système de santé et sur les résultats de santé³¹. En 2008, ce rapport expliquait le lien entre chaque indicateur de santé et un engagement particulier énoncé dans les accords de santé⁴⁷ et l'édition de 2010 fournissait au public davantage d'information sur le contexte des données, telles que la pertinence des indicateurs de santé utilisés dans le rapport et l'interprétation des résultats⁴⁵.

Outre ces contributeurs majeurs à la diffusion d'informations pancanadiennes sur la performance de la santé, il existe d'autres organisations nationales qui font rapport au public sur des indicateurs liés à des sujets particuliers, par exemple le Partenariat canadien contre le cancer, l'Association canadienne du diabète et le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires (figure 1). D'autres organisations, comme Agrément Canada et l'Institut canadien pour la sécurité des patients, s'emploient à produire des rapports publics, respectivement sur la performance des hôpitaux et sur la sécurité des patients. Enfin, le Conseil canadien de la santé présente également des rapports sur plusieurs indicateurs liés à la satisfaction et aux expériences des patients à partir des données de sondages internationaux sur la santé effectués par le Fonds du Commonwealth⁴⁷⁻⁴⁹.

Lacunes dans les rapports pancanadiens relatifs aux accords sur la santé.

Le premier ministre fédéral et les premiers ministres provinciaux et territoriaux de l'époque s'étaient prononcés, dans les accords de 2003 et de 2004, en faveur de réformes aux soins de santé, mais il manquait, pour communiquer des informations sur la performance de chaque système de soins de santé du Canada, une structure qui permettrait de faire des comparaisons systématiques dans le temps. L'accord sur la santé de 2003 contenait une liste d'indicateurs sur lesquels faire rapport, mais les engagements énoncés dans l'accord n'étaient pas tous couverts par les indicateurs apparaissant sur cette liste, tandis que des buts et des objectifs mesurables n'avaient pas été fixés pour chaque engagement. Des buts et des objectifs précis n'ont été définis que pour l'engagement de 2004 de réduire les temps d'attente dans des secteurs prioritaires^{50,51}.

L'objet des rapports de Santé Canada, *Canadiens en santé*, était d'aider à satisfaire les obligations du gouvernement fédéral aux termes des accords sur la santé, mais un examen de la vérificatrice générale du Canada, en 2008, constatait que ces rapports ne répondaient pas à la finalité générale des accords ni aux besoins d'information des Canadiens³¹. La vérificatrice générale reconnaissait que les rapports contenaient des données sur les indicateurs de santé, mais ils ne comportaient ni interprétation ni discussion des liens entre les données et les progrès du renouvellement de la santé³¹. Elle recommandait également dans son rapport que Santé Canada évalue la pertinence des indicateurs cités, et examine s'ils étaient ou non applicables aux Canadiens ou aux engagements des accords³¹. Par la suite, un examen consultatif effectué par Santé Canada en 2009 a indiqué que la pertinence des indicateurs présentés était un aspect à prendre en considération dans les rapports ultérieurs⁵². Cette recommandation a été suivie dans l'édition 2010 du rapport, où Santé Canada fournissait des informations interprétatives pour tous les indicateurs dont on faisait rapport. Une suggestion de l'examen consultatif

offrait un intérêt particulier pour les travaux du Conseil de la santé, car elle recommandait que des informations sur les résultats de santé et sur les progrès réalisés relativement aux engagements des accords soient incluses dans les rapports ultérieurs⁵². Le rapport de 2010⁴⁵ comprenait plus d'informations sur les résultats de santé, toutefois, on n'y trouvait que de rares références aux réalisations concernant les engagements des accords.

Les rapports clés publiés par Statistique Canada et l'ASPC fournissent des données sur les indicateurs de santé d'une manière qui, en général, satisfait aux critères de surveillance, mais ces rapports ne sont pas nécessairement conçus dans le but de donner des informations sur la performance du système de santé. Les rapports de l'ICIS servent à présenter le niveau de la santé et la performance du système de santé selon un schéma de qualité de la santé, et non à faire rapport expressément sur les progrès envers les engagements énoncés dans les accords sur la santé.

Figure 1 : Production de rapports sur les indicateurs de santé au Canada

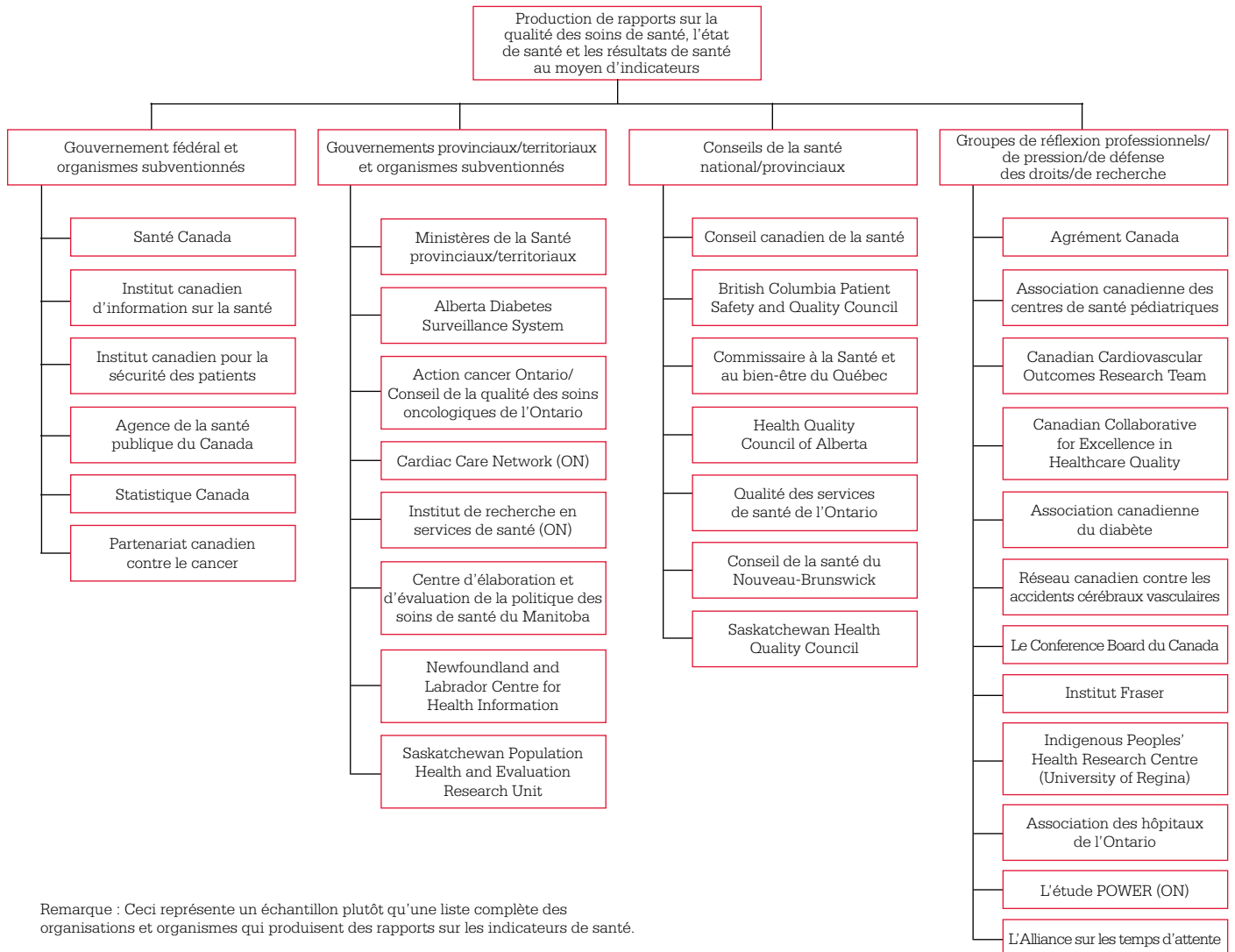


Tableau 1 : Production de rapports sur la performance par les conseils de la qualité de la santé

CONSEIL DE LA QUALITÉ DE LA SANTÉ	RAPPORT	CADRE DE LA PRODUCTION DE RAPPORTS		NIVEAU MINIMAL DE PRODUCTION DE RAPPORTS
		DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DE LA SANTÉ	SECTEUR DE SOINS/ DOMAINES DES BESOINS	
British Columbia Patient Safety and Quality Council (bcpsqc.ca)	Rapports sur la performance non disponibles, mais prévus (voir : <i>Measurement Strategies for Improving the Quality of Care: A Review of Best Practice</i>) ^a	Grille de la qualité de la santé de la C.-B. : acceptabilité, adéquation, accessibilité, sécurité, efficacité	Secteurs de soins : rester en santé, aller mieux, vivre avec une maladie ou un handicap, s'adapter à la fin de vie	À déterminer
Health Quality Council of Alberta (hqca.ca)	Measuring and Monitoring for Success (annuel) ^b	Grille de la qualité de la santé de l'Alberta : acceptabilité, accessibilité, adéquation, efficacité, efficience, sécurité	Domaines des besoins : être en santé, aller mieux, vivre avec une maladie ou un handicap, soins de fin de vie	Région sociosanitaire
Saskatchewan Health Quality Council (hqc.sk.ca)	Quality Insight (mensuel, trimestriel, annuel) ^c	Cadre de mesure Quality Insight : efficacité, sécurité, réactivité, équité, efficience	Besoins en soins de santé : rester en santé, aller mieux, vivre avec une maladie ou un handicap, s'adapter à la fin de vie	Région sociosanitaire, établissement
Qualité des services de santé Ontario (hqontario.ca)	Observateur de la qualité (annuel) ^{d, e}	Caractéristiques d'un système de santé à fort rendement : accessible, efficace, sécuritaire, centré sur le patient, équitable, efficient, financé adéquatement, intégré, axé sur la santé de la population	Secteurs de soins : soins primaires, soins hospitaliers, soins de longue durée, soins à domicile	Région sociosanitaire
Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (csbe.gouv.qc.ca)	Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux (annuel) ^f	Cadre d'évaluation de la performance : adaptation du système pour répondre aux besoins, production (volume optimal des services et qualité), maintien et formation (ressources humaines en santé) et atteinte des buts (équité dans les services et les résultats de santé)	International, interprovincial, et interrégional	Région sociosanitaire
Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (nbhc.ca)	Fiches de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick ^g	Dimensions de la qualité : accessibilité, justesse, efficacité, rendement, équité, sécurité	Secteurs des soins de santé : santé primaire, soins aigus, soins de soutien/spécialité d'appoint, soins palliatifs et de fin de vie	Province

^a BC Patient Safety & Quality Council. (2010). *Measurement strategies for improving the quality of care: A review of best practice*. Vancouver, BC: BCPSQC. Extrait de <http://www.bcpsqc.ca/reports/overview.html>. Le mandat du Conseil est de nature consultative. En C.-B., la responsabilité de produire des rapports sur la performance revient au ministère de la Santé.

^b Health Quality Council of Alberta. (2010). *2010 Measuring & monitoring for success*. Calgary, AB: HQCA.

^c Quality Insight. (2012). Welcome to Quality Insight - Health regions. Extrait le 6 février 2012 de <http://www.qualityinsight.ca/>

^d Qualité des services de santé de l'Ontario. (2011). *Observateur de la qualité. Rapport annuel 2011 sur le système de santé de l'Ontario*. Toronto, ON : HQO.

^e Qualité des services de santé de l'Ontario. (2011). *Observateur de la qualité 2011*. Extrait le 6 février 2012 de <http://www.hqontario.ca/fr/yearlyreport.html>

^f Commissaire à la santé et au bien-être. (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 – L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring – Résumé*. Québec, QC : Gouvernement du Québec

^g Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (2011). *Fiche de rendement du système de santé*. Moncton, NB : CSNB.

En dépit de la diversité des fins et des visées de la production actuelle de rapports, la capacité de communiquer des données comparables sur la performance du système de santé à l'échelle pancanadienne existe. L'ICIS, qui produit actuellement des rapports comparables sur la qualité du système de santé, a la capacité de créer de nouvelles infrastructures de données et de nouveaux indicateurs de santé pour répondre aux besoins de rapports ultérieurs sur la performance. Cependant, pour avancer dans cette direction, les gouvernements devront élargir le cadre actuel des rapports, élaboré par l'ICIS et Statistique Canada, en y ajoutant une vue d'ensemble des priorités pancanadiennes en matière de santé, comprenant notamment des objectifs et des cibles appropriés pour mesurer leurs résultats.

Rapports sur les indicateurs de santé provinciaux

Au Canada, la plus grande partie de la collecte et de la communication de données se fait au sein des provinces. Les territoires ne sont pas aussi avancés dans la mise au point des indicateurs de santé et la collecte de données^{53,54}, et c'est pourquoi, en ce qui concerne la communication de données sur les indicateurs de santé, nous ne ferons généralement référence qu'aux provinces.

Toutes les provinces affichent sur les sites Web de leur ministère de la Santé²⁶ des informations sur les temps d'attente. En dehors de ceci, la pratique de collecte et de communication de données sur les indicateurs de santé varie d'une province à l'autre. Pour rendre compte des indicateurs de santé, certaines provinces ont des processus bien établis. Parmi ces dernières figurent les provinces dotées de conseils de la qualité de la santé qui produisent régulièrement des rapports sur la performance du système de santé et sur l'état de santé dans toute la province et, dans la plupart des cas, à l'échelle de la région sociosanitaire (voir le tableau 1). Plusieurs conseils de la qualité de la santé ont élaboré des cadres de référence relatifs à la qualité de la santé afin d'orienter leur production de rapports sur les indicateurs de santé. Dans certains cas, la diffusion d'informations sur les indicateurs

de santé entre dans les stratégies d'amélioration conçues par la province (comme en Ontario et dans la Saskatchewan).

Indépendamment des conseils de la qualité de la santé, certaines provinces possèdent des organisations ou des établissements universitaires qui recueillent et analysent les données du système de soins de santé. Ce sont notamment le Manitoba Centre for Health Policy⁵⁵, le Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de la Colombie-Britannique⁵⁶, l'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario⁵⁷ et le Newfoundland and Labrador Centre for Health Information⁵⁸.

Disparités dans la production de rapports par les provinces

Malgré la capacité considérable des provinces en matière de communication d'informations sur la santé, les systèmes de collecte de données et de mesure varient, et, souvent, les informations recueillies ne sont pas comparables dans tout le pays. Il n'est donc pas possible de créer une vue d'ensemble des progrès accomplis au Canada envers les engagements des accords.

Pour le Conseil de la santé, il est plus facile de rendre compte des avancées réalisées dans le cadre des engagements des accords par certaines instances que par d'autres²⁶. Comme l'indique le *Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada*, il est plus facile de suivre les progrès envers les engagements des accords là où les provinces et les territoires se sont fixés des objectifs et les ont rendus publics (par exemple, les temps d'attente) et lorsque des stratégies globales, comportant des objectifs significatifs et des buts mesurables, ont été déployées²⁶.

Il est important de souligner que le but des provinces qui préparent des rapports sur les indicateurs de santé n'est pas de diffuser des informations sur les engagements des accords sur la santé. Ces rapports se situent plutôt dans la ligne des priorités et des besoins propres aux provinces et servent à éclairer leur planification et leur prise de décision en matière de soins de santé, ainsi que d'informer le public de leurs progrès.

Production de rapports sur la performance du système de santé au Canada : prochaines étapes

Actuellement, certaines provinces canadiennes et les gouvernements de certaines nations suivent, par rapport à la mesure de la performance, une démarche plus stratégique qui se caractérise par une vue d'ensemble précise des raisons d'apporter des changements au système de santé et des actions particulières à entreprendre. Cette approche fournit un contexte très nécessaire aux rapports sur les indicateurs de santé.

Avec une approche plus stratégique, les rapports sur la performance sont conçus de façon à signaler les progrès graduels en matière d'amélioration de la qualité des soins de santé, des résultats de santé et de l'état de santé, à partir d'indicateurs de santé liés à des buts de politique stratégique fixés par la collectivité publique, et de son ressort.

Un certain nombre de gouvernements, au Canada et à l'étranger, appliquent activement une conception plus stratégique de la réforme des soins de santé, en ayant recours à une planification stratégique et à des cadres pour la préparation de rapports sur la mesure de la performance. Beaucoup de ces formules ont aussi adopté l'utilisation de gratifications ou de conséquences financières associées à la performance pour susciter des résultats.

Au Canada, certains hôpitaux, des régions sociosanitaires et des provinces élaborent, pour la santé et les soins de santé, des plans stratégiques qui comprennent des buts de portée générale pour les politiques, des objectifs pour les programmes, des contrats de responsabilité et des indicateurs de mesure pour surveiller les progrès de la performance en fonction de buts particuliers en matière de santé. Certaines provinces font régulièrement rapport sur les avancées réalisées dans l'atteinte de ces buts, souvent sous la forme de rapports annuels. Dans certains cas, on utilise un financement fondé sur la performance pour inciter à réaliser les objectifs. Par contre, il n'existe pas d'approche similaire de planification stratégique de la santé et de mesure de la performance à l'échelle pancanadienne⁵⁹.

Sans lien avec les gouvernements, divers groupes intéressés ont commencé à agir. Certains d'entre eux s'unissent afin d'examiner la façon de créer un système pancanadien de production de rapports sur la performance dans des secteurs particuliers de la santé, qui permettraient d'obtenir un panorama national de la performance du système de santé, des résultats de santé et de l'état de santé. Par exemple, l'ICIS travaille à un Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens, qui fournit sur la performance des hôpitaux canadiens des données comparables dans tout le Canada³⁹. De façon similaire, le Canadian Collaborative for Excellence in Healthcare Quality a regroupé des hôpitaux universitaires et des centres de sciences de la santé de part et d'autre du pays, qui se sont mis d'accord pour mesurer un ensemble d'indicateurs normalisés de manière à pouvoir comparer la performance dans l'ensemble du Canada. Ce projet vise à satisfaire un intérêt croissant pour la collecte de données comparables à l'échelle nationale sur des indicateurs propres aux hôpitaux afin de surveiller la performance et d'apprendre mutuellement à améliorer la qualité des soins hospitaliers dans tout le pays⁶⁰.

En outre, en mai 2011, un groupe d'experts des mesures de performance des soins de santé, venus de partout au pays et appartenant à divers échelons du système de soins de santé, s'est réuni pour débattre de ce qui a été appelé le « chaos des indicateurs »⁶. Cette réunion devait servir à donner le coup d'envoi à une collaboration qui, d'un bout à l'autre du Canada, harmoniserait les activités et réduirait la redondance dans les rapports sur les indicateurs de la qualité et de la sécurité des patients⁶.

Dans la section suivante, nous examinerons plus attentivement la pratique émergente qui consiste à harmoniser la planification stratégique et la mesure de la performance afin d'améliorer la reddition de comptes sur la performance du système de santé.

SECTION DEUX

Pratiques émergentes en matière de rapports sur la performance du système de santé

« Les débats sur la santé ne devraient plus porter sur les structures et les processus, mais sur les priorités et les progrès de l'amélioration de la santé pour tous⁶¹ ».

—*Equity and excellence : Liberating the NHS, 2010*

Les pratiques de mesure de la performance, à l'échelle du Canada comme à l'échelle internationale, sont en train d'évoluer afin de mettre en évidence une meilleure compréhension de l'importance de la bonne gestion, de la transparence et de la reddition de comptes pour la performance. Ces pratiques vont au-delà d'une simple communication d'information sur les indicateurs de santé. Elles comprennent l'établissement de buts particuliers pour les politiques et d'objectifs de performance pour les programmes, avec des indicateurs de santé connexes liés à ces buts et à ces objectifs pour cerner la performance.

Ces stratégies relatives à la performance sont souvent combinées à des engagements de la part des gouvernements de rendre les organisations de la santé et les prestataires responsables de leur performance, certaines instances associant des incitations financières à la réalisation des objectifs de performance. Finalement, ces stratégies exigent aussi l'harmonisation des approches à divers échelons du système de soins de santé, afin d'assurer que les stratégies de soins de santé locales correspondent aux buts des politiques et aux objectifs des programmes fixés à des échelons plus élevés. Dans cette section, nous décrivons des exemples de telles approches, qui sont appliquées tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du Canada.

Exemples internationaux de cadres de production de rapports sur la performance

Des stratégies nationales en matière de santé, qui comprennent des améliorations à la fois dans la santé de la population et dans le système de soins de santé ont été récemment mises en œuvre en Angleterre et en Australie.

En Angleterre, un cadre national pour la performance a été conçu en fonction de buts qui décrivent des résultats de santé évalués au moyen de mesures de résultats pertinentes sur le plan clinique. En Australie, l'approche choisie consiste à créer des plans stratégiques nationaux pour la santé et pour la réforme du système de santé, qui concordent entre eux et contiennent des buts précis pour les politiques, des mesures de la performance et des objectifs.

Ces deux initiatives visent à accroître la responsabilisation, mais elles en sont encore à leurs débuts, soumises à des évaluations et à des modifications continues, afin d'assurer qu'elles conservent leur utilité. L'évolution constante des initiatives de ces deux pays fournira des indications utiles aux gouvernements et aux planificateurs de la santé canadiens.

Angleterre : Cadre de référence des résultats du National Health Services

En Angleterre, le ministère de la Santé administre le National Health Service (NHS), financé par l'impôt, ainsi que 10 autorités sanitaires qui supervisent les activités du NHS⁶². Le NHS fournit la majorité des services de soins de santé dispensés en Angleterre, même s'il existe un système parallèle d'assurances privées⁶². En 2008, le NHS a entrepris un examen dont le but était de dégager une vision d'avenir de ses services⁶³. Par la suite, en 2010, le ministère de la Santé a présenté au parlement un plan qui proposait une réforme importante du NHS⁶¹. Ce document, *Equity and Excellence: Liberating the NHS*, est clairement un plan directeur de changement. Le but global est de créer un NHS capable d'assurer des résultats de santé et un état de santé parmi les meilleurs au monde⁶¹.

Pour accomplir cette réforme du NHS, les rapports sur la performance au niveau national ont cessé de privilégier les objectifs de processus (qui n'ont pas nécessairement des effets sur les soins aux patients) et mettent l'accent sur les résultats de santé⁶¹. Le ministère de la Santé explique que l'attention antérieurement fixée sur les indicateurs de processus a mené à une distorsion des priorités cliniques, qui s'intéressaient davantage aux volumes qu'aux résultats⁶¹. Son rapport précisait aussi que c'est au NHS, et non aux politiciens, que revient la responsabilité de décider de la meilleure façon de dispenser des soins de santé dans les limites d'un cadre de référence national de la qualité⁶¹.

Buts du NHS Outcomes Framework^{63, 65}

Vision : Un NHS amélioré, axé sur les patients et les soignants, un chef de file mondial en matière de qualité et de résultats, aux normes de sécurité élevées, équitable, tenant compte de l'autonomie et de l'innovation chez les cliniciens et les prestataires, transparent avec des obligations redditionnelles précises, favorisant la participation des citoyens, intégré dans toutes les autorités locales et tous les niveaux cliniques, plus efficace, plus dynamique, et durable.

Domaine 1 : Prévenir les décès prématurés dans la population

Domaine 2 : Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'affections de longue durée

Domaine 3 : Aider au rétablissement après des épisodes de mauvaise santé ou après une blessure

Domaine 4 : Assurer une expérience positive des soins

Domaine 5 : Traiter et soigner dans un milieu sécuritaire et protéger les personnes de dommages évitables

Il en est résulté un *National Health Services Outcomes Framework*, élaboré au moyen d'un processus de consultation libre et qui comprend cinq priorités pour le système de santé, appelées domaines (voir les *Buts du NHS Outcomes Framework*, page 17), dotées chacune d'un indicateur de résultats prioritaire et accompagnées d'un ensemble de zones d'améliorations. Chacune de ces zones d'amélioration dispose à son tour de ses propres indicateurs de résultats⁶¹. Enfin, la réalisation des résultats s'appuiera sur un ensemble de normes de qualité élaborées par le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁶¹. Ces normes de qualité font partie du cadre pour l'amélioration de la qualité à l'échelle des prestataires, qui servira de fondement aux primes de rendement pour l'amélioration de la performance⁶⁴. Un comité de mise en service du NHS sera tenu responsable de la performance en matière d'amélioration des résultats de santé⁶¹.

Le projet est toujours en chantier. La version préliminaire du *NHS Outcomes Framework* a été publiée en décembre 2010 pour 2011-2012⁶⁵. Le *NHS Outcomes Framework* pour 2012-2013 a été publié en décembre 2011, avec des indicateurs actualisés; il indique aussi que l'on travaille à fixer des objectifs de performance (ou « niveaux d'ambition »)⁶⁶.

Ce qui est projeté, c'est d'établir des structures de primes conditionnelles à la réalisation d'objectifs de qualité⁶¹. Les prestataires pourront recevoir des gratifications financières s'ils souscrivent aux buts locaux d'amélioration de la qualité, sur la base d'un cadre d'amélioration de la qualité à l'échelle des prestataires en conformité avec le *NHS Outcomes Framework*⁶⁴.

Ces réformes ne seront pas faciles. Elles sont mises en place à un moment où le NHS subit des contraintes financières importantes, et elles représentent une restructuration substantielle du système de soins de santé existant. Ces réformes sont par conséquent une source constante de dissensions et de débats. En observant cette expérience concrète, d'autres pays peuvent tirer des enseignements de la façon dont l'Angleterre gère ces changements qui visent, par l'optimisation de la mesure de la performance et de la reddition de comptes qui s'en suit, à obtenir de meilleurs résultats tant pour la santé que pour le système de santé.

Australie : Ententes du Conseil des gouvernements australiens

En Australie, le gouvernement du Commonwealth a la responsabilité, entre autres, de la prestation des soins de santé primaires, des soins aux personnes âgées et d'un programme pharmaceutique national. Le gouvernement du Commonwealth accorde un financement aux hôpitaux publics, tandis que les gouvernements des États et des territoires sont responsables de la dispensation des soins dans les hôpitaux publics⁶⁷. L'Australie est aussi dotée d'un système parallèle de soins de santé privés⁶⁷.

Le Conseil des gouvernements australiens (Council of Australian Governments - COAG) a créé son conseil de réforme en 2006⁶⁸ dans le but de définir les enjeux les plus importants d'une réforme nationale dans divers secteurs, y compris dans la santé⁶⁹. L'objectif du conseil de réforme du COAG est de renforcer l'obligation redditionnelle publique en assurant la surveillance, l'évaluation et la production de rapports concernant la performance des gouvernements de l'ensemble de l'Australie, de façon indépendante et scientifiquement fondée⁶⁹ (une conception similaire à celle du Conseil canadien de la santé).

Plusieurs accords historiques dans le domaine de la santé sont issus de ce programme de réforme en cours.

En 2008, les gouvernements du Commonwealth, des États et des territoires se sont entendus sur une vision commune du système de santé australien par le biais d'un accord sur les soins de santé de portée nationale, le *National Healthcare Agreement*⁷⁰. Sept objectifs ont été définis, et pour chaque objectif, des mesures de processus concrètes et des résultats précis ont été indiqués, créant ainsi un cadre pour la responsabilisation de la performance⁷¹. Ce cadre est évalué chaque année par des rapports de performance, et le conseil de réforme du COAG tient compte des recommandations pour améliorer le cadre de référence de la responsabilisation^{71,72}.

Un rapport initial sur les indicateurs utilisant les données de 2008-2009 a été publié en 2010; il indiquait que l'accord se concentrait trop sur les résultats des services (c.-à-d., sur les mesures de processus) plutôt que sur les résultats de santé⁷¹. Il a été recommandé d'élaborer pour cette entente un solide cadre conceptuel, qui relierait les indicateurs de performance aux résultats de santé souhaités⁷¹. Un rapport de suivi publié en 2011 répétait cette recommandation, remarquant en outre que certaines mesures de processus (comme le taux d'utilisation des services) ne communiquent pas d'information significative sur la question de savoir si les besoins en soins de santé sont satisfaits ou non⁷².

Le *National Healthcare Agreement* a été modifié en juillet 2011⁷² afin de prendre acte du nouveau *National Health Reform Agreement*. Les gouvernements du Commonwealth, des États, et des territoires ont consenti à travailler en partenariat à améliorer les résultats de santé de tous les Australiens et à assurer la durabilité de leur système de santé⁷³.

Le *National Health Reform Agreement* s'appuie sur les principes et les objectifs décrits dans le *National Healthcare Agreement* et les confirme. En particulier, l'entente brosse le tableau « d'un système de santé unifié à l'échelle nationale et géré à l'échelle locale »⁷³. On y affirme que les Australiens devraient avoir accès à des données transparentes et comparables à l'échelle nationale sur la performance des hôpitaux, des soins de santé primaires, des soins aux personnes âgées, et des autres services de santé⁷³. Il a aussi été décidé d'établir une autorité nationale chargée de la performance de la santé, la National Health Performance Authority (NHPA), qui fait des rapports trimestriels sur la performance des hôpitaux et des réseaux de soins primaires connexes⁷³. La NHPA effectuera régulièrement des évaluations pour identifier les hôpitaux et les services de santé à haut ou faible rendement, et pour mesurer leurs résultats par rapport à des normes de performance convenues⁷³. Les États et les territoires, en tant que gestionnaires du système des hôpitaux publics, auront la responsabilité de prendre des mesures dans les cas d'hôpitaux à faible rendement⁷³.

Le cadre de référence en matière de performance et de responsabilisation de cet accord comprend un sous-ensemble d'indicateurs nationaux de performance décrits dans le *National Healthcare Agreement*, de même que des normes cliniques nationales en matière de qualité et de sécurité, qui s'harmoniseront aux nouveaux rapports sur la performance des hôpitaux et à ceux sur les collectivités en santé, qui n'ont pas encore été mis au point⁷³. Ces rapports devraient graduellement amener à la définition de nouvelles normes nationales qui seront le moteur de l'amélioration de la performance dans l'ensemble du système de santé⁷³.

Le conseil de réforme du COAG a conçu un système d'incitatifs pour récompenser la bonne performance. L'*Intergovernmental Agreement on Federal Financial Relations* (2009) déclare expressément que le financement ne sera pas réduit si les repères de performance ne sont pas atteints, mais que des paiements de transfert supplémentaires seront alloués pour faciliter les réformes ou pour récompenser les secteurs de compétences ayant effectué des réformes importantes ou amélioré la performance⁷⁴.

La réforme de la santé en Australie^{70,72}

Objectif d'ensemble : Améliorer les résultats de santé de tous les Australiens et la durabilité du système de santé de l'Australie.

Les sept objectifs du *National Healthcare Agreement* :

- **Prévention :** les Australiens naissent et demeurent en bonne santé
- **Santé primaire et communautaire :** les Australiens reçoivent des soins de santé primaires et communautaires appropriés, de haute qualité et financièrement accessibles
- **Soins hospitaliers et soins connexes :** les Australiens reçoivent des soins hospitaliers et des soins connexes appropriés, de haute qualité et financièrement accessibles
- **Soins des personnes âgées :** les aînés australiens reçoivent des services de santé et de soins pour personnes âgées appropriés, de haute qualité et financièrement accessibles
- **Expériences des patients :** les Australiens ont des attentes positives en matière de soins de santé et de soins aux personnes âgées qui tiennent compte de leurs circonstances personnelles et de leurs besoins relatifs aux soins
- **Inclusion sociale et santé des Indigènes :** le système de santé de l'Australie favorise l'inclusion sociale et réduit les inégalités, en particulier pour les Australiens indigènes
- **Durabilité :** les Australiens ont un système de santé durable

Chaque objectif est accompagné de résultats, de mesures de progrès et de résultats de rendement.

Optimisation des rapports sur la performance du système de santé au Canada

Un nombre croissant de provinces canadiennes s'orientent vers une production de rapports sur la performance qui s'harmonisent aux mesures prises pour améliorer la responsabilisation envers les buts des politiques en matière de santé énoncés dans leurs plans stratégiques pour la santé ou dans d'autres documents de politique publique. Des plans stratégiques pour la santé et la prestation de soins de santé ont été élaborés dans plusieurs provinces, dont la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Québec, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que dans les Territoires du Nord-Ouest. Ces plans définissent des buts en matière de politique qui, dans la plupart des cas, s'appuient sur des mesures de rendement précises, accompagnées de rapports sur la performance produits au moins sur une base annuelle. Le Manitoba, l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador ont mis en œuvre une planification stratégique à l'échelle régionale et, pour l'Ontario, à l'échelle des hôpitaux également.

Définir les buts en matière de politique de santé parallèlement aux mesures de performance est une avancée concrète de la réforme du système de santé. Dans certains cas, les provinces vont plus loin, en préparant des ententes de responsabilité relatives à la performance : les gouvernements acceptent d'être tenus responsables envers le public en matière de performance provinciale, tandis que les ministères de la Santé provinciaux tiennent les autorités sociosanitaires, ainsi que les conseils d'administration et les équipes de direction des hôpitaux responsables de la performance à l'échelle des régions et des établissements.

Les pages suivantes décrivent les activités de planification et de mesure de la performance de chaque province et territoire du Canada. Nous nous sommes abstenus de mentionner expressément les rapports sur les temps d'attente, puisque nous avons déjà fait rapport des activités des diverses instances dans ce domaine. Pour plus de renseignements sur les rapports concernant les temps d'attente, veuillez vous reporter aux *Annexes : Profils des provinces et des territoires dans le Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada*, du Conseil canadien de la santé.

Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, la responsabilité du gouvernement et des ministères a été prescrite par la loi en 2000. Peu après, tous les ministères ont été tenus d'élaborer un plan de services comportant un énoncé des buts en matière de politique, des objectifs précis des programmes et des mesures de performance, avec un énoncé des responsabilités rédigé par le ministre compétent⁷⁵. La publication de rapports annuels sur la performance faisait aussi partie des exigences⁷⁵. Le premier plan de services sur la santé a été publié par le ministère de la Santé en 2002⁷⁶, suivi du rapport de performance connexe en 2003⁷⁷. Le ministère continue de publier des plans de services, avec les rapports de performance associés⁷⁸.

Le ministère de la Santé fixe pour l'ensemble de la province des buts relatifs à la prestation de soins de santé, et les régies de la santé préparent des plans de services annuels en adéquation avec les buts provinciaux^{79,80}. Le tableau 2 illustre, à partir de l'exemple de la Régie de la santé de l'île de Vancouver, la façon dont ce processus doit se dérouler.

La Régie de la santé de l'île de Vancouver possède une structure de gouvernance qui favorise, envers la prestation de services de santé dans sa région, une approche de planification stratégique et de production de rapports de performance. Depuis la création des régies de la santé en Colombie-Britannique, la Régie de la santé de l'île de Vancouver a inclus des composantes de qualité et de sécurité dans sa structure de gouvernance et a adopté une planification stratégique qui va bien au-delà des plans de services exigés par le ministère⁸¹. Le plan de services actuel incorpore des stratégies et des buts précis dans le contexte de son plan stratégique en conformité avec la lettre annuelle du ministère relativement aux attentes du gouvernement⁸² et basé sur les buts et objectifs provinciale⁸³.

La Régie de la santé de l'île de Vancouver a commencé à présenter des rapports publics sur sa performance par rapport à ses objectifs et à ses buts au moyen d'un tableau de bord en ligne⁸¹. Les données de ce tableau de bord sont actualisées chaque année; elles sont présentées de façon linéaire afin de fournir des informations sur les tendances observables dans la progression de la régie vers ses objectifs⁸¹. Pour visualiser ce tableau de bord, consultez le viha.ca/about_viha/accountability/performance_measures/.

En outre, en 2010, le ministère de la Santé de la C.-B. (appelé alors Services de santé) s'est engagé dans une démarche de financement axé sur le patient dans les hôpitaux de la province^{84,85}. Ce programme vise à faire concorder le financement des hôpitaux avec les améliorations à l'accès et à la qualité. Les nouvelles formules de financement sont

associées aux indicateurs existants, ce qui crée effectivement des incitations financières (à la fois positifs et négatifs) par rapport à des cibles convenues. Appliquées maintenant pour la deuxième année, ces incitations commencent à s'étendre à d'autres secteurs du système de soins de santé.

Tableau 2 : Harmonisation des priorités provinciales et régionales : ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et Régie de la santé de l'île de Vancouver

	MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA C.-B. ⁸³	RÉGIE DE LA SANTÉ DE L'ÎLE DE VANCOUVER ⁸²
But	Promotion, prévention et autogestion efficaces en matière de santé, afin d'améliorer la santé et le bien-être des Britanno-Colombiens.	Amélioration de la santé et du bien-être des résidents de la régie de la santé de l'île de Vancouver
Priorités stratégiques /objectifs	Les efforts des personnes pour conserver et améliorer leur santé sont favorisés par la promotion de la santé et la prévention des maladies	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la santé des populations ayant des besoins élevés • Services d'excellence pour les personnes âgées
But	La majorité des besoins de santé des Britanno-Colombiens sont couverts par des services de soins de santé primaires et communautaires de haute qualité	Qualité, sécurité des patients et soins et services axés sur le client
Priorités stratégiques /objectifs	Offrir un système de services de soins de santé et de soutien implanté dans la collectivité, ayant pour pivot le médecin de famille et l'équipe de soins de santé élargie en lien avec les services communautaires locaux	
But	Les Britanno-Colombiens ont accès à des services hospitaliers de haute qualité quand ils en ont besoin	<ul style="list-style-type: none"> • Un réseau durable et intégré de services de santé • Des services sécuritaires et de haute qualité
Priorités stratégiques /objectifs	Les services de soins actifs sont accessibles, efficace et efficients	
But	Améliorer l'innovation, la productivité et l'efficacité dans la prestation de services de santé	Un système de santé durable, financièrement accessible, financé par les pouvoirs publics offrant un milieu de travail sécuritaire et sain
Priorités stratégiques /objectifs	Optimiser l'offre et la composition des ressources humaines de la santé, de la gestion de l'information, des technologies et de l'infrastructure par rapport à la prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> • Une organisation de pointe, dotée d'un milieu de travail sécuritaire et sain; un personnel motivé; une formation continue • Une transformation stratégique pour assurer la durabilité • Une plus forte mobilisation des parties prenantes

Alberta

Le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta assure la direction et la gouvernance de l'ensemble du système de santé de la province en se concentrant sur l'élaboration des politiques, en établissant des normes et des règlements, en veillant à la responsabilisation et en favorisant l'innovation⁸⁶. Les Services de santé de l'Alberta, la seule autorité sanitaire de la province, y dispensent les soins de santé et recueillent des informations détaillées sur la performance du système de santé⁸⁷.

En 2010, le ministère de la Santé et du Bien-être a présenté un plan d'action quinquennal pour la santé, qui définit, pour la vision commune du système de santé⁸⁸, des priorités clés, des stratégies et des actions dans cinq secteurs principaux. Ce plan comporte des objectifs précis pour les 50 mesures de performance du système de santé et décrit comment les Services de santé de l'Alberta vont atteindre ces buts⁸⁹. Les Services de santé de l'Alberta publient des rapports de performance trimestriels concernant ces mesures sur un tableau de bord visuel. Les mesures de performance sont évaluées continuellement au moyen de mises à jour annuelles⁹⁰. Pour visualiser ce tableau de bord, consultez le www.albertahealthservices.ca/833.asp.

Saskatchewan

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan est tenu de présenter des orientations stratégiques et opérationnelles en matière de dispensation de soins de santé qui soient conformes aux orientations politiques générales du gouvernement pour la province⁹¹.

Le plan du ministère de la Santé comprend des zones d'importance stratégique prioritaire, chacune étant dotée de buts particuliers. Chaque but est associé à une ou plusieurs mesures de performance, avec des objectifs fixés pour les deux prochaines années⁹¹. Le plan présente la ligne de base de chaque mesure et le rapport annuel de l'année suivante fournit des données de performance pour chacune des mesures⁹². Le rapport annuel offre aussi l'interprétation des données et des observations sur les progrès réalisés envers les objectifs fixés auparavant. Pour consulter les plans stratégiques et opérationnels ainsi que les rapports annuels, rendez-vous à health.gov.sk.ca/plan-annual-report.

Manitoba

En juin 2011, Santé Manitoba prescrivait aux offices régionaux de la santé de publier des plans stratégiques régionaux présentant la vision, la mission et les priorités stratégiques de la région, et de revoir ces plans au moins tous les cinq ans⁹³. Les offices régionaux de la santé devaient aussi produire périodiquement des rapports publics sur la qualité des services de santé dispensés et sur la sécurité des patients⁹².

Les objectifs de Santé Manitoba sont énoncés dans son rapport annuel⁹⁴ et le ministère fait régulièrement rapport sur les données sociodémographiques, les programmes de santé, les services de soins de santé et la fréquentation des établissements de santé de toute la province, à l'échelle des offices régionaux de la santé⁹⁵. Le ministère travaille actuellement à créer un cadre de surveillance du système de santé qui produira des rapports sur la performance du système de santé dans toute la province⁹⁶. En 2010, Santé Manitoba a publié ses premiers rapports annuels sur la sécurité des patients^{95,96}.

Ontario

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario présente annuellement les objectifs stratégiques de la province en matière de santé dans ses *Documents d'information sur la planification axée sur les résultats*⁹⁷. Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux ont des ententes de responsabilité requises par la loi avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. En 2006, la Loi sur l'intégration du système de santé local est entrée en vigueur en Ontario; elle établissait 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé, à des fins de planification, de financement et d'intégration des systèmes de santé locaux⁹⁸. Les réseaux avaient pour mission de préparer individuellement des plans de services de santé intégrés trisannuels, où étaient décrites, pour le système de santé local, une vision et des orientations stratégiques en conformité avec les orientations stratégiques ministérielles en matière de santé⁹⁹. Les réseaux ont publié leur premier plan en 2006 et le second en 2009 (pour la période 2010-2013)¹⁰⁰. En 2008, chaque réseau a également mis au point un plan de service annuel décrivant en détail comment les objectifs et les stratégies des soins de santé se concrétiseront dans son secteur local¹⁰¹. Conformément aux ententes de

responsabilités conclues avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les réseaux font rapport de ces plans de services.

En 2010, le gouvernement ontarien a promulgué la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, qui demande à toutes les organisations des soins de santé de l'Ontario (comme les hôpitaux) de créer des comités de la qualité qui ont la responsabilité d'élaborer des plans d'amélioration de la qualité, ainsi que de surveiller les enjeux relatifs aux soins de santé dans leur organisation et d'en faire rapport¹⁰². La rémunération des cadres de direction dans les organismes de santé de l'Ontario sera maintenant liée à la réalisation des objectifs énoncés dans leur plan d'amélioration de la qualité^{102,103}. Cette rémunération fondée sur la performance vise à inciter les organismes de soins de santé à atteindre les buts d'amélioration qu'ils se sont fixés et à favoriser la responsabilisation en matière de performance¹⁰⁴.

La stratégie d'amélioration de la qualité de l'Ontario sera mise en œuvre par étapes. En avril 2011, tous les hôpitaux ontariens devaient soumettre leur premier plan d'amélioration de la qualité et produire un rapport sur leur performance envers les objectifs à atteindre l'année suivante (2012)¹⁰⁵. Ces plans de qualité ont des indicateurs de base pour la production de rapports qui portent sur la sécurité des patients, l'efficacité, l'accès et l'approche axée sur le patient¹⁰⁵.

Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec énonce ses objectifs en matière de performance dans un plan stratégique quinquennal¹⁰⁶. Ce plan définit des priorités en précisant des objectifs de performance, des plans d'action, des mesures de performances et des cibles. Le ministère produit un rapport annuel sur sa performance envers les cibles adoptées¹⁰⁷. Pour visualiser les rapports annuels du ministère de la Santé et des Services sociaux sur le plan stratégique, consultez le msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/15fa0fb105918aa8525791f006891a5?OpenDocument.

Nouveau-Brunswick

En 2008, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a décrit ses buts stratégiques en matière de santé dans un plan de santé quinquennal provincial¹⁰⁸. Entre-temps, son rapport annuel présente des statistiques par région régionale sur la santé de la population, les services de santé et l'utilisation des programmes¹⁰⁹.

Nouvelle-Écosse

Avant 2011, la santé et la prestation de soins de santé étaient gérées en Nouvelle-Écosse par deux ministères différents : celui de la Santé et celui de la Promotion et de la Protection de la santé¹¹⁰. Les deux ministères préparaient un plan d'affaires pour l'année à venir, où ils définissaient les priorités stratégiques en santé, les buts, les résultats, les mesures de performance, les cibles et les plans d'action devant permettre d'atteindre ces cibles. En 2011, les deux ministères ont été fusionnés en un nouveau ministère de la Santé et du Mieux-être, dont l'énoncé de mission pour 2011-2012 contient une synthèse des mesures de performance des deux ministères fondateurs dont il sera fait rapport dans le rapport annuel 2011-2012¹¹¹. Le ministère de la Santé et du Mieux-être examinera les mesures de performance et se dotera d'un ensemble de mesures sur lesquelles on produira régulièrement des rapports.

Pour visualiser les plans d'affaires du ministère ainsi que ses rapports annuels antérieurs, consultez le www.gov.ns.ca/DHW/corporate-reports.asp

Île-du-Prince-Édouard

Le fournisseur de services de santé de l'Île-du-Prince-Édouard, Santé Î.-P.-É., a défini ses priorités stratégiques dans un plan trisannuel (2009-2012) comportant un ensemble précis d'indicateurs pour mesurer la performance¹¹². Les plans d'affaires annuels font rapport de la performance de l'année précédente et fixent des objectifs pour les années à venir¹¹³. Chaque rapport annuel contient des données sur ces indicateurs de performance clés, notamment l'évaluation de la performance de base, les résultats annuels avec leurs objectifs respectifs, et la performance envers les objectifs à réaliser¹¹³. Pour visualiser les rapports annuels, consultez le healthpei.ca.

Terre-Neuve-et-Labrador

En 2011, le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador a préparé son deuxième plan stratégique trisannuel dans la ligne des orientations stratégiques du gouvernement¹¹⁴. Conformément aux exigences actuelles en vertu de la loi de 2006 sur la transparence et la responsabilité¹¹⁵, le plan décrit les valeurs, la vision et la mission du ministère, ainsi que les enjeux stratégiques, les buts et les objectifs pour la période 2011-2014¹¹⁶. Les enjeux stratégiques ont des buts et des objectifs précis, de même que des indicateurs devant mesurer la performance visant à atteindre les cibles fixées¹¹⁶. Dans le cadre du plan stratégique, le ministre de la Santé s'est engagé à être tenu responsable de la réalisation des buts et des objectifs qui y sont définis¹¹⁶. Les rapports annuels antérieurs ont fait rapport des progrès réalisés quant aux buts fixés par le plan stratégique 2008-2011¹¹⁴.

Tableau 3 : Harmonisation des priorités provinciales et régionales : ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador et l'autorité de santé régionale Eastern Health

	BUTS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE T.-N.-L. ¹¹⁴	BUTS D'EASTERN HEALTH ¹¹⁸
Enjeu	Qualité et sécurité	
Buts	Soutien renforcé à la formation et à la certification afin d'améliorer les ressources des soins de santé Amélioration de la surveillance afin d'augmenter la performance du système	Qualité et sécurité accrues des programmes et des services
Enjeu	Amélioration de l'accès et accroissement de l'efficacité	
Buts	Amélioration de l'accès à des services précis afin de contribuer à l'amélioration des résultats de santé.	Amélioration de l'accès à des programmes et des services définis.
Enjeu	Santé de la population	
Buts	Favoriser des initiatives axées sur la prévention des maladies et des blessures ainsi que sur la protection et la promotion de la santé et du mieux-être afin d'améliorer l'état de santé de la population.	Mettre en œuvre des stratégies utilisant une approche de santé de la population pour contribuer à de meilleurs résultats de santé.
Enjeu	Caractéristiques sociodémographiques et prestation de services communautaires et de santé.	
Buts	Un système de services communautaires et de santé plus adapté aux besoins	Durabilité Renforcement de la durabilité au moyen d'une utilisation et d'une surveillance efficaces de ressources fiscales et humaines

Les quatre autorités de santé de la province sont aussi tenues responsables de leur performance^{115,117}. Elles doivent préparer des plans stratégiques en conformité avec les orientations stratégiques du ministère et produire des rapports annuels sur leur performance^{115,117}.

L'autorité de santé régionale la plus importante, Eastern Health, a publié son plan stratégique pour la période 2011-2014, en vertu duquel son conseil d'administration a engagé sa responsabilité envers la réalisation des buts et des objectifs définis dans le plan¹¹⁸. Eastern Health étant responsable des services de soins de santé tertiaires provinciaux, cette autorité n'a pas seulement des priorités régionales, elle doit aussi remplir une mission à l'échelle de la province¹¹⁸ (voir le tableau 3).

Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Les objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon sont définis dans le budget territorial annuel¹¹⁹.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest prépare des plans stratégiques quinquennaux. Le plan stratégique pour la période 2006-2010 définissait des buts et des orientations stratégiques¹²⁰ et le ministère a fait rapport sur la réalisation de ces buts en 2010¹²¹. Le plan stratégique actuel, pour 2011-2016, présente des buts accompagnés de priorités stratégiques, d'objectifs annuels détaillés et de résultats attendus¹²².

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut présente les objectifs de santé de ses directions particulières dans un plan d'affaires trisannuel, parallèlement aux priorités annuelles¹²³.

En résumé

L'ensemble des provinces et des territoires s'occupent activement à préparer des plans stratégiques comprenant des buts et des objectifs concernant la performance du système de santé, avec des similarités frappantes d'un secteur de compétence à l'autre. La majorité des provinces et des territoires met au point des cadres de production de rapports publics afin de cerner les résultats et de les communiquer au public, faisant appel pour leurs rapports à des ensembles similaires d'indicateurs de santé. Il s'agit d'une évolution importante, qui se manifeste alors que les accords sur la santé sont en vigueur. Il nous reste un défi, celui de vérifier si nous pouvons obtenir des résultats semblables, voire meilleurs, dans la mesure de la performance et dans l'amélioration de la responsabilisation à l'échelle pancanadienne.

SECTION TROIS

Optimiser la production de rapports sur la performance du système de santé pour améliorer la reddition de comptes

« Dans le cadre de son étude, le comité [sénatorial] a accueilli des témoignages soulignant l'importance des mécanismes de responsabilisation pour la promotion de la réforme des soins de santé... il est nécessaire d'élaborer un cadre pancanadien pour les indicateurs de santé afin d'évaluer la qualité et la performance des régimes de soins de santé, de comparer les régimes en vigueur dans les différentes compétences et de présenter des rapports pancanadiens à partir de critères communs⁵⁹ ».

—Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004, publié par le Sénat du Canada en mars 2012.

Récemment, la ministre fédérale de la Santé a écrit à ses collègues provinciaux et territoriaux pour leur demander de s'engager à « préciser comment nous pouvons travailler ensemble à rendre le système de santé du Canada plus durable, pour en améliorer la reddition de comptes et pour obtenir de meilleurs résultats à l'intention des Canadiens... et confier à nos fonctionnaires la tâche de commencer à travailler à une approche qui permettrait de mesurer le rendement de tous les systèmes de santé et d'en faire rapport à partir d'indicateurs communs »⁷. Cette lettre suivait de près l'annonce faite fin 2011 par le ministre des Finances qui établissait les futurs dispositifs du transfert canadien en matière de santé¹²⁴. En outre, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie a aussi examiné la nécessité d'améliorer la reddition de comptes dans *Un changement transformateur s'impose*, son étude du *Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004*⁵⁹.

Cette évolution récente – conjuguée au fait que les ententes des accords de santé actuels entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires expireront en 2014 – a poussé de nombreux groupes au Canada à situer favorablement leurs travaux dans l'espoir d'influencer l'orientation ultérieure de notre système de santé. Comme nous l'avons déjà remarqué dans le présent document, il est vivement souhaité qu'on puisse obtenir un portrait global de la performance du système de santé au Canada, grâce à une production pancanadienne de rapports comparables sur la performance, ainsi qu'à une harmonisation des rapports provinciaux et territoriaux concernant les données des indicateurs de santé. Nous approchons du terme de l'engagement décennal des accords de santé actuels, l'heure est donc venue d'avoir une

démarche de réflexion stratégique sur les buts à définir pour le renouvellement des soins de santé au Canada et sur la façon d'atteindre ces buts. Dans la perspective du Conseil canadien de la santé, il est possible de mettre au point une approche pancanadienne pour améliorer les résultats en se concentrant sur ce qui compte à la fois dans la définition des buts et dans la production de rapports sur la performance. On peut y parvenir en exploitant l'expertise que possèdent des organisations chargées de faire rapport sur les données des indicateurs de santé, comme l'ICIS et Statistique Canada, en harmonisant les travaux des conseils de la qualité provinciaux et ceux d'organismes associés, et en étudiant les exemples de cadres nationaux de production de rapports sur la performance mis en place à l'étranger.

Pour qu'une telle approche pancanadienne réussisse, il lui faut remplir plusieurs conditions. D'abord, les provinces et les territoires doivent définir clairement les améliorations souhaitées dans les résultats de santé et l'état de santé des Canadiens :

- Quelles sont les priorités dominantes? Voulons-nous faire baisser la fréquence de certaines affections particulières, comme le cancer ou les maladies cardiovasculaires? Voulons-nous réduire les iniquités en santé? Ces types de buts doivent être clairement définis.
- Dans le cadre de ces buts prioritaires, il faut sélectionner un sous-ensemble d'objectifs. Quel est le taux d'amélioration ou de réduction que nous voulons obtenir, et dans quel délai voulons-nous atteindre ces buts?

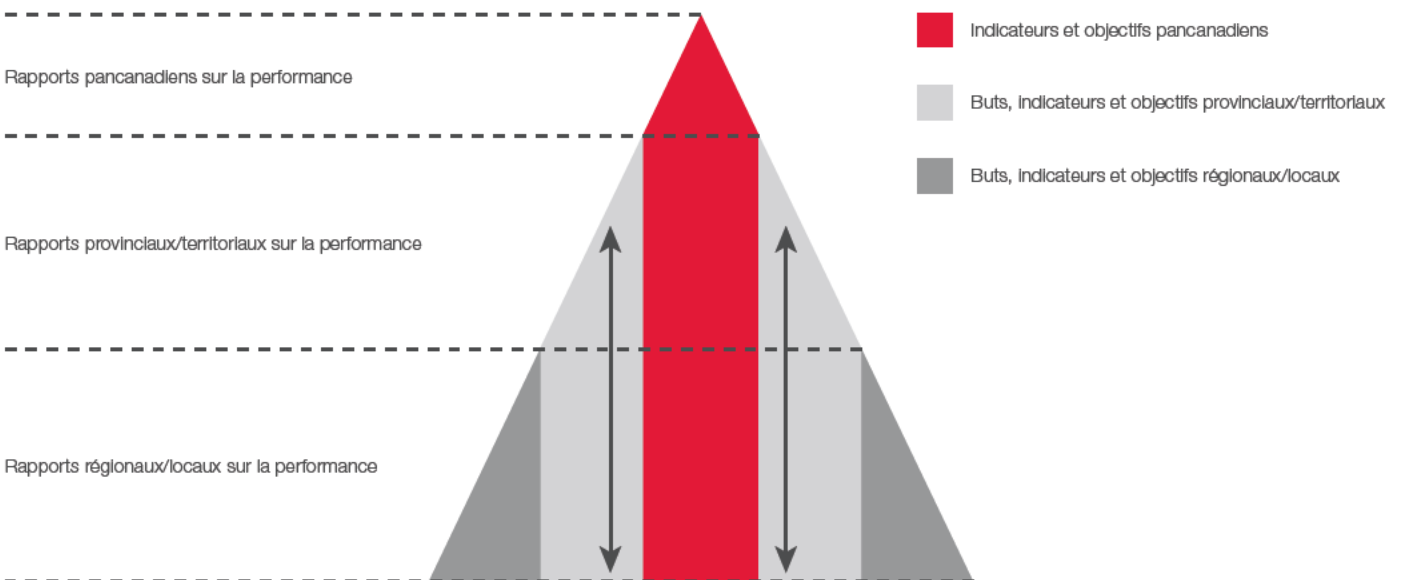
- Souhaitons-nous comparer notre performance avec celle d'autres pays? Si oui, avec qui devrions-nous nous comparer? Le Canada devrait-il être le meilleur du monde? Le meilleur de l'Organisation de coopération et de développement économique?
- Comment voulons-nous atteindre ces buts? En améliorant la qualité des soins de santé? En améliorant l'accès à certains services communautaires ou de soins de santé? En améliorant les systèmes? Ou en combinant ces approches?

Ces buts doivent être suffisamment flexibles pour permettre de tenir compte des priorités provinciales et locales. Cette flexibilité augmentera les possibilités d'adhésion de la part des intervenants à tous les échelons du système de santé, depuis les patients et le public jusqu'aux prestataires, aux administrateurs et aux gouvernements de tout le Canada.

Ensuite, un cadre approprié de production de rapports sur la performance doit aller de pair avec cette approche. Une série de mesures de performances (c. -à-d., des indicateurs de santé) doit être rattachée aux buts et aux objectifs afin de permettre de surveiller les progrès et d'en faire rapport. Dans ce contexte, le cadre de la production de rapports et les exigences en matière de données qui lui sont associées ne doivent pas constituer un fardeau supplémentaire s'ajoutant à la quantité déjà considérable de rapports sur les indicateurs au Canada. Au contraire, le nouveau cadre de production de rapports devrait s'harmoniser avec les initiatives actuelles à l'échelle pancanadienne, provinciale et locale, afin de simplifier la production courante de rapports sur la performance de la santé dans tout le pays (figure 2).

Une approche possible serait de permettre aux provinces et aux territoires d'élaborer leurs propres plans en matière de performance de la santé, qui partageraient de buts et d'objectifs

Figure 2 : Harmonisation des activités de production de rapports sur la santé et la performance des systèmes de santé à l'échelle pancanadienne, régionale et locale



pancanadiens, mais qui tiendraient compte de leurs propres priorités supplémentaires. On pourrait établir à l'échelle provinciale des buts et des objectifs adéquats et des mesures de performance valables qui seraient conformes aux exigences pancanadiennes en matière de rapports. Par la suite, tous les buts et les objectifs de performance intraprovinciaux ou au niveau d'une région ou d'un hôpital particuliers devraient s'harmoniser avec ceux de leur cadre provincial ou territorial respectif.

Une approche pancanadienne éditée autour d'un cadre axé sur l'obtention de meilleurs résultats de santé et d'un meilleur état de santé pour les Canadiens par le biais d'une meilleure performance du système de santé serait bien accueillie par la plupart des observateurs. D'autres pays et certaines provinces ont commencé à œuvrer dans ce sens. Le Canada dispose déjà maintenant d'une bonne partie de la capacité nécessaire à la mise en place d'un cadre national de ce genre. Pour éclairer la mise au point de ce cadre, on pourrait s'appuyer sur des exemples de définition de buts et de mesure de performance liés à la santé, pris au Canada ou à l'étranger.

Finalement, il faut s'engager en faveur d'une surveillance et d'une production de rapports indépendantes, les gouvernements acceptant d'être tenus responsables de la réalisation des objectifs de performance adoptés. Les structures et les organisations en place peuvent contribuer à la production de rapports publics, mais devrions-nous créer de nouveaux mécanismes pour renforcer la reddition

de comptes relativement à la performance du système de santé à l'échelle des instances particulières? Quel rôle jouent les mesures d'incitation financières (ou les pénalités) dans un tel système? Certaines instances, au Canada et à l'étranger, utilisent des initiatives de financement fondé sur la performance pour susciter des améliorations au système de santé. Cependant, la mise en place et l'évaluation de ces initiatives sont complexes. Les incitations pour une bonne performance et les pénalités pour un rendement inférieur doivent être établies avec soin pour éviter des effets indésirables. Les diverses possibilités permettant d'étendre cette approche dans le contexte du système de soins de santé du Canada demandent à être examinées plus à fond.

Quand il s'agit du financement fédéral qui subventionne les dépenses provinciales en matière de soins de santé, comment peut-on le mieux assurer la reddition de comptes sur la performance? En fait, les incitations et les pénalités ont-elles un rôle à jouer? Les mécanismes existants prévoient-ils de telles mesures? Bref, a-t-on besoin d'un nouveau mécanisme de reddition de comptes pour montrer comment le financement fédéral pour les soins de santé fait progresser ces soins au Canada? Comment, et par qui, tenir le gouvernement fédéral responsable de ses engagements envers les Canadiens? Ce sont là quelques-unes des questions sur lesquelles nous devons nous pencher, alors que nous approchons de l'échéance des accords de santé en cours, en 2014.

Observations finales

Nous avons présenté des exemples, pris au Canada et à l'étranger, de la mise en place de buts stratégiques et de cadres de production de rapports sur la performance nationale qui pourraient servir à piloter la formulation d'une approche plus rigoureuse relativement à la production de rapports sur la performance du système de santé au Canada. Les deux exemples étrangers de cadres nationaux pour la reddition de comptes et la production de rapports sur la performance contiennent de nombreux buts et des mesures de performance à l'échelle du système qui sont applicables et transférables au Canada.

Compte tenu de la liste actuelle des buts en matière de santé adoptés au Canada en 2005¹²⁵ et de la cohérence considérable entre les plans stratégiques des provinces pour la santé en ce qui a trait à leurs priorités, leurs buts et leurs mesures de performance, il semble qu'il existe déjà une harmonisation naturelle des buts et des priorités en matière de santé au Canada. Les gouvernements pourraient exploiter la capacité de recueillir et de mesurer des données dont témoignent l'ICIS et Statistique Canada, ainsi que les conseils de la qualité de la santé provinciaux et les organismes actifs dans le même domaine, pour offrir à l'échelle pancanadienne des rapports comparables sur les progrès envers un ensemble quelconque de buts de santé communs aux administrations fédérale, provinciales et territoriales.

Des organismes de surveillance indépendants, tels le Conseil canadien de la santé, les conseils de la qualité de la santé provinciaux et les organisations axées sur la sensibilisation aux questions de santé, profiteraient dans une large mesure d'une amélioration de l'approche canadienne de la définition des buts et de la mesure de la performance en matière de santé.

Les rapports d'étape du Conseil de la santé seraient plus complets, les rapports produits par les provinces deviendraient plus transparents et plus comparables, et la sensibilisation aux questions de santé reposerait sur une meilleure information. À leur tour, les gouvernements bénéficieraient d'une évaluation indépendante des progrès et pourraient prendre des mesures correctives si les résultats laissent à désirer. Et ce serait à l'avantage du public canadien de savoir que ses gouvernements veulent être tenus responsables de leur rôle dans l'amélioration générale de la santé et du bien-être des Canadiens.

Le Conseil canadien de la santé a préparé ce document pour mieux faire connaître et mieux faire comprendre les complexités de la production de rapports sur la performance dans chacun des systèmes de soins de santé du Canada, pour apprendre qui fait quoi, et pour signaler les leçons que nous pouvons tirer les uns des autres. Le système canadien est dans une période de transition et l'amélioration de la production de rapports sur la performance, dont le but serait d'accroître la responsabilisation, est un outil potentiel au moment où les gouvernements et les planificateurs de leurs systèmes de santé envisagent l'avenir. Nous avons bon espoir que notre travail et celui d'autres intervenants encouragera les planificateurs du système de santé à concentrer davantage d'efforts sur ce secteur dans les années à venir, afin que nous obtenions de meilleurs résultats — dans la performance du système de santé, dans les résultats et dans l'état de santé des Canadiens.

Bibliographie

1. D.A. McDonell et C. Plecash. (29 août 2011). PM should convene first ministers meeting on health, say opposition critics. *The Hill Times*. Extrait de <http://www.hilltimes.com/news/2011/08/29/pm-should-convene-first-ministers-meeting-on-health-say-opposition-critics/27710>
2. Santé Canada. (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php>
3. Santé Canada. (2004). *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>
4. Ministère des Finances du Canada. (2006). *Le plan budgétaire de 2006 : Cibler les priorités*. Ottawa, ON : Ministère des Finances du Canada.
5. Health Quality Council of Saskatchewan. (2011). *Discussion paper: A backgrounder for invitees to the National Summit on Solving Indicator Chaos*. Extrait de <http://www.hqc.sk.ca/portal.jsp?WVmOp6T+rZK1TpF6CY00PDBIzBf0QfLQkUwK4QBZaJswyVYyHvXZPFVvI5thiwzu>
6. Health Quality Council of Saskatchewan. (2011). *Think big, start small, act now: Tackling indicator chaos*. Saskatoon, SK: Health Quality Council of Saskatchewan. Extrait de <http://www.hqc.sk.ca/portal.jsp?GZkbzsFLO9/ZmCps8ksbLzBlzBf0QfLQkUwK4QBZaJswyVYyHvXZPFVvI5thiwzu>
7. L. Aglukkaq. (20 décembre 2011). Lettre de la ministre de la Santé aux ministres de la Santé provinciaux et territoriaux. Extrait de <http://www.theglobeandmail.com/news/politics/ottawa-notebook/with-funding-set-health-minister-reaches-out-to-provinces-on-reform/article2278266/>
8. L. Aglukkaq. (19 janvier 2012). Lettre de la ministre de la Santé aux ministres de la Santé provinciaux et territoriaux. Extrait de <http://www.theglobeandmail.com/news/politics/ottawa-notebook/minister-praises-premiers-but-leaves-no-wiggle-room-on-health-funding/article2309109/>
9. H. Scoffield. (29 décembre 2011). Ottawa's health-care role about measurement, not money, Aglukkaq says. *The Globe and Mail*. Extrait de <http://www.theglobeandmail.com/news/politics/ottawas-health-care-role-about-measurement-not-money-aglukkaq-says/article2286203/>
10. Conseil canadien de la santé. (2011). *Le guide du citoyen sur les indicateurs de la santé*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
11. A.D. Brown, C. Porcellato et J. Barnsley. (2006). Accountability: Unpacking the suitcase. *Healthcare Quarterly*, 9(3), 72-75.
12. M.J. Dubnick et H.G. Frederickson. (2011). Introduction: The promises of accountability research. In M.J. Dubnick (Ed.), *Accountable governance: problems and promises* (pp. xiii-xxii). Armonk, NY: M.E. Sharpe, Inc.
13. M.J. Dubnick et H.G. Frederickson. (2009). Accountable agents: Federal performance measurement and third-party governance. *Journal of Public Administration Research and Theory. The State of Agents: A Special Issue.*, 20, i143-159. doi: 10.1093/jopart/mup039
14. E.J. Emanuel et L.L. Emanuel. (1996). What is accountability in health care? *Annals of Internal Medicine*, 124, 229-239.
15. D. Brinkerhoff. (2003). *Accountability and health systems: Overview, framework, and strategies*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
16. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon, SK. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
17. Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2002). *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral - Rapport final*. Ottawa, ON : Sénat du Canada.
18. C.H. Tuohy. (2003). Agency, contract, and governance: Shifting shapes of accountability in the health care arena. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28, 195-215.
19. D. Pencheon. (2008). *The good indicators guide: Understanding how to use and choose indicators*. Coventry, UK: NHS Institute for Innovation and Improvement.
20. Conseil de la qualité des services de santé de l'Ontario. (2009). *Guide pour l'amélioration de la qualité*. Toronto, ON : QSSO.
21. M.A. Baily, M. Bottrell, J. Lynn et B. Jennings. (2006). *The ethics of using QI methods to improve health care quality and safety. Hastings Center Special Report*. Garrison, NY: The Hastings Center.
22. J. Mainz. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality Health Care*, 15, 523-530. doi: 10.1093/intqhc/mzg081
23. Health Quality Council of Saskatchewan. (2008). *Transparency in health care: Measurement and reporting in the pursuit of learning and improvement*. Saskatoon, SK: Health Quality Council of Saskatchewan.
24. BC Patient Safety and Quality Council. (2011). *Thinking big, acting small, moving quickly: First steps to tackling indicator chaos*. Extrait le 19 août 2011 de <http://www.bcpsqc.ca/new/current.html>
25. J. Wallace, G.F. Teare, T. Verrall et B.T.B. Chan. (2007). *Diffusion publique d'information sur la qualité des services de santé : Nouvelles données sur les pratiques prometteuses pour assurer une diffusion efficace*. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
26. Conseil canadien de la santé. (2011). *Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.

27. Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. (11 septembre 2000). Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres. Extrait de <http://www.scics.gc.ca/français/conferences.asp?a=viewdocument&id=1144>
28. Conseil canadien de la santé. (2009). *Équipes à l'oeuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
29. G.A Pape, J.S. Hunt, K.L. Butler, J. Siemenczuk, B.H. LeBlanc, W. Gillanders et K. Bonin. (2011). Team-based care approach to cholesterol management in diabetes mellitus: Two-year cluster randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 171, 1480-1486. doi: 10.1001/archinternmed.2011.417
30. J. Barrett, V. Curran, L. Glynn et M. Godwin. (2007). *CHSRF synthesis: Interprofessional collaboration and quality primary healthcare*. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
31. Bureau du vérificateur général du Canada. (2008). *Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes - chapitre 8. Le rapport sur les indicateurs de la santé - Santé Canada*. Ottawa, ON : Vérificateur général du Canada.
32. Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Orientations stratégiques 2008-2009 à 2011-2012*. Ottawa, ON : ICIS.
33. Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Vision et mandat*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/SubTheme/about+cihi/vision+and+mandate/cihi010703>
34. Institut canadien d'information sur la santé. (2010, Hiver 2010, Volume 17, No 1). Des données actuelles, des soins de qualité *CIHI Directions ICIS*
35. Institut canadien d'information sur la santé (2012). *Normes*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/SubTheme/standards+and+data+submission/standards/cihi010688>
36. Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Publication en ligne sur les indicateurs de la santé*. Extrait le 17 avril 2012 de http://secure.cihi.ca/indicators/2011/ind2011_f.html
37. Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les temps d'attente au Canada - une comparaison par province, 2011. Analyse en bref*. Toronto, ON : ICIS.
38. Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Soins à domicile*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/TabbedContent/types+of+care/community+care/home+care/cihi021338>
39. Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens*. Extrait le 17 avril 2012 de http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/document/health+system+performance/indicators/performance/indicators_chrp
40. Institut canadien d'information sur la santé. (2011). Soins de santé primaires. Extrait le 18 avril 2012 de <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>
41. Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Surveillance*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/surveillance-fra.php>
42. Statistique Canada. (2011). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC)*. Extrait le 22 novembre 2011 de http://www23.statcan.gc.ca:81/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2
43. Statistique Canada. (2011). *Enquête canadienne sur les mesures de la santé tableaux de données du cycle 1. Introduction*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-623-x/2010002/part-partie1-fra.htm>
44. Statistique Canada. (2011). *CANSIM*. Extrait le 19 avril 2012 de <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/home-accueil;jsessionid=39BCEC9381F198920A6F8F411FOAEDA8?retrLang=fra&lang=fra>
45. Santé Canada (2011). *Les Canadiennes et les Canadiens en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010*. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada.
46. Santé Canada. (2009). *Les Canadiennes et les Canadiens en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables en santé 2008*. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada.
47. Conseil canadien de la santé. (2011). *Quelle part les Canadiens prennent-ils à leurs soins de santé primaires? Résultats du Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Les soins de santé au Canada, c'est capital, bulletin no 5*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
48. Conseil canadien de la santé. (2011). *Comment les Canadiens plus malades atteints de maladie chronique évaluent-ils le système de soins de santé? Résultats du Sondage international 2011 des adultes plus malades du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Les soins de santé au Canada, c'est capital, bulletin no 6*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
49. Conseil canadien de la santé. (2010). *Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé? Résultats du Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Les soins de santé au Canada, c'est capital, bulletin no 4*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
50. S. Norris. (2009). *The wait times issue and the Patient Wait Times Guarantee*. Ottawa, ON : Bibliothèque du Parlement.
51. Conseil canadien de la santé. (2011). *Rapport de progrès 2011 : Renouveau des soins de santé au Canada. Annexes: Profils des provinces et territoires*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
52. M. Dubois et B. Bilodeau. (2009). *Healthy Canadians - A federal report on comparable health indicators, 2009 evaluation report*. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada.

53. Bureau du vérificateur général du Canada. (2011). *Programmes et services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest - 2011 : Ministère de la Santé et des Services sociaux*. Ottawa, ON : Vérificateur général du Canada.
54. Bureau du vérificateur général du Canada (2011). *Programmes et services de santé au Yukon - 2011 : Ministère de la Santé et des Affaires sociales*. Ottawa, ON : Vérificateur général du Canada.
55. Manitoba Centre for Health Policy, U.o.M. (2012). *About MCHP*. Extrait le 18 avril 2012 de http://umanitoba.ca/faculties/medicine/units/community_health_sciences/departamental_units/mchp/about.html
56. UBC Centre for Health Services and Policy Research. (non daté). *About CHSPR*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.chspr.ubc.ca/about>
57. Institut de recherche en services de santé. (2011). *About us*. Extrait le 17 avril 2012 de http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=26
58. Newfoundland and Labrador Centre for Health Information. (non daté). *Welcome to the centre*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.nlchi.nf.ca/>
59. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie. (2012). *Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004*. Ottawa, ON : Sénat du Canada.
60. Community for Excellence in Health Governance. (non daté). *High-performance collaboratives - A glimpse of a collaborative*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://myhealthboard.ca/high-performance-collaboratives/>
61. Department of Health. (2010). *Equity and excellence: Liberating the NHS* (ISBN: 9780101788120). London, UK : TSO.
62. National Health Service. (2009). *About the NHS - Overview*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>
63. Department of Health. (2010). (2008). *High quality care for all: NHS next stage review find report*. London, UK : National Health Service.
64. Department of Health. (2010). *Liberating the NHS: Transparency in outcomes - A framework for the NHS*. London, UK National Health Service.
65. Department of Health. (2010). *Using the Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) payment framework - A summary guide*. Extrait de http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_091443
66. Department of Health. (2011). *The NHS outcomes framework 2012/13*. London, UK: National Health Service.
67. Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade. (2008). *About Australia - Health care in Australia*. Barton, ACT: Australian Government.
68. Council of Australian Governments Reform Council. (2010). *Charter*. Sydney, NSW: COAG Reform Council.
69. Council of Australian Governments Reform Council. (non daté). *COAG reform agenda*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.coagreformcouncil.gov.au/agenda/index.cfm>
70. Council of Australian Governments. (2008). *National healthcare agreement*. COAG. Extrait le 18 avril 2012 de http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/national_agreements.aspx
71. Council of Australian Governments Reform Council. (2010). *National healthcare agreement: Baseline performance report for 2008-09*. Sydney: COAG Reform Council.
72. Council of Australian Governments Reform Council. (2011). *National healthcare agreement: Performance report for 2009-10 Sydney: COAG Reform Council*.
73. Council of Australian Governments. (2011). *National healthcare agreement 2011*. Extrait le 18 avril 2012 de http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/national_agreements.aspx
74. Council of Australian Governments. (2011). *Intergovernmental agreement on federal financial relations*. Extrait le 17 avril 2012 de http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/intergovernmental_agreements.aspx
75. Budget Transparency and Accountability Act, SBC 2000, Chapter 23 (2000). Extrait de http://www.bclaws.ca/EPLibraries/bclaws_new/document/ID/freeside/00_00023_01
76. Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. (2002). *Service plan 2002/2003 - 2004/2005*. Victoria, BC : Ministère des Services de santé.
77. Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. (2003). *2002/03 Annual service plan report*. Victoria, BC : Ministère des Services de santé.
78. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2011). *Ministry of Health*. Extrait le 18 avril 2012 de <http://www.gov.bc.ca/health/>
79. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (non daté). *British Columbia health authorities*. Extrait le 18 avril 2012 de <http://www.health.gov.bc.ca/socsec/>
80. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (non daté). *British Columbia health authorities - Service plans*. Extrait le 18 avril 2012 de <http://www.health.gov.bc.ca/socsec/serviceplan.html>

81. A.M. Murray, G.R. Baker, J.-L. Denis et M.-P. Pomey. (2010). *Une gouvernance efficace pour la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé au Canada*. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Institut canadien pour la sécurité des patients.
82. Régie régionale de la santé de l'île de Vancouver (2009). *Vancouver Island Health Authority (VIHA): Five-year strategic plan 2008-2013*. Victoria, BC : VIHA.
83. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2011). *Revised 2011/12 – 2013/14 service plan*. Victoria, BC : Gouvernement de la Colombie-Britannique.
84. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2011). *2010/11 annual service plan report*. Victoria, BC : Gouvernement de la Colombie-Britannique.
85. Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. (12 avril 2010). *B.C. launches patient-focused funding provincewide (communiqué)*. Extrait de http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2009-2013/2010HERV0020-000403.htm
86. Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta (2011). *Health and Wellness business plan 2011-14*. Edmonton, AB : Gouvernement de l'Alberta.
87. Services de santé de l'Alberta. (2011). *About AHS*. Extrait le 19 avril 2012 de <http://www.albertahealthservices.ca/about.asp>
88. Gouvernement de l'Alberta, A.H.S. (2010). *Becoming the Best: Alberta's 5-Year Health Action Plan 2010-2015*. Edmonton, AB : Gouvernement de l'Alberta.
89. Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. (2011). *Health and Wellness annual report 2010-2011*. Edmonton, AB: Gouvernement de l'Alberta.
90. Services de Santé de l'Alberta. (2011). *Performance report*. Extrait le 18 avril 2012 de <http://www.albertahealthservices.ca/833.asp>
91. Ministère de la Santé de la Saskatchewan (2011). *Strategic and Operational Directions 2011-12*. Saskatoon, SK : Ministère de la Santé de la Saskatchewan.
92. Ministère de la Santé de la Saskatchewan. (2011). *2010-11 annual report*. Saskatoon, SK : Gouvernement de la Saskatchewan.
93. Santé Canada (2011). *Stratégie en matière de ressources humaines en santé (SRHS)*. Extrait le 18 avril 2012 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/index-fra.php>
94. Santé Manitoba (2011). *Annual report 2010-2011*. Winnipeg, MB : Gouvernement du Manitoba.
95. Santé Manitoba (2010). *Annual statistics 2009-2010*. Winnipeg, MB : Gouvernement du Manitoba.
96. Santé Manitoba (non daté) *Programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs*. Extrait le 18 avril 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/pcdap/index.fr.html>
97. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2010). *Document d'information sur le budget des dépenses et la planification axée sur les résultats 2010-11*. Toronto, ON : Gouvernement de l'Ontario.
98. Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, Lois de l'Ontario, chapitre 4 (2006). Extrait de http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_06l04_f.html
99. G. Smitherman. (29 juin 2006). Minister Smitherman's letter to LHIN Chairs and CEOs. Extrait de http://www.health.gov.on.ca/english/public/updates/archives/hu_06/hu_lhin_letter.html
100. Réseau local d'intégration des services de santé d'Érié-St. Clair (2009). *Navigating change in the right lane – Integrated Health Service Plan – IHSP 2010-2013*. Chatham, ON: RLISS d'Érié-St. Clair.
101. Réseaux locaux d'intégration des services de santé. (2011). *Les réseaux locaux d'intégration des services de santé - Plans de services annuels*. Extrait le 18 avril 2012 de http://www.lhins.on.ca/page.aspx?id=1414&ekmense=e2f22c9a_72_452_btnlink
102. Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous, chapitre 14, Lois de l'Ontario (2010). Extrait de http://www.ontla.on.ca/web/bills/bills_detail.do?locale=en&Intranet=&Bill ID=2326
103. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2011). *L'excellence des soins pour tous – La rémunération axée sur le rendement et le Plan d'amélioration de la qualité*. Extrait le 18 avril 2012 de http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/pro/updates/performancecomp/psc_guide.pdf
104. Association canadienne de soins à domicile. (2011). *Home care in Canada: Looking to the future: Potential opportunities and outcomes – a pan-Canadian roundtable*. Mississauga, ON : Association canadienne de soins à domicile.
105. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2011). *L'excellence des soins pour tous - Document d'orientation du plan d'amélioration de la qualité*. Toronto, ON : Gouvernement de l'Ontario.

106. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2010). *Plan stratégique 2010-2015*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
107. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
108. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. (2008). *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : Le plan provincial 2008-2012*. Fredericton, NB : Gouvernement du Nouveau-Brunswick.
109. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. (2010). *Rapport annuel 2009-2010*. Fredericton, NB : Gouvernement du Nouveau-Brunswick.
110. Ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse (2011). *Health and Wellness*. Extrait le 18 avril 2012 de <http://www.gov.ns.ca/DHW/>
111. Ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle Écosse. (2011). *2011-12 statement of mandate*. Halifax, NS : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.
112. Santé IPE. (2009). *PEI health system strategic plan 2009-2012*. Charlottetown, PE : Santé IPE.
113. Santé IPE. (2011). *Health PEI annual report 2010-11*. Charlottetown, PE : Santé IPE.
114. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador. (2010). *Annual performance report 2009-2010*. St. John's, NL: Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador.
115. Transparency and Accountability Act, Statutes of Newfoundland and Labrador (2004, c T-8.1). Extrait de <http://canlii.ca/t/jxwf>
116. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador. (2011). *Strategic plan 2011-2014*. St. John's, NL : Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador.
117. Regional Health Authorities Act, chapitre R-7.1, Statutes of Newfoundland and Labrador (2006). Extrait de <http://www.assembly.nl.ca/Legislation/sr/statutes/r07-1.htm>
118. Eastern Health. (2011). *Together we can: Strategic plan 2011-2014*. St. John's, NL : Eastern Health
119. Ministère des Finances du Yukon. (2011). *2011-2012 capital estimates*. Whitehorse, YN : Gouvernement du Yukon.
120. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2006). *Shaping our future 2006-2010. An updated strategic plan for health and wellness in the Northwest Territories*. Yellowknife, TNW : Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.
121. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2010). *Northwest Territories Health and Social Services system: Report on the strategic plan 2006-2010*. Yellowknife, TNO : Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.
122. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2011). *Building on our foundation 2011-2016: A strategic plan for the NWT Health and Social services System*. Yellowknife, TNO : Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.
123. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. (2011). *Business plan 2011-2014*. Iqaluit, NT : Gouvernement du Nunavut.
124. Ministère des Finances Canada. (2011). *Le gouvernement Harper annonce d'importants nouveaux investissements dans les soins de santé (communiqué)*. Extrait de <http://www.fin.gc.ca/n11/11-141-fra.asp>
125. Agence de la Santé publique du Canada. (2005). *Objectifs de santé pour le Canada*. Extrait le 17 avril 2012 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/new-1-frn.html>

Le Conseil canadien de la santé voudrait remercier Santé Canada de sa participation financière. Cette publication ne reflète pas nécessairement les opinions de Santé Canada.

Pour joindre le conseil canadien de la santé :

90, avenue Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
tél: 416.481.7397
sans frais: 1.866.998.1019
télé: 416.481.1381
information@conseilcanadiendelasante.ca
conseilcanadiendelasante.ca

**Mesure de la performance du système de santé
et production de rapports au Canada : possibilités
d'optimisation**

Mai 2012
ISBN 978-1-926961-44-6 PDF
ISBN 978-1-926961-43-9 Imprimé

Comment citer cette publication :

Conseil canadien de la santé. (2012). *Mesure de la performance du système de santé et production de rapports au Canada : possibilités d'optimisation*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et sous réserve que le Conseil canadien de la santé soit dûment mentionné.

© 2012 Conseil canadien de la santé
This publication is also available in English.



Utilisez ce code-barres pour voir instantanément le rapport en ligne.

1. Allez à www.getscanlife.com et téléchargez gratuitement l'application (le tarif standard pour les données est applicable.)
2. Touchez l'icône scanlife sur votre téléphone, puis faites une photo du code-barres.
3. Votre téléphone lit le code-barres et fait le lien avec le rapport et d'autres contenus numériques.



Health Council of Canada
Conseil canadien de la santé

90, avenue Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
tél: 416.481.7397
sans frais: 1.866.998.1019
télééc: 416.481.1381

information@conseilcanadiendelasante.ca
conseilcanadiendelasante.ca