

STA

2756

# ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

## *APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE*

*de*

### **L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal**

Par

ARIANNE PROULX



Rapport de stage présenté à l'ENAP,  
en vue de l'obtention de la Maîtrise en administration publique  
Option pour analyste  
Spécialisation : Analyse et développement des organisations

Février 2012

## REMERCIEMENTS

Je tiens particulièrement à remercier les personnes qui m'ont suivie et guidée tout au long de ces dix-sept semaines à l'IUGM. De fait, je remercie Madame Christiane Gélinas qui m'a accueillie, encadrée et donné l'opportunité de réaliser ce mandat ; en plus, de sa confiance accordée dans la réalisation de mes tâches et de ma démarche d'analyse. Merci également à Hélène Lejeune pour m'avoir apporté une seconde vision du mandat, et m'avoir accordé sa confiance ainsi que du temps précieux.

Je tiens aussi à remercier pour leur collaboration et leur bel accueil l'équipe du CESPAs ainsi que toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à rendre ce stage une belle expérience professionnelle et personnelle.

Enfin, je désire remercier de tout cœur la Professeure Nassera Touati qui m'a accompagné tout au long de ce stage. J'ai pu bénéficier de son temps et de son savoir-faire. J'ai aussi apprécié sa patience, sa bonne humeur et son soutien moral.

## TABLE DES MATIÈRES

### LISTES DES FIGURES

AVANT — PROPOS 5

INTRODUCTION 5

**CHAPITRE I : PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION ET DU MANDAT 6**

1. Présentation de l'organisation
  - 1.1 Mission et offre de service
  - 1.2 L'organigramme et la structure
2. Présentation du contexte
  - 2.1 Contexte général
  - 2.2 Les exigences en matière de gouvernance
  - 2.3 Contexte organisationnel
3. Description du mandat

**CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE D'ANALYSE 96**

1. Recension des écrits
  - 1.1 La notion de la performance
  - 1.2 La notion de la qualité
  - 1.3 Cadres d'appréciation de la qualité
  - 1.4 Cadre d'appréciation de la performance
  - 1.5 Critères de choix des indicateurs
  - 1.6 Identification des indicateurs de performance
  - 1.7 Enjeux liés au développement d'une culture de la mesure
2. Cadre d'analyse
  - 2.1 L'appréciation de la performance
  - 2.2 Les aspects structurels de la performance

**CHAPITRE III : 97**

1. Méthode: appréciation de la performance
  - 1.1 Stratégie: analyse comparative
  - 1.2 Sources de données
  - 1.3 Critères utilisés dans le cadre de l'analyse comparative
2. Méthode: analyse des enjeux organisationnels
  - 2.1 Réalisation d'entrevues à l'externe
  - 2.2 Critères de choix des répondants
  - 2.3 Les thèmes abordés en entrevue
3. Limites de la méthode
  - 3.1 Appréciation de la performance

25 JUIL 2012

3.2 Analyse des enjeux organisationnels

**CHAPITRE IV : RÉSULTATS 99**

1. Analyse comparative par dimension de la performance

1.1 Dimension: Efficience

1.2 Dimension: Volume des soins et services

1.3 Dimension: Efficacité

2. Synthèse des entrevues

2.1 Le développement d'une culture de la mesure

2.2 Intégration de la performance à la structure organisationnelle

2.3 L'évaluation de la qualité des soins et services professionnels

**RECOMMANDATIONS 100**

CONCLUSION

RÉFÉRENCES

ANNEXES

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES :**

Figure 1 : Structure organisationnelle 2011

Figure 2 : Modèle Donabedian : trois points de vue sur la qualité des soins.

Figure 3 : Qualité des soins et services : cadre de référence

Figure 4 : Système organisé d'action

Figure 5 : Dimension et sous-dimension de la performance classée selon la théorie de l'action sociale

Figure 6 : Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (EGIPSS) : stratégie de sélection des indicateurs

Figure 7 : A model for building an analytic capability

Figure 8 : Coûts en URFI en fonction du nombre d'admissions dans les établissements sélectionnés

Figure 9 : Coûts en URFI par jours-présence pour les services professionnels, en soins infirmiers et les coûts totaux

Figure 10 : Durée moyenne de séjour des établissements sélectionnés

Tableau 1 : Résultats 2009-2010 et des résultats attendus pour 2010-2011 – IUGM

Tableau 2 : Planification stratégique 2010-2015 du MSSS page 28

Tableau 3 : Membres des tables de travail du plan stratégique 2011-2015

Tableau 4 : Cadre conceptuel intégrateur de la qualité et la référence  
Tableau 5 : Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS

Tableau 6 : Relevé des indicateurs de qualité par les établissements de santé et services sociaux de Montréal

Tableau 7 : Indicateurs du cadre conceptuel

Tableau 8 : Skills and experience needed in key roles

Tableau 9 : Davenport et coll. (2001, p.117-138)

Tableau 10 : Davenport et coll. (2001, p.117-138)

Tableau 11 : Indicateurs de performance

Tableau 12 : Établissements de santé de Montréal et de la Montérégie qui offrent des services en UCDG et URFI

Tableau 13 : Critères sélectionnés dans les bases de données dans l'analyse des programmes d'URFI et d'UCDG

Tableau 14 : Résultats de recherche : Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux, I-Stratège, rapport sur mesure, mars 2011

Tableau 15 : Résultats de recherche : Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux, I-Stratège, rapport sur mesure, mars 2011 et MSSS, GESTRED (Gestion de la reddition des comptes), rapport périodique des indicateurs de suivi de gestion, mars 2011.

Tableau 16 : Résultats de recherche : Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux, I-Stratège, rapport sur mesure, mars 2011 et MSSS, GESTRED (Gestion de la reddition des comptes), rapport périodique des indicateurs de suivi de gestion, mars 2011.

Tableau 17 : Résultats de recherche : Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux, I-Stratège, rapport sur mesure, mars 2011

Tableau 18 : Résultats de recherche : Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux, I-Stratège, domaine hospitalier, mars 2011

## AVANT — PROPOS

Afin de valider la maîtrise en administration publique à l'École nationale en administration publique, il est demandé de réaliser un stage au sein d'une organisation publique afin de mettre en pratique ce qui a été vu lors de la scolarité de maîtrise.

Bien au-delà de l'aspect académique entourant la réalisation d'un stage, il faut considérer cela comme l'occasion de confronter les cadres théoriques qui ont pu être abordés lors des différents cours de maîtrise et la réalité terrain telle que vécue par les professionnels de l'administration publique. Ainsi, tout au long du stage, c'est une démarche de compréhension et d'analyse d'une organisation publique dans sa réalité quotidienne, qui est entreprise.

Conséquemment, lors de ce stage, il a été possible de saisir la vie quotidienne de l'organisation et de réaliser quels types de défis nous attendent lorsque nous nous lancerons dans la vie professionnelle.

Par ailleurs, ce stage a permis de comprendre la démarche d'évaluation de la performance organisationnelle, les rôles de l'évaluateur dans une organisation, et notamment les difficultés rencontrées par ce dernier dans le cadre d'une démarche de changement.

## INTRODUCTION

Ce rapport portera sur la gestion de la performance dans une organisation de santé publique. Ce dernier touchera deux volets l'un, sur l'appréciation de la performance de l'IUGM et l'autre, sur le développement d'une culture de la mesure. En effet, la gestion de la performance dans une organisation est un véritable défi dans la mesure où elle peut remettre en question les façons de faire, la culture organisationnelle, de même que l'ensemble de sa structure. L'implantation d'une culture de la mesure est un enjeu qui bouleverse le système organisationnel et son fonctionnement. C'est pourquoi l'organisation doit se préparer à ce changement et mettre en place les éléments qui vont accompagner la mise en œuvre de cette innovation et son intégration dans le système organisationnel.

Plus spécifiquement, le premier chapitre comprend la présentation de l'organisation, le contexte dans lequel elle évolue ainsi que la présentation des deux volets de ce mandat. Le deuxième chapitre décrit la recension des écrits et le cadre d'analyse. Ce dernier dresse un aperçu sur la notion de la performance et de la qualité, les différents cadres d'appréciation de la performance, les critères de choix des différents indicateurs et des exemples d'indicateurs de performance et finalement, les enjeux organisationnels liés au développement d'une culture de la mesure. Quant au troisième chapitre, il illustre les méthodes utilisées pour répondre à chacun des volets du mandat, les raisons justificatives de ces choix et leurs limites. Enfin, le dernier chapitre résumera : 1) les résultats de notre analyse de la performance de l'IUGM, plus spécifiquement concernant certains indicateurs 2) et notre synthèse des facteurs-clés de succès dans le développement d'une culture de la mesure.

## CHAPITRE I

Dans le cadre de ce chapitre s'inscrit une présentation de l'organisation en l'occurrence l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal avec ses éléments de mission, l'offre de services et sa structure. Par la suite, on y retrouve une description sommaire du contexte général du système de santé québécois c'est-à-dire des exemples de facteurs environnementaux qui ont influencé le fonctionnement global de la société et conséquemment les répercussions sur la prestation des services dans les établissements de santé. Dans un 3<sup>ème</sup> temps, on relève les différentes exigences en matière de gouvernance du système de santé québécois ainsi qu'un portrait du contexte organisationnel de l'IUGM; l'exercice de la planification stratégique et les travaux élaborés dans le cadre de cette activité. Finalement, on peut y lire une description des objectifs de ce mandat.

### 1. PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION : IUGM

#### 1.1 Mission et offre de services

L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) est le seul institut universitaire sur le vieillissement et la santé des personnes âgées œuvrant en milieu métropolitain multiethnique. Ainsi, il se distingue des autres établissements de santé en étant un véritable chef de file des pratiques cliniques, des soins spécialisés, de la promotion de la santé et du développement des connaissances sur le vieillissement et la santé des personnes âgées (IUGM, 2011).

Par ailleurs, l'IUGM offre une capacité de 452 lits répartis sur deux sites : le pavillon Côte-des-Neiges et le pavillon Alfred-DesRochers et ce dans différents programmes de soins de courte et de longue durée. Ces derniers s'appuient sur une approche globale de la personne, respectueuse de l'individu et adaptée à la condition de chaque usager. La grande diversité de ses programmes fait de l'IUGM un centre d'expertise complet :

- Réadaptation fonctionnelle intensive (URFI);
- Évaluation de courte durée gériatrique (UCDG);

- Hébergement et soins de longue durée;
- Centre ambulatoire comprenant des activités de centre de jour, d'hôpital de jour et des cliniques externes spécialisées (clinique de cognition, clinique de dysphagie, clinique de continence urinaire et clinique de gestion de la douleur chronique).

Concrètement voici une brève description des principaux programmes :

Le *programme de réadaptation fonctionnelle* intensive dispose de 45 lits dont 20 destinés à une clientèle avec un diagnostic d'AVC ou autre diagnostic neurologique. La mission de ce programme est d'offrir un service régional de réadaptation neurologique gériatrique très spécialisé mais, également un traitement spécifique pour les troubles dysphagiques. D'ailleurs, sa grande expertise occasionne que ce programme apporte également une aide à une clientèle suprarégionale.

Le *programme de courte durée gériatrique* compte 28 lits d'évaluation pour des personnes âgées présentant des pathologies multiples, souvent en lien à une perte d'autonomie. Ce programme offre des services favorisant le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel et vise à prévenir la chronicité de leurs incapacités.

Le *programme d'hébergement et de soins de longue durée* quant à lui, reçoit une clientèle atteinte de maladie à un stade avancé d'évolution et souffrant de pathologies multiples qui nécessite des soins spécialisés. Depuis, quelques années on observe une augmentation du nombre d'heures soins requis et une plus grande prévalence de troubles cognitifs.

Finalement, concernant le *Centre ambulatoire*, il est composé de plusieurs programmes dont le centre de jour qui a une capacité de 25 places. Ce dernier offre des services de répit aux aidants naturels en plus, d'offrir des activités de groupe visant le maintien et le développement des capacités physiques, cognitives, psychologiques et sociales des

personnes âgées. Quant à l'hôpital de jour, ce programme offre des services médicaux, de réadaptation et de soins infirmiers sur une base externe. Il a une capacité de 25 personnes par jour et vise à offrir un service permettant aux personnes de rester dans leur milieu de vie naturel avec les conditions les plus adéquates que possible. Enfin, le programme des cliniques externes offre actuellement trois spécialités soit, la clinique de cognition, de dysphagie et de continence urinaire. Le personnel des ces cliniques travaille en étroite collaboration avec les partenaires du réseau de la santé afin d'assurer un continuum de soins. De plus, il participe également à des activités de recherche et d'enseignement.

L'IUGM possède également un *Centre de recherche* d'envergure contribuant ainsi à confirmer sa mission de centre de soins spécialisés, de développement et de partage du savoir sur la santé et le vieillissement. Le Centre de recherche, créé en 1982, jouit par ailleurs d'une réputation internationale en gérontologie et gériatrie. Ses travaux scientifiques entraînent des retombées pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux ainsi, pour la société québécoise. Conséquemment, le Centre offre un environnement stimulant à une vaste clientèle d'étudiants et d'intervenants de la santé. Il comprend 40 chercheurs au niveau national et international, 170 étudiants universitaires, 30 stagiaires postdoctoraux, 32 professionnels de recherche et 14 membres de l'infrastructure (IUGM, 2008). Les trois principaux axes de recherche sont les neurosciences cognitives et le vieillissement, les interventions, la promotion du vieillissement de la santé et les soins finalement, la relation personne-environnement et le vieillissement.

Ainsi, l'IUGM afin de préserver son titre de chef de fil des pratiques cliniques et des soins spécialisés auprès des personnes âgées a besoin de se doter d'une méthodologie structurée pour évaluer et suivre sa performance globale, et celle plus spécifique de ses services et de ses programmes. L'IUGM a donc besoin de rendre visible la performance de ses différentes activités en lien avec les services offerts, en temps réel et en temps différé.

## 1.2 L'organigramme et la structure

Voici l'organigramme adopté illustrant la structure de l'IUGM et de ces différents comités.

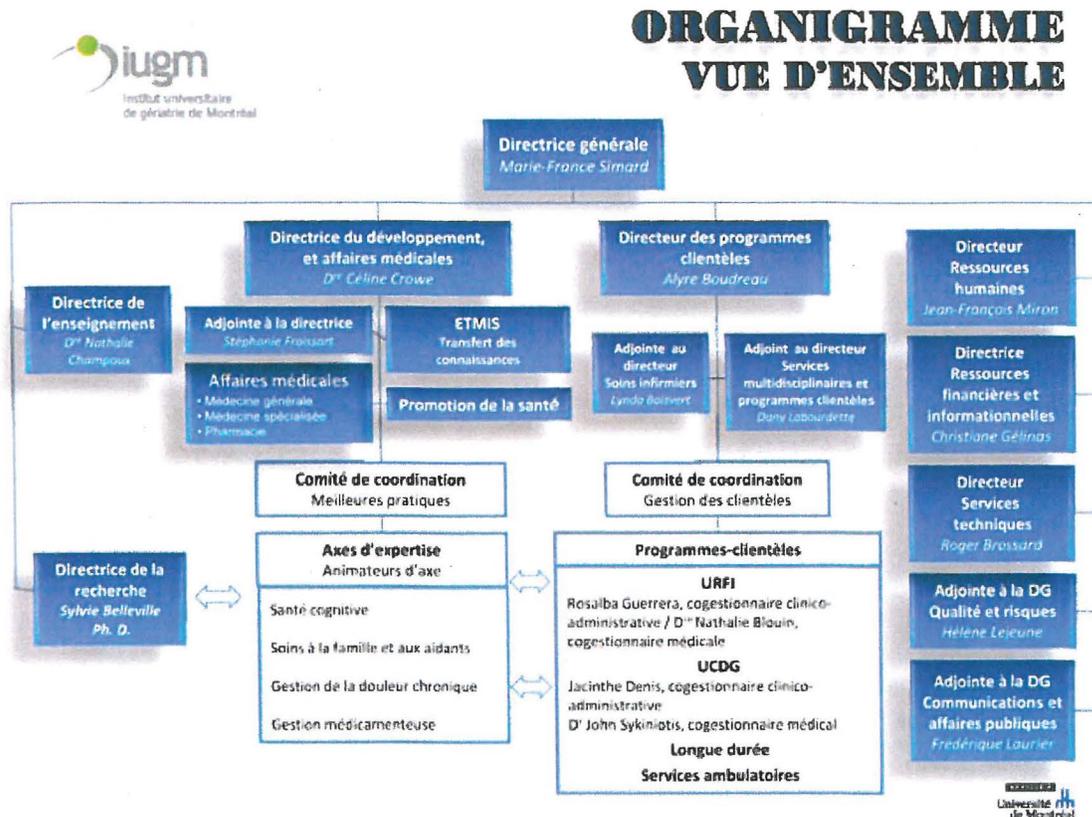


Figure 1 : Structure organisationnelle 2011

Le stage s'est déroulé principalement en collaboration avec la *Direction des ressources financières et informationnelles (DRFI)* ainsi qu'avec des membres du personnel du *comité de gestion des risques*, du *comité de vigilance et de la qualité*. Voici les principales tâches et fonctions de chacune de ces parties :

Le *comité de gestion des risques* a pour mandat de coordonner les activités relatives à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux et de faire les recommandations appropriées au comité de direction en ce qui concerne le fait de cerner, de signaler, d'évaluer et de gérer les risques. Il apporte son soutien aux membres du

personnel et aux professionnels dans la recherche et le développement de moyens pour accroître la sécurité des soins et services. Il veille au suivi des indicateurs entourant la sécurité des services de santé dispensés et à la mise en place de l'infrastructure nécessaire pour répondre aux exigences (IUGM, 2011).

Quant au *comité de vigilance et de la qualité*, conformément à l'article 181.0.1. de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), le conseil d'administration doit créer un tel comité principalement afin d'assurer : auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services sociaux ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. En plus, ce comité doit s'assurer de la coordination de l'ensemble des activités des autres instances (celles du comité de gestion des risques et du comité de la qualité, entre autres) de l'IUGM afin de répondre aux exigences du conseil d'administration (IUGM, 2011).

Finalement, la *DRFI* a pour mandat de s'assurer de la saine gestion financière de l'organisation. Ses responsabilités principales sont de supporter les gestionnaires dans la planification et le suivi budgétaire, de produire les informations et les rapports financiers requis pour la gestion interne de l'établissement ainsi que ceux exigés par différents organismes extérieurs, d'assurer le paiement des salaires, l'approvisionnement en biens et services; les services de messagerie et de reprographie ainsi que les services informatiques à l'ensemble de l'organisation. La direction des ressources financières est aussi responsable du processus comptable liés aux fonds d'enseignement, fonds de recherche et fonds de la Fondation Institut de gériatrie de Montréal. De surcroît, la direction des ressources financières développe, pour la direction générale et les autres directions, des outils d'analyse de la performance et favorise la maîtrise de ces outils par les pairs. De par ses fonctions et son expertise, la direction des ressources financières conseille et supporte les autres directions dans l'évaluation de la performance (IUGM, 2011).

## 2. PRÉSENTATION DU CONTEXTE

Dans un premier temps, nous allons nous attarder sur le contexte général entourant le système de soins, contexte « obligeant » les organisations de santé à s'adapter. Dans cette optique, nous passerons en revue les changements au niveau de l'environnement général, et les politiques de santé qui ont tenté de prendre en compte ces changements. Suivra une section consacrée aux changements au niveau de la gouvernance, sachant que la gestion de la performance constitue un axe important de la gouvernance. Enfin, nous focaliserons sur le contexte particulier de l'IUGM, en montrant les actions entreprises pour faire face aux nouvelles exigences en matière de gouvernance.

### 2.1 Contexte général

#### Les facteurs environnementaux

La société québécoise vit des bouleversements importants actuellement et le contexte démographique en pleine mutation occasionne des répercussions majeures sur le fonctionnement global de la société et amène son lot de défis à relever pour les années à venir. Ce phénomène s'explique entre autres, par la proportion croissante de personnes âgées tant au Canada qu'au Québec en lien avec le « baby-boom » de l'après-guerre et la diminution du taux de natalité enregistré depuis les dernières années. À ce vieillissement accéléré s'ajoutent de nombreux facteurs qui exerceront à leur tour une pression sur les organisations publiques et qui seront susceptibles de venir exercer une influence sur les établissements de santé.

Voici les exemples de changements environnementaux, ayant notamment un impact sur la prise en charge des personnes âgées, que l'on retrouve (Tourigny, Gagnon et Hébert, 2004, p.37) :

- Le démantèlement des familles (séparations, divorces);
- Accroissement marqué de l'espérance de vie mais, pas nécessairement en bonne santé;
- Situations financières précaires des familles monoparentales;

- La pénurie grandissante de ressources humaines;
- L'évolution exponentielle des technologies, etc.

### Les politiques mises en œuvre pour répondre aux pressions

Tous ces facteurs ont eu des répercussions sur l'offre de services et les besoins perçus des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est afin de mieux répondre aux besoins exprimés dans les établissements du réseau de la santé que, depuis plusieurs années, les mesures mises en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux, de concert avec les Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et les Départements régionaux de médecine générale (DRMG), constituent des jalons importants dans la création de réseaux de services intégrés et dans la gestion des maladies chroniques avec des épisodes de soins aigus. C'est dans ce contexte que les hôpitaux de jour, les unités de courte durée gériatrique (UCDG), les cliniques externes, les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et les établissements alternatifs d'hébergement entre autres, ont été implantés. Conséquemment, des mesures prises ont été déployées pour répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées, à leur famille et aux proches aidants, en voici quelques exemples :

- La formulation de plans d'action Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPAVL), par territoire de CSSS, et leur mise en œuvre.
- Le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD).
- Le plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.
- Les difficultés d'intégration et de prise en charge des services
- Si les politiques de santé s'efforcent d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, l'évaluation des pratiques sur le terrain met en évidence des difficultés.

Des auteurs dont Bonin et Hébert (2004, p.25) de l'équipe de recherche PRISMA, mentionnent que la coordination des services et par le fait même la performance du continuum témoignent de lacunes importantes. Kergoat et ses collaborateurs (2009)

mentionnent simplement que les urgences qui sont les portes d'entrée de la majorité des admissions en centre hospitalier sont actuellement dans une boucle négative qui a des répercussions sur la prestation des soins. En effet, le cheminement du patient qui se présente à l'urgence, les processus de travail et l'ensemble des composantes systémiques du réseau de la santé ne fonctionnent pas de façon optimale. De plus, trop souvent on peut constater des lacunes dans l'approche relationnelle envers la personne âgée qui s'illustre entre autres par un manque de communication, d'écoute, de soutien psychologique, le non-respect de l'autonomie de la personne à décider et l'omission de vérifier ses valeurs et ses choix personnels dans les décisions thérapeutiques, etc. Quant au niveau organisationnel, tous les hôpitaux sont confrontés à la pénurie de personnel qualifié et à l'épuisement professionnel des intervenants qui ont des conséquences importantes sur l'organisation des soins et les pratiques de gestion. Conséquemment, le réseau québécois actuel, selon Kergoat et ses collaborateurs. (2009), peine à coordonner ses efforts pour la prise en charge des besoins de la personne âgée.

Aussi, afin de remédier à la fragmentation du réseau dans la distribution des services et d'accroître l'interdépendance des mécanismes de concertation intersectoriels, des discussions et des décisions à tous les niveaux (au niveau stratégique, tactique et clinique) de la planification des services ont besoin d'être revues par l'ensemble des membres du réseau de la santé (tant au niveau micro que macro) si l'on veut garantir une meilleure intégration des soins et des services offerts à la clientèle de personnes âgées.

## **2.2 Les exigences en matière de gouvernance**

Dans le cadre de la plus récente réforme du système québécois de santé et de services sociaux introduite par le gouvernement en 2004, la mesure de la performance a pris une toute nouvelle priorité. Elle a été renforcée notamment grâce à l'arrivée d'un Commissaire à la santé et au bien-être par la mise en place d'un nouveau cadre de gestion ainsi qu'avec la création des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ces dernières sont imputables de faire respecter, à tous les établissements publics et privés de santé, l'obligation de se soumettre à un processus

indépendant d'agrément de la qualité de leurs services en plus de se conformer à l'entente de gestion et d'imputabilité.

Les exigences en matière de reddition de comptes à l'Agence de la santé et des services sociaux

Ainsi, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dont l'IUGM, doivent tout en respectant leur budget, démontrer qu'ils contribuent activement à l'amélioration de leurs services quant à différents indicateurs de qualité élaborés par l'Agence de santé et des services sociaux (largement fondés sur les indicateurs convenus avec le Ministère). Cette entente précise l'imputabilité de l'Établissement, tel que prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. On retrouve par exemple, des indicateurs ayant trait à l'accès, la qualité, la continuité et la globalité des services, et ce dans le but ultime de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (voir le tableau de l'Entente de Gestion ci-dessous). Conséquemment, l'absence de résultats positifs peut engendrer des pénalités symboliques en termes de notoriété, de perte de confiance du public, de réduction des budgets, voire la perte de programme et de ressources.

## ENTENTE DE GESTION

TABLEAU DES RÉSULTATS 2009-2010 ET DES RÉSULTATS ATTENDUS POUR 2010-2011  
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL

INDICATEURS / PROGRAMMES - SERVICES		INFORMATIONS 2009-2010			RÉSULTATS ATTENDUS POUR 2010-2011	
		Engagement	Résultat P13	% d'écart à l'engagement		
<b>PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT</b>						
Soins et services dans les CHS(LD)	1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence - soins infirmiers et d'assistance	3,20	3,20	0%	3,20
	1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels	0,27	0,27	0%	0,27
<b>SANTÉ PHYSIQUE</b>						
		Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits en URFI	1/133	nd	s/o	1/133
Infections nosocomiales	1.1.11	Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de courte durée	1/133	0,91	-9%	1/133
		Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de soins de longue durée	1/250	0,99	-1%	1/250
INDICATEURS / RESSOURCES HUMAINES		INFORMATIONS 2009-2010			RÉSULTATS ATTENDUS POUR 2010-2011	
		Engagement	Résultat P13	% d'écart à l'engagement		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>						
Main-d'œuvre	3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	3,97%	4,83%	-0,86%	4,68%
	3.4	Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	53,95%	42,25%	-22%	60%
	3.5	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	2,46%	2,10%	0,36%	2,05%
	3.5	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel réseau	s/o	1,82%	s/o	1,78%
	3.6	Pourcentage de recours à la M.O.I. en personnel infirmier	2,93%	4,18%	-1,3%	3,94%
	3.6	Pourcentage de recours à la M.O.I. pour les infirmières auxiliaires	s/o	2,18%	s/o	2,06%
	3.6	Pourcentage de recours à la M.O.I. pour les préposés aux bénéficiaires	s/o	2,26%	s/o	2,14%

Tableau 1 : Résultats 2009-2010 et des résultats attendus pour 2010-2011 - IUGM

### Exigences du Ministère de la santé et des services sociaux

De plus, l'IUGM doit répondre également à l'exigence ministérielle de produire un plan stratégique ainsi qu'un rapport annuel (exigence soumise à chaque établissement). Le dépôt du plan stratégique de l'IUGM est prévu en septembre 2011 et couvre une période de cinq ans soit, la période d'avril 2011 à mars 2015.

Par ailleurs, voici un exemple d'attentes du MSSS qui viendront influencer la prestation de services de l'IUGM :

**Orientation 2.3**  
**Répondre aux besoins d'une population vieillissante**

**Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés**

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère	▪ Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA)	▪ 55 % d'implantation à l'échelle du Québec d'ici 2015

**Axe d'intervention : Adaptation des services**

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées	▪ Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique	▪ 60 % des centres hospitaliers d'ici 2015

**PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Tableau 2 : Planification stratégique 2010-2015 du MSSS

Exigences d'imputabilité vis-à-vis d'Agrément Canada

Lors de sa reddition de compte, l'IUGM, parallèlement au MSSS et à l'Agence, doit tenir compte d'un troisième acteur soit Agrément Canada. Ce dernier est un organisme privé sans but lucratif et indépendant qui fournit aux organismes de santé et de services sociaux un examen de la qualité et de la sécurité de leurs services selon des normes d'excellence.

### 2.3 Contexte organisationnel

Étant donné la volonté de l'Institut à être un chef de file pour les soins et services offerts aux personnes âgées, et ce, dans le respect des attentes des différents acteurs (MSSS, Agence, Agrément, etc.), l'IUGM doit prendre des initiatives stratégiques (cibler des enjeux).

Être la « **Vitrine pour les soins et services offerts** » est justement l'objectif visé par l'IUGM dans le cadre de sa planification stratégique 2011-2015 (adoptée en septembre 2011). Ainsi, pour mieux se démarquer par l'innovation de ses pratiques, l'IUGM déterminera des enjeux qui permettront de mener de front, lors du cycle d'agrément et du processus de planification stratégique, la coordination de projets d'envergure et en optimiser les synergies.

Voici des enjeux de la planification stratégique de 2008-2011 autour desquels l'IUGM a déployé de l'énergie et des ressources:

1. Reconnaissance comme centre d'expertise sur le vieillissement et la santé des personnes âgées.
2. Maintien d'un milieu de soins sécuritaires et de qualité.
3. Disponibilité de la main-d'œuvre et des effectifs médicaux.
4. Maintien de masses critiques de ressources et de diversité de la clientèle
5. Modernisation des infrastructures immobilières, technologiques et informatiques.

Dans le même élan d'idées, voici des projets et des activités qui sont prévus pour la réalisation de son objectif actuel:

- ✓ La mise en œuvre du nouveau design organisationnel
- ✓ Une analyse approfondie de la performance de l'IUGM
- ✓ La préparation en vue de la prochaine visite d'Agrément Canada
- ✓ Faire un suivi rigoureux des indicateurs problématiques de l'Entente de gestion de l'Agence, etc.

D'ailleurs, dans le cadre de ce mandat, l'une des activités réalisées a été de participer activement aux rencontres du groupe de travail « Performance du Programme clientèles » dans le cadre des travaux de préparation de la planification stratégique 2011-2015. Vous constaterez dans le tableau ci-dessous les différents programmes couverts par la table de consultation « Programmes clientèles » ainsi qu'une illustration de la composition des différentes tables de pilotage:

- Sécurité et qualité des services
- Satisfaction de la clientèle
- **Performance financière, opérationnelle et clinique**
- Ressources humaines et médicales, etc.

<i>TABLE DE CONSULTATION :</i> <b><u>PROGRAMMES CLIENTÈLES</u></b>	<i>TABLE DE CONSULTATION :</i> <b>TENDANCE, DÉVELOPPEMENT ET INNOVATION</b>	<i>TABLE DE CONSULTATION :</i> <b>TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET RAYONNEMENT EXTERNE</b>
Sécurité et qualité des services Satisfaction de clientèle (patients et leurs proches)	Orientations et priorités du MSSS, de l'Agence, RUIS, INESSS	Partenaires actuels (attentes, offre de services actuel et potentiel ainsi que les niveaux de satisfaction)
Projet clinique	Programmes et axes d'expertise actuels Programmes et axes d'expertise à considérer pour l'avenir	Partenaires potentiels (attentes, offre de services à considérer)
Profil de la clientèle/production de service (Demande/Offre)	Centre de recherche	Transfert des meilleures pratiques à l'interne et/ou vers l'externe
<u>Performances financières, opérationnelles et cliniques</u>	Inventaire des grandes tendances et meilleures pratiques en gériatrie	« Branding » et reconnaissance de l'IUGM par les principales parties prenantes et partenaires
Ressources immobilières et informationnelles	Principes pour le développement d'une organisation créative et innovante (Gestion)	Enseignement

Ressources humaines et médicales		Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS)
----------------------------------	--	--

Tableau 3 : Membres des tables de travail du plan stratégique 2011-2015

L'objectif de cette structure est que les groupes de travail illustré touche l'ensemble des activités de l'IUGM afin d'effectuer une analyse stratégique des différents enjeux et environnements (internes et externes) ayant trait aux programmes actuellement offerts à la clientèle.

Concrètement, le mode de fonctionnement des groupes de travail consistait à former une équipe interdisciplinaire de 7 à 9 personnes représentatives des missions de IUGM et à générer une fiche diagnostique pour chacune des thématiques (un exemple de fiche diagnostique est présenté est annexe). La fiche consistait à spécifier les questions clés à traiter ainsi qu'à générer un inventaire des faits saillants, des forces, des faiblesses, des menaces et des opportunités (FFMO) priorisés. Suite à ces constats, les groupes de travail proposaient les principaux défis et la vision liés à la performance ainsi que des orientations stratégiques à considérer pour le futur.

Plus précisément, notre contribution apportée lors des rencontres du groupe de travail « Performance » se résumait, à soutenir le comité dans l'organisation et la concrétisation du projet par :

- la planification des ressources matérielles et humaines,
- outiller le comité face aux exigences en matière de gouvernance,
- assurer la coordination des intervenants et le suivi des échéanciers,
- l'élaboration d'un plan de communication (ordre du jour, suivi des communications),
- l'animation des rencontres.

Cet exercice a permis d'analyser avec précision quels étaient les défis à relever à l'IUGM et de camper par le fait même, les assises des futurs projets et activités à implanter pour

l'amélioration de sa performance. Ainsi les défis s'inscrivent d'emblée dans le contexte de reddition de compte de l'Institut mais, également ils s'articulent autour des principes directeurs à considérer à l'IUGM pour concrétiser ses éléments de vision :

- Une organisation dont la culture de la mesure est intégrée aux processus ;
- Une organisation intégrant des technologies qui supportent la culture de la mesure (disponible, fiable, pratique et utilisable);
- Une organisation capable de choisir des indicateurs pertinents et qui possède le savoir-faire pour les analyser et pour les interpréter afin de mettre en œuvre un plan d'action ainsi que les changements requis à l'amélioration de la performance.

### 3. DESCRIPTION DU MANDAT

Le mandat comporte deux volets soit : 1) faire une analyse de certaines mesures liées à la performance et de la gestion des activités de l'Établissement et, 2) analyser les enjeux organisationnels liés au développement d'une culture de la mesure. Ainsi, plusieurs objectifs ont été fixés afin de répondre correctement au mandat et aux besoins du mandataire. Le premier est d'analyser la performance de l'IUGM en regard des différents cadres existants et des meilleures pratiques en regard d'une gestion performante. Le second est de cerner les facteurs facilitant l'émergence d'une culture de la mesure.

Finalement, après avoir analysé certains aspects de la performance de l'IUGM et les conditions jouant sur l'implantation d'une culture de la mesure, il faudra faire des recommandations sur les structures à mettre en place et les outils de mesure à privilégier pour le développement de la culture de la mesure dans cette organisation.

Pour de plus amples informations concernant le mandat, vous trouverez l'offre de service en annexe.

## CHAPITRE II

### 1. RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE D'ANALYSE

Ce chapitre fait une synthèse de la recension des écrits liés aux deux volets du mandat. Afin d'orienter l'appréciation de la performance, il nous faut élaborer un cadre conceptuel, c'est-à-dire l'ensemble des concepts théoriques auxquels notre recherche va s'appuyer. Pour ce faire, nous séparerons notre cadre en deux grands volets. D'entrée de jeu, une démarche théorique sera entreprise où nous dresserons un portrait des connaissances sur les thèmes de la performance et de la qualité ainsi que les différents cadres d'appréciation de la performance et de la qualité qui y sont rattachés. Le choix d'inclure dans notre recension la notion de qualité repose, entre autres, sur le fait que l'amélioration de la qualité des soins et services est dorénavant un enjeu imposé par le nouveau processus d'agrément exigé au Québec. En plus, cette notion est intimement liée à la notion de la performance.

Notre revue de la littérature sélectionnera aussi des exemples d'indicateurs et formalisera les critères de choix de ces derniers. Cette première recension débouchera sur un cadre d'appréciation de la performance.

Le second volet vise une meilleure compréhension des facteurs susceptibles de favoriser le développement d'une culture de la mesure dans une organisation. Nous choisirons parmi ces facteurs ceux qui feront l'objet d'une analyse plus poussée dans le cadre de notre étude de cas.

#### VOLET A : ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE

##### **1.1 De la difficulté de définir la notion de la performance**

Dans le contexte du système de santé québécois, la performance fait souvent référence à de nombreux concepts tels que la qualité, l'efficacité, l'efficacé, le rendement, la productivité, l'équité, etc. Ainsi, il est difficile d'obtenir une définition unique et unanime

de la notion performance. Cependant, le choix des concepts utilisés s'avère important et ne doit pas être pris à la légère puisque les notions ont des portées fort différentes les unes des autres.

## **1.2 De la difficulté de définir la notion de la qualité**

Cette dimension de la performance est centrale d'une part parce qu'elle constitue un enjeu de gouvernance et d'autre part, parce qu'il est démontré que la qualité des soins conditionne l'état de santé et les coûts du système. Ceci étant dit, la notion de la qualité renvoie aussi à plusieurs construits : pour certains professionnels de la santé, la qualité correspond à la qualité technique de l'acte. Pour d'autres, la qualité correspond plus à la globalité de la prise en charge (traduisant l'approche « soins »). Certains acteurs, en particulier les gestionnaires, valorisent beaucoup l'application des standards de pratique. Bref, il s'avère nécessaire de clarifier ce qu'on entend par qualité.

## **1.3 Cadres d'appréciation de la qualité**

Le premier cadre d'appréciation qui vous sera présenté a trait à la qualité des soins et services offerts. D'abord, la définition de la qualité que nous propose Institut of Medicine (1999, 2001) se réfère au : « degré avec lequel les services octroyés aux usagers permettent d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé désirés et correspondent au niveau des connaissances professionnelles en cours ». <sup>1</sup>

### **MODÈLE DONABEDIAN**

Le modèle Donabedian est un cadre conceptuel multidimensionnel de la qualité des soins très fréquemment utilisés et cité. Cet auteur propose d'apprécier la qualité en s'appuyant sur trois aspects tels que présentés dans la figure suivante : les structures, les processus et les résultats (Donabedian, 1988).

---

<sup>1</sup> « degré avec lequel les services octroyés aux usagers permettent d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé désirés et correspondent au niveau des connaissances professionnelles en cours »  
Traduction libre de MORIN et TOURIGNY (2008), *Évaluation de la qualité des soins et des services hospitaliers aux personnes âgées*, Conférence du CESP, 1<sup>er</sup> et 2 mai, Montréal.

- Les structures correspondent aux ressources mises à disposition pour les soins par exemple, le personnel, ses qualifications, les équipements, les locaux, etc.
- Les processus concordent avec les soins fournis au patient. On s'intéresse particulièrement à la conformité des bonnes pratiques professionnelles.
- Les résultats désignent l'état de santé du patient, sa survie, sa qualité de vie, l'incidence des complications s'il y a lieu bref, l'efficacité des activités et leurs impacts sur les patients. Généralement, la satisfaction des usagers est incluse dans ce dernier aspect.

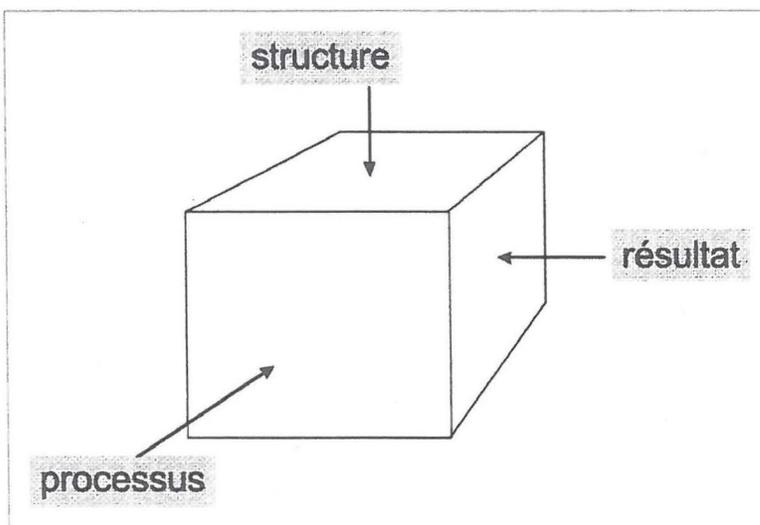


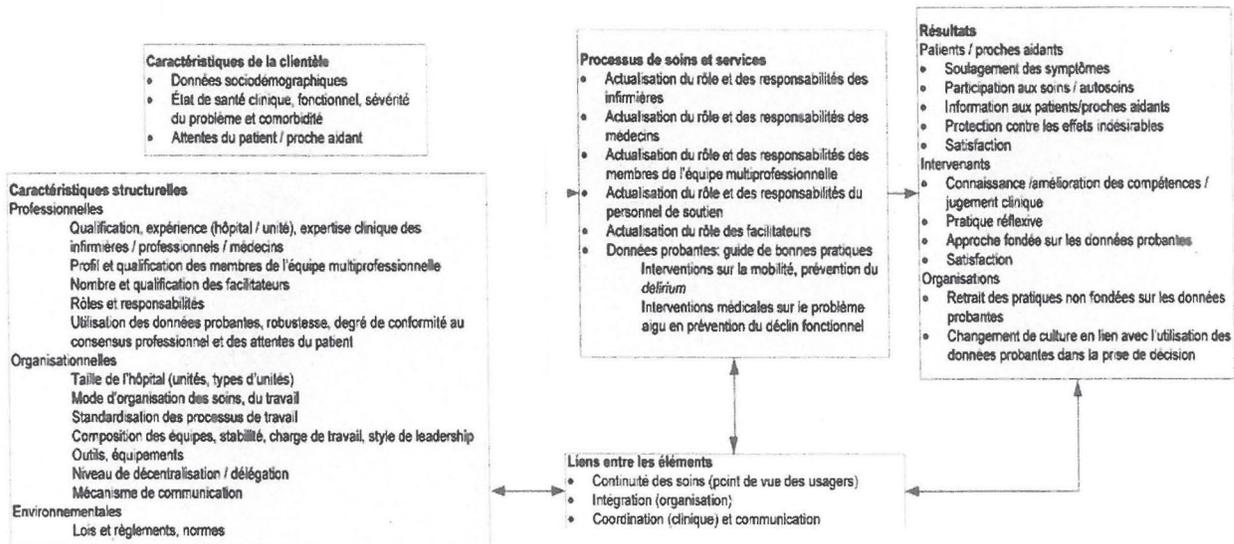
Figure 2 : Modèle Donabedian : trois points de vue sur la qualité des soins.

En fait, l'essentiel de ce modèle est que l'appréciation de la qualité consiste à mettre en relation les processus, les structures et les résultats, dans le but d'apporter un regard systémique sur le système des soins en prenant en considération la vision des différents acteurs impliqués (gestionnaires, professionnels et patients) ainsi que l'organisation des services livrés et utilisés. Autrement dit, les données comptabilisées des processus et des structures permettent d'investiguer comment, les résultats sont inter-reliés avec les activités.

## ADAPTATION DU MODÈLE DONABEDIAN AU CAS PARTICULIER DE LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

Ce modèle d'appréciation de la qualité des soins et services est fortement inspiré du modèle Donabedian (1988). La pertinence d'illustrer cette approche découle spécifiquement du fait qu'elle est adaptée à la clientèle personne âgée et en perte d'autonomie ; en plus de faire une évaluation systémique et multiprofessionnelle de l'état de santé de cette clientèle en regard de différentes dimensions de la qualité et de les relier entre elles. Ainsi, cette approche d'appréciation contribue à donner de la cohérence aux décisions et aux actions posées et de les remettre en question dans un contexte d'amélioration continue de la qualité. Voici une illustration de ce cadre d'appréciation de la qualité (Kergoat et coll., 2011) :

FIGURE 1  
QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES : CADRE DE RÉFÉRENCE



Sources :

Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. 1). Ann Arbor: Health Administration Press, 163 p.  
 Donabedian, A. (1985). *The methods and findings of quality assessment and monitoring* (Vol. 3). Ann Arbor: Health Administration Press, 528 p.  
 Hall, L. M., & O'Brien-Pallas, L. (2000). Redesigning nursing work in long-term care environments. *Nursing Economics*, 18(2), 79-87.  
 Rycroft-Malone, J. (2004). Research implementation : evidence, context and facilitation : the PARISH framework. In B. McCormack, K. Manley & R. Garbett (Eds.), *Practice development in nursing* (p. 118-147). Oxford: Blackwell.

Figure 3 : Qualité des soins et services : cadre de référence

## CADRE CONCEPTUEL INTÉGRATEUR PROPOSÉ PAR JACQUES MORIN ET ANDRÉ TOURIGNY

Ce cadre d'évaluation, fortement inspiré de celui de l'Institut of Medecine (IOM), est un modèle réalisé par des chercheurs québécois Jacques Morin et André Tourigny (2008). Ce projet a été mis sur pied afin d'évaluer la qualité des soins offerts chez la clientèle de personnes âgées vulnérables, d'étudier l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie de cette dernière clientèle et d'identifier des indicateurs appropriés aux problématiques gériatriques. Ce cadre d'évaluation s'est inspiré des travaux du Programme de Recherche sur l'intégration des Service de Maintien de l'Autonomie (PRISMA) pour la démarche de validation des indicateurs choisis au Québec.

Conséquemment, voici le cadre conceptuel de l'évaluation de la qualité des soins et services hospitaliers aux personnes âgées ainsi que les indicateurs sélectionnés (Morin et Tourigny, 2008) :

Tableau 4: cadre conceptuel intégrateur de la qualité et la référence

3. Un cadre conceptuel intégrateur				
Résultats désirés par les aînés et leurs aidants	Sécurité	Efficacité	Soins centrés sur l'aîné et sa communauté	Accès
	<b>Dimension transversale : Continuité</b>			
• Rester en bonne santé				
• Guérir				
• Mieux vivre avec la maladie ou incapacités				
• Faire face à la fin de sa vie				
	<b>Dimension transversale : Équité</b>			

Adapté de IOM 2001

Par ailleurs, pour mieux comprendre les assises de ce cadre conceptuel, voici la description des dimensions couvertes dans ce dernier :

- **Sécurité** : correspond à des soins et services fondés sur les connaissances scientifiques qui sont dispensés à tous ceux qui peuvent en bénéficier et qui sont évités à ceux qui n'en bénéficieront pas (IOM, 2001).
- **Efficacité (*effectiveness*)** : correspond à la manière dont les soins et les services donnés, ou l'environnement dans lequel ils sont fournis évitent ou minimisent un effet négatif sur le patient ou sa famille (NHQW, 2001).
- **Soins centrés sur l'aîné et sa communauté (*patient-centeredness*)** : correspondent à des soins de santé qui établissent un partenariat entre les professionnels de la santé, les dispensateurs des soins, le patient et sa famille pour assurer que les décisions respectent les désirs, besoins et préférences du patient et pour fournir à ce dernier l'éducation et le support dont il a besoin pour prendre des décisions éclairées (IOM, 2001).
- **Accès aux soins et services (*timeliness*)** : représente la possibilité d'obtenir les soins nécessaires au bon endroit et au bon moment et de minimiser les délais inutiles (IOM, 2001).
- **Continuité** : la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins (Reid & Haggerty, FCRSS, 2002).
- **Équité** : l'absence de variation des soins ou services en raison des caractéristiques personnelles telles que le genre, l'ethnie, la localisation géographique ou le niveau sociodémographique (IOM, 2001).

## 1.4 Cadre d'appréciation de la performance

### MODÈLE EGIPSS

Le modèle EGIPSS vise à proposer une vision globale de la performance. Dans le cadre de ce modèle, le système de services de santé est considéré comme un système organisé d'action situé dans le contexte de la société québécoise, à un moment donné. Sicotte et ses collaborateurs (1999) considèrent que quatre grandes fonctions doivent être prises en considération pour le maintien de l'existence, le développement et la performance du système.

Voici les quatre fonctions et également l'illustration schématique du système organisé d'action :

- **s'adapter**, puiser dans son environnement les ressources nécessaires et offrir des services ;
- **poursuivre des buts** qui sont valorisés (prévenir, diagnostiquer et traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux, réduire les inégalités à l'égard des soins et de la santé) ;
- **fonctionner de façon intégrée avec productivité**, organiser la coordination entre les parties, assurer la qualité, être productif ;
- **préserver et produire des valeurs et du sens.** (Champagne et al., 2005)

Figure 2 : Système organisé d'action

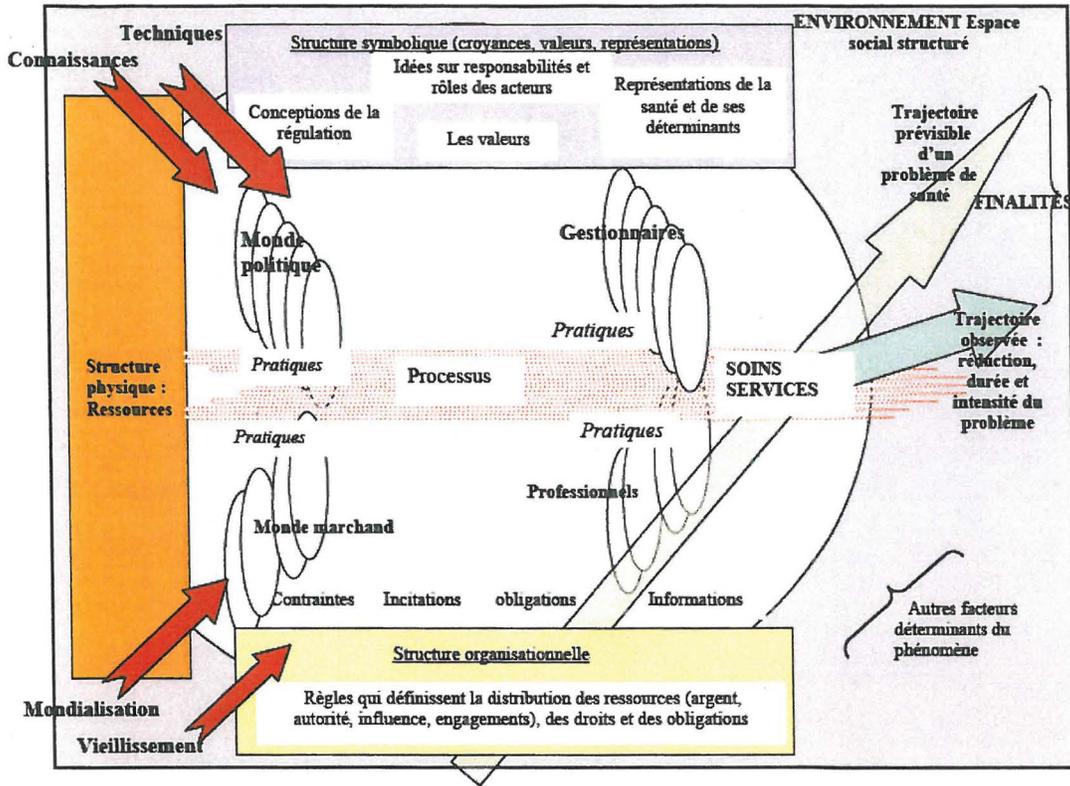


Figure 4 : Système organisé d'action

De cette conception des systèmes de santé découle une conception globale de la performance constituée de quatre grandes dimensions correspondant à ces quatre fonctions.

Figure 3 : Dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon la théorie de l'action sociale

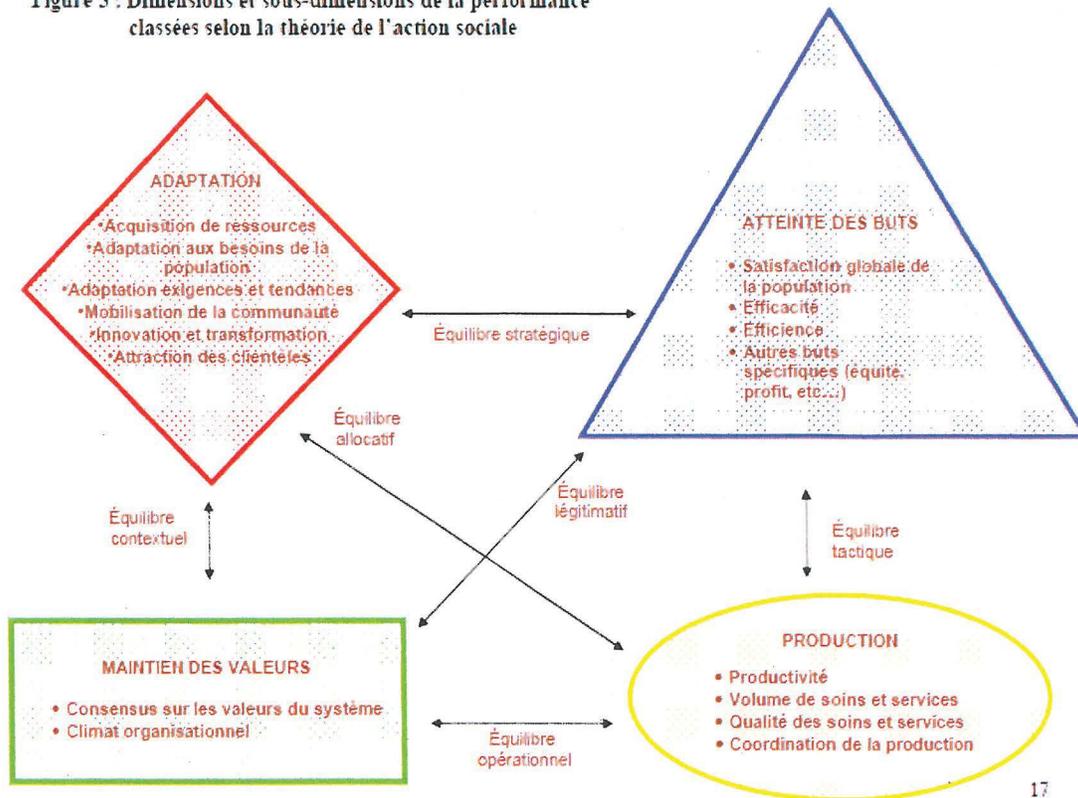


Figure 5 : Dimensions et sous-dimensions de la performance classées selon la théorie de l'action sociale

Ainsi, Sicotte et ses collaborateurs (1999, p. 16), définissent la performance dans la perspective de ce modèle intégrateur comme :

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

Voici le tableau des différentes dimensions de la performance élaborées dans le modèle et leurs définitions.

**Tableau 1 : Définitions des dimensions de la performance dans le modèle intégrateur**

Fonction dans le modèle intégrateur	Dimension de la performance	Définition
Atteinte des buts	Satisfaction globale de la population	Niveau d'appréciation de la population à l'égard du système.
	Efficacité	Résultats de santé attribuables aux services du système.
	Efficience	Résultats de santé en fonction des sommes investies.
	Équité	Responsabilité collective de solidarité pour répartir de façon juste (en fonction des besoins) les services de santé/la santé entre les individus, des groupes, des régions, etc.
Production	Productivité	Optimisation de la production en fonction des ressources
	Qualité  (voir figure 7, fin de la présente section)	Ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible tel que défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc définie par la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles, de consommation et sociales sur plusieurs dimensions du processus.
	Volume de soins et services	
	Coordination de la production	Ensemble des arrangements formels qui permettent un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée.

Fonction dans le modèle intégrateur	Dimension de la performance	Définition
Adaptation	Acquisition de ressources	
	Adaptation aux besoins de la population	Jusqu'à quel point les ressources et la structuration du système s'ajustent aux besoins de la population ?
	Adaptation aux exigences et tendances	Adaptation à l'environnement, aux forces externes affectant le système (nouvelles technologies, mondialisation, vieillissement...).
	Mobilisation de la communauté	Étendue et intensité du capital social du système, du support et de l'appui dont il bénéficie.
	Innovation et transformation	Capacité du système à innover et à se transformer.
	Attraction des clientèles	Capacité à maintenir une présence de marché en attirant la clientèle (situation concurrentielle favorable).
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs du système - Respect de la dignité - Sécurité - Service public - Santé	Consensus sur les manières d'être et d'agir reconnues comme idéales. Système commun de références permettant aux acteurs de coopérer pour réaliser de façon efficiente le projet collectif dans lequel ils sont impliqués.
	Climat organisationnel	[Traduction] « une vaste catégorie de variables, organisationnelles plutôt que psychologiques, qui décrivent le contexte organisationnel dans lequel se déroulent les actions des individus. Ces variables organisationnelles comprennent les pratiques interpersonnelles (le climat social) et les significations établies avec intersubjectivité qui découlent de processus organisationnels logiques. » (Glick 1988 : 133)

Tableau 5 : Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS

### 1.5 Critères de choix des indicateurs

Après avoir précisé les différentes conceptions de la performance du système de services de santé, il est primordial d'aborder l'aspect plus opérationnel de l'évaluation de sa

performance soit la sélection des indicateurs. Ainsi pour chacune des dimensions et des sous-dimensions présentées dans le modèle doit correspondre un indicateur qui permettra de mesurer et d'évaluer la performance organisationnelle. Pour ce faire, certaines caractéristiques rattachées aux indicateurs doivent être considérées afin de faire une sélection judicieuse de ces derniers et surtout qu'ils soient arrimés avec les objectifs de l'établissement et de son contexte externe. Par ailleurs, il est utile de mentionner que certains indicateurs sont imposés par les instances gouvernementales. Cela étant, les organisations doivent compléter leur choix en sélectionnant des indicateurs correspondant à d'autres critères.

Wren (2007) propose des différents critères à considérer dans le choix des indicateurs.

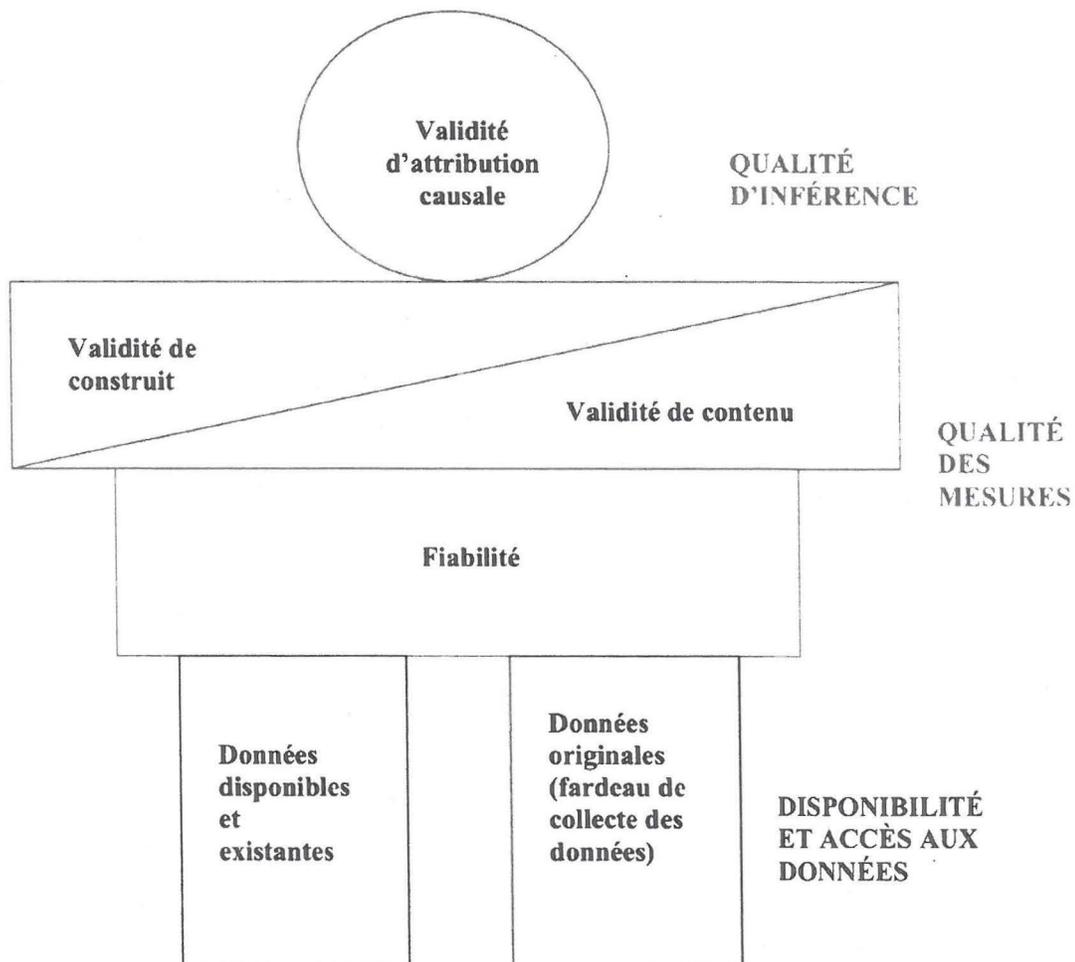


Figure 6 : Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (EGIPSS) : stratégie de sélection des indicateurs

### 1.5.1 Les coûts de la collecte des données

Les coûts reliés aux indicateurs est un critère très important voir essentiel dans cette démarche. Les coûts dépendent de l'utilisation d'indicateurs empruntés à des profils normalisés ou à des banques d'indicateurs ou à la création de nouveaux. Ce choix est très important puisque l'implantation de nouveaux indicateurs exige de gros investissements tant sur le plan financier, humain qu'opérationnel. L'utilisation de données originales exigera beaucoup de temps dans l'élaboration du cadre conceptuel et méthodologique afin d'être en mesure de comptabiliser des données fiables et valides.

### 1.5.2 La fiabilité

Concernant la fiabilité d'un indicateur, on fait référence à sa capacité à obtenir les mêmes résultats dans des conditions de recueil identique. Dans le cadre de la présentation du modèle EGIPSS, les auteurs citent un passage de l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) (EGIPSS, 2004, p. 24) pour qualifier l'importance de cette dernière pour les conclusions statistiques de l'étude:

[Traduction] « Un instrument qui ne répond pas à ce critère devrait être exclu. La fiabilité suppose que l'indicateur possède des spécifications explicites et détaillées en ce qui a trait que l'indicateur au numérateur et aux dénominateurs, et que les énoncés des exigences touchant la collecte de données sont compréhensibles et que celles-ci peuvent être mises en œuvre. La fiabilité est également améliorée lorsque la mesure repose le moins possible sur un jugement subjectif. »<sup>2</sup>

### 1.5.3 La validité

Finalement, la validité est un concept beaucoup plus abstrait que celle de la fiabilité. Tout comme cette dernière, la validité dépend passablement des contextes (d'utilisation, sociale, culturelle etc.) dans lequel elle évolue. La validité se définit comme la capacité d'un indicateur à mesurer le phénomène étudié concrètement, c'est l'adéquation existante entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer.

---

<sup>2</sup> Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (EGIPSS) : stratégie de sélection des indicateurs p. 79. Il est indiqué dans le modèle EGIPSS : 2004, *Frequently asked questions*: 8

Il existe cinq types de validité (apparente, de contenu, de critère, de construit et d'attribution causale) et cette dernière se renforce au fil des recherches dans lesquelles les mêmes indicateurs ont été utilisés. Voici une brève définition des types de validité rencontrés :

La *validité apparente* indique le degré auquel on a l'impression que l'instrument mesure bien ce qu'il est sensé mesurer. La validité apparente est très subjective néanmoins, elle joue un rôle important au niveau de l'acceptabilité des indicateurs sélectionnés et par le fait même l'utilisation qui peut en être faite. Ainsi, si l'indicateur a une faible validité apparente, il risque d'y avoir une forte résistance lors de son utilisation.

La *validité de contenu* selon OMS (2004, p.80) fait référence à si « la mesure couvre-t-elle l'ensemble du domaine de performance qu'elle est censée mesurer ou uniquement l'un des aspects très particuliers ? » Contandriopoulos et ses collaborateurs (2005) ajoutent que la validité de contenu consiste à juger dans quelle mesure les données sélectionnées pour évaluer les concepts théoriques sont représentatives de tous les aspects importants à mesurer.

Concernant la *validité de critère*, Contandriopoulos et ses collaborateurs (1990 ; 1978 ; 2005) la définit comme la capacité de l'indicateur à mesurer quelque chose qui est corrélé avec le critère d'intérêt, souvent lié à un comportement. Ces auteurs mentionnent que lorsque le critère se situe dans le futur, on fait référence à la validité prédictive et lorsqu'elle témoigne d'une action présente, elle est concomitante.

En ce qui a trait à la *validité de construit*, elle reflète la relation entre les concepts théoriques et leur opérationnalisation. En fait, cette validité s'établit d'abord en montrant la correspondance entre la théorie et certains faits qu'elle prédit.

Enfin, la dernière forme de validité a trait à la *validité causale* et à celle *d'attribution causale*. Selon Donabedian, le concept de *causal validity* illustre la relation de cause à effet qui existe entre des processus et des résultats. Ce qui est important de retenir est que la validité causale ne peut pas résider uniquement dans les processus ou les résultats mais, dans le rapport qui existe entre les deux. Conséquemment, dans la mesure où il existe des doutes face au lien de causalité entre ces deux éléments, l'utilisation d'indicateurs et la valeur de ces derniers tant ceux de qualité ou de résultats sont compromis. Or, dans le contexte où la relation de cause à effet est bien établie, on peut dès lors utiliser des indicateurs provenant de l'un ou l'autre de ces éléments pour en tirer des conclusions valides au sujet de la qualité de l'activité mesurée.

Par ailleurs, il est important de ne pas confondre cette dernière notion avec la *validité d'attribution causale*. Si la validité causale a trait à des résultats spécifiés à partir de processus spécifiés, la validité d'attribution se réfère à l'inférence d'une situation particulière pour expliquer les observations réelles. En fait, pour reprendre les propos des auteurs du modèle EGIPSS (Champagne & coll., 2005, p.90) : « lorsqu'on évalue la validité d'attribution causale d'un indicateur, il s'agit de vérifier le lien qui existe entre un indicateur donné et, dans le cas présent, la performance du système de services de santé. » Cette démarche est cruciale dans la sélection des indicateurs les plus pertinents pour évaluer la performance cependant, elle est également très complexe.

### **1.6 Identification des indicateurs de performance**

Sur le « marché », il existe plusieurs types d'indicateurs disponibles. Dans cette section, des exemples vous seront présentés provenant de l'Agence de santé et des services sociaux, de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (aqesss) et d'ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders).

RELEVÉ DES INDICATEURS DE QUALITÉ FOURNIS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET  
DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

DOCUMENT-SYNTHÈSE  
NOVEMBRE 2009

1. Indicateurs communs à la majorité des missions d'établissements

Indicateurs liés à la prestation sécuritaire des soins et des services	
Indicateurs	Exemples
Incidents/accidents, tous types confondus ou spécifiques (exemples : incidents/accidents impliquant des équipements biomédicaux)	- Tous programmes confondus ou selon le programme - Tous niveaux de gravité confondus ou par niveau de gravité - Par X jours de présence ...
Chutes	- Par X jours de présence - Par installation, programme et/ou niveau de gravité ...
Médication  Dans certains cas, plus précisément : erreurs reliées à l'identification de la clientèle, à l'administration d'insuline/héparine, à l'administration d'opiacés, à la conformité des bordereaux d'émission des produits sanguins, etc...	- Événements indésirables reliés à la médication, n'ayant aucune conséquence ou ayant des conséquences - Réactions adverses
Indicateurs liés à la satisfaction de la clientèle	
Indicateurs	Exemples
Gestion des plaintes	- Nombre de dossiers en traitement - Délais de réponse - Nombre de plaintes ayant fait l'objet de recommandations - Pourcentage des dossiers pour lesquels les recommandations ont été implantées ...
Satisfaction de la clientèle et des familles, générale ou spécifique (exemples : liée au soulagement de la douleur, à la température des repas, à la variété des menus, aux heures des repas, à l'allaitement, aux soins infirmiers reçus, aux services de réadaptation reçus à domicile, etc...)	- Sondages, questionnaires - Traitement des témoignages de satisfaction (compliments) reçus

Indicateurs liés à l'accessibilité des services	
Indicateurs	Exemples
<p><b>Nombre d'usagers en attente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'<u>hébergement</u></li> <li>- d'une <u>intervention</u> chirurgicale</li>   <li>- d'un <u>RDV</u> en clinique surspécialisée, en imagerie médicale, en hémodialyse, etc...</li> <li>- d'<u>évaluation</u> pour ergothérapie, service psycho-social, etc...</li> <li>- de <u>services</u> en ergothérapie, en santé mentale, en nutrition, etc...</li> <li>- d'<u>accès</u> au centre de jour</li> <li>- pour l'<u>application des mesures</u> (protection de la jeunesse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de patients en attente d'une intervention chirurgicale hors délai selon la cible du MSSS</li>   <li>- Nombre de personnes en attente de plus de X jours avec qui un contact a été maintenu</li>   <li>- Selon les cibles du ministère</li> </ul>
<p><b>Délai :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour l'<u>hébergement</u></li> <li>- pour un <u>RDV</u> régulier en échographie générale, échographie pour la thyroïde, échographie obstétricale (1<sup>ère</sup> échographie), etc...</li> <li>- pour un RDV régulier pour un Doppler, pour un Scan</li> <li>- pour des <u>services</u> de soutien à domicile</li> <li>- pour les <u>résultats</u> de cytologie</li> <li>- pour l'élaboration du PII (nouveaux résidents des centres d'hébergement)</li> <li>- pour le premier vaccin (nouveau-nés)</li> <li>- pour les services de l'équipe dédiée à la clientèle DI-TED</li> <li>- d'attente au centre de prélèvements</li> <li>....</li> </ul>	
Indicateurs liés à la durée de séjour	
Indicateurs	Exemples
<p>Durée moyenne de séjour</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par secteur</li> <li>- Chez les gens âgés de 75 ans et plus</li> <li>- Volume de séjours excessifs en médecine, en chirurgie, etc...</li> </ul>

Indicateurs liés à la prestation sécuritaire des soins et des services	
Indicateurs	Exemples
Abus institutionnels	- Nombre de signalements retenus en famille d'accueil et suivi - Nombre de rapports de conduites inacceptables en famille et suivi - Nombre de situations impliquant un employé
Agressions (usager/usager)	- Par X jours de présence
Fugues/évasions	- Par X jours de présence
Tentatives de suicides	
Indicateurs liés à la satisfaction de la clientèle	
Indicateurs	Exemples
Insatisfactions des familles d'accueil	- Nombre d'insatisfactions/mésententes entre un établissement et une famille d'accueil + suivi accordé
Indicateurs liés au milieu de vie	
Indicateurs	Exemples
Autonomie	- Taux d'utilisation des culottes d'incontinence - Nombre d'usagers mobilisés sur les unités
Implication de la clientèle dans les activités psychosociales	- Nombre d'activités psychosociales offertes - Nombre de personnes rejointes - Moyenne hebdomadaire d'activités/résident
Implication de la famille dans le processus de soins	- Nombre de rencontres familles/résidents - Nombre de visites familiales à l'établissement - Nombre de visites du résident dans sa famille
Application des recommandations des visites ministérielles d'appréciation de la qualité (milieux de vie substitués)	
Taux de participation aux comités d'usagers et de résidents	
Incendie	- Comportements adéquats adoptés lors des exercices incendie - Exercices réalisés dans chacune des installations au moins une fois par année sur les trois quarts de travail

Tableau 6 : Relevé des indicateurs de qualité fournis par les établissements de santé et services sociaux de Montréal

*Les indicateurs proposés par ACOVE*

En 2000, les chercheurs en Santé de RAND ont sorti la première liste d'indicateurs de qualité spécifiquement développée pour les personnes âgées vulnérables – la population en perte d'autonomie. Il est intéressant de mentionner que l'équipe de recherche québécoise PRISMA ainsi que les auteurs du cadre conceptuel intégrateur (Morin et Tourigny, 2008) présenté antérieurement, ont justement travaillé en collaboration avec l'équipe RAND, en 1998, à l'identification d'une série d'indicateurs basée sur des données probantes et méthodologiquement valides et fiables grâce à l'utilisation de la technique de type Delphi ; qui a donné lieu à l'expérience ACOVE (Assessing care of

Vulnerable Elders) soit la création de séries d'indicateurs dont vous retrouverez des exemples dans les tableaux ci-dessous.

Cette recherche a produit le premier système d'évaluation de la qualité des soins des personnes âgées vulnérables et il a été appliqué pour évaluer la qualité des soins médicaux aux États-Unis. Les buts de cette recherche étaient : 1) d'identifier une population vulnérable et les conditions médicales qui les affectent et 2) de développer une liste d'indicateurs basés sur des données probantes ainsi qu'un instrument pour évaluer la qualité des soins au niveau du système. Par exemple, ACOVE 3 publié en 2007, comprend 26 conditions de santé et 392 indicateurs reliés (Davenport et coll., 2001 ; Lemieux-Charles et coll., 2003 et Shortell et coll., 1995). Voici dans les figures suivantes des exemples d'indicateurs du cadre conceptuel de Morin et Tourigny (2008) :

Indicateur	Nbre d'occurrences	% passé
SI une personne âgée vulnérable est admise à l'hôpital pour toute maladie aiguë ou chronique ou pour toute intervention chirurgicale, ALORS la documentation de l'état cognitif devrait être faite dans les 24 heures	57	20
Pour TOUTES les personnes âgées vulnérables, on devrait documenter qu'on leur a demandé, au moins une fois par année, si elles avaient chuté récemment	372	25
SI une personne âgée vulnérable hospitalisée présente un diagnostic établi ou suspecté de « delirium », ALORS une évaluation des facteurs potentiellement précipitants doit être faite et les causes identifiées doivent être traitées	9	44

Wagner NS et al. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older people. Ann Intern Med 2003; 139:740-747

Indicateur	Nbre d'occurrences	% passé
SI une personne âgée vulnérable reçoit un nouveau médicament prescrit, ALORS elle (ou, si incapable, un aidant) devrait être informée sur le but de cette médication, sur la façon de la prendre ainsi que sur les effets indésirables connus ou les Réactions graves	259	18
SI une personne âgée vulnérable atteinte de démence peut compter sur un aidant (et, si possible, avec l'assentiment du patient), ALORS le médecin doit discuter avec la personne âgée et l'aidant ou les référer pour une discussion à propos de la sécurité de la personne âgée, fournir de l'information sur les moyens de faire face aux conflits à la maison et les informer des ressources communautaires disponibles	28	26

Wenger NS et al. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older people. Ann Intern Med 2003;139:740-747

Indicateur	Nbre d'occurrences	% passé
Il devrait y avoir une documentation pour toutes les personnes âgées vulnérables sur la présence ou l'absence d'incontinence urinaire lors de l'évaluation initiale et à chaque année	363	31
SI une personne âgée vulnérable reçoit son congé de l'hôpital pour retourner à domicile ou dans un centre de soins de longue durée, ALORS il doit y avoir un résumé dans le dossier dans un délai maximal de six semaines	52	41
SI une personne âgée vulnérable est admise à une unité de soins intensifs ou dans une unité de médecine ou de chirurgie d'un hôpital et est dans l'impossibilité de bouger ou est limitée dans sa capacité à le faire, ALORS l'évaluation du risque d'ulcères de pression doit être faite dès l'admission	11	59

Wenger NS et al. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older people. Ann Intern Med 2003;139:740-747

Tableau 7 : Indicateurs de qualité

## VOLET B : LA CULTURE DE LA MESURE

### **1.7 Enjeux organisationnels liés au développement d'une culture de la mesure**

On retrouve dans cette section une brève recension d'écrits concernant le deuxième volet de ce mandat soit la détermination d'éléments facilitateurs qui seraient à considérer dans l'implantation, le développement et l'utilisation d'outils de mesure de la performance. Les articles retenus dans notre recension sont pertinents puisqu'ils font mention d'enjeux organisationnels concrets et pratiques identifiés à partir d'observations exhaustives sur différentes organisations existantes. Une synthèse des écrits met en évidence les facteurs suivants (Davenport et coll., 2001 ; Lemieux-Charles et coll., 2003 et Shortell et coll., 1995) : la clarification des objectifs de la mesure, l'arrimage des instruments de mesure avec la stratégie organisationnelle, le développement de structures organisationnelles facilitant l'implantation d'une culture de la mesure, la prise en considération des différentes cultures au sein de l'organisation, l'investissement dans les ressources technologiques, le développement des compétences analytiques et la promotion d'un style de gestion participative ainsi que la responsabilisation des cliniciens.

#### *Clarification des objectifs de la mesure*

Selon Lemieux-Charles et ses collaborateurs (2003) l'utilisation de mesures de performance permet ou renforce la clarification des objectifs organisationnels. Ils mentionnent qu'en fonction du modèle théorique préconisé ou selon le niveau organisationnel impliqué, l'utilisation d'outils de mesure peut sous-entendre différents buts. Par exemple, l'appréciation de la performance peut : 1) conférer davantage de légitimité à l'organisation dans le cadre de sa reddition de compte (ses contributions) en tant qu'institution publique. En effet, Scott et Meyer (1993) suggèrent que les forces institutionnelles font que l'utilisation d'outils « rationnels » (tels que la planification stratégique, les structures, etc.) constitue une ressource pour maximiser la légitimité organisationnelle ou 2) s'inscrire dans une volonté interne d'amélioration des soins offerts. La position de Leggat et ses collaborateurs (1998) résume bien l'idée générale

véhiculée par les auteurs à ce propos, à savoir que l'emploi d'instruments de mesure permet d'améliorer la performance organisationnelle dans son ensemble. En fait, les outils renforcent les connaissances entourant la gestion de la performance organisationnelle en indiquant les comportements à préconiser pour atteindre les changements souhaités. Ainsi, les indicateurs de performance peuvent être utilisés pour améliorer l'efficacité opérationnelle, clarifier les responsabilités et les rôles, accroître la collaboration, etc.

*Arrimer l'emploi d'instruments de mesure à la planification stratégique de l'organisation*

D'entrée de jeu, le modèle proposé par Davenport et ses collaborateurs (2001) est intéressant car il aborde le développement et l'utilisation de la mesure avec une vision holistique. Ce modèle préconise également un style de gestion qui facilite la communication et les échanges entre les différentes structures organisationnelles. Voici une illustration de ce modèle théorique :

**FIGURE 1.** A Model for Building an Analytic Capability

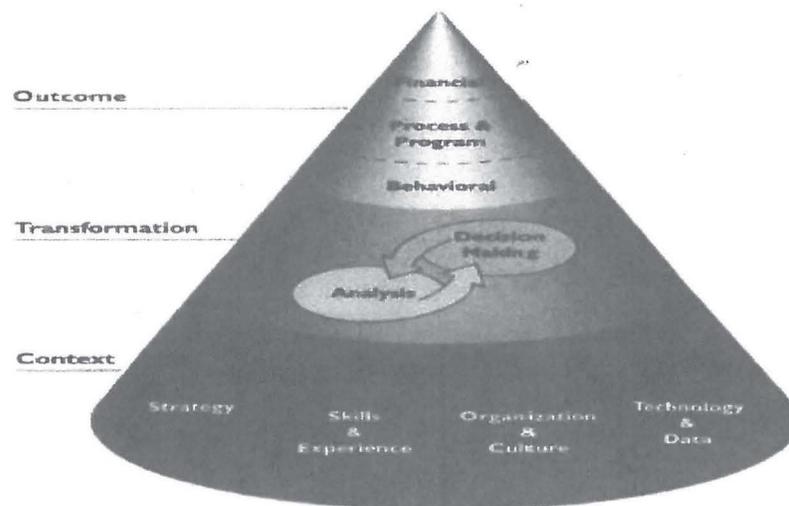


Figure 7 : A model for building an analytic capability

Tel qu'illustré, ce cadre théorique de Davenport (2001) se compose de trois éléments

majeurs soit, le contexte, la transformation et les résultats. L'attrait de ce cadre est qu'il peut être utilisé par différents niveaux de gestion dans l'organisation puisqu'il favorise les échanges. De plus, la vision systémique de ce modèle peut permettre à l'organisation de faire ses propres diagnostics et de développer des stratégies de gestion spécifiques à ses besoins. Par exemple, la présence ou l'absence d'un des éléments mentionnés dans ce modèle peut aider les gestionnaires à comprendre les processus de création de valeur ajoutée dans leur organisation.

Par ailleurs, les travaux de Lemieux-Charles et ses collègues (2003) traitent également de l'influence positive exercée par l'interrelation entre différents niveaux de gestion (technique, managérial et institutionnel) et les instances qui les composent dans le développement d'indicateurs de performance. Selon ces auteurs, meilleure est la coordination entre les différentes instances plus facile sera le développement et le monitoring et par le fait même « l'efficacité » des outils de mesure. Le fait d'opter pour une vision holistique de la gestion permet de mieux arrimer les attentes et les objectifs poursuivis par les différents niveaux de gestion pour améliorer l'efficacité organisationnelle.

Ainsi, l'organisation aurait intérêt à élaborer une planification stratégique pour le développement de sa culture de la mesure afin de mieux consolider les différentes parties, les ressources nécessaires et les outils d'évaluation en conséquence. Une telle stratégie aidera l'organisation à « supporter » les initiatives en assurant une cohérence d'ensemble. Selon Davenport et ses collaborateurs (2001), plus la stratégie d'affaire de l'organisation sera claire et détaillée, plus la nature des données et leur capacité d'analyse seront évidentes.

#### *Développer des structures organisationnelles facilitant le développement d'une culture de la mesure*

Lemieux-Charles et ses collaborateurs (2003) ainsi que Davenport et ses collaborateurs (2001) constatent qu'il existe différents modèles de structure pour gérer la performance

organisationnelle. Les organisations varient dans leur niveau de formalisation et de centralisation de leurs structures organisationnelles ; ce qui peut influencer le degré d'intégration de la gestion de la performance (appropriation par les niveaux intermédiaires et stratégiques).

D'emblée, Davenport et ses collaborateurs (2001) expliquent l'importance pour l'organisation, dans la mise en œuvre d'une culture de la mesure, de structurer ses ressources (humaines, analytiques, techniques). Pour ce faire, ils mentionnent des questions essentielles qui doivent être posées telles : où les ressources\compétences en matière d'analyse doivent être situées dans l'organisation? Est-ce qu'elles devraient être centralisées, décentralisées ou prises en charge par une firme externe? Bref, ils considèrent que les décisions entourant la structuration des ressources sont influencées par trois facteurs soit, la sophistication des analyses, la nature des connaissances exigées et la culture de l'entreprise. Par exemple concernant la sophistication des analyses, ils suggèrent que dans les contextes où la modélisation des données est très complexe, il est préférable qu'il y ait centralisation de l'expertise au sein d'un groupe de travail puisque cela exige des compétences au niveau de l'analyse statistique très pointue. Par contre, les auteurs en question sont d'avis qu'une architecture décentralisée peut permettre aux analystes et aux gestionnaires de mieux comprendre l'organisation et les données. De plus, d'après Davenport et ses collaborateurs (2001) l'emploi de structures centralisées peut avoir des limites. Il y a le risque que si l'organisation centralise trop ses ressources, l'expertise ou les connaissances de pointe soient perdues.

Quant au facteur des connaissances requises, ils mentionnent que si l'analyse des données exige la compréhension d'un marché ou de produits spécifiques alors, une structure décentralisée serait plus efficace. Finalement, par rapport au facteur culturel de l'entreprise, ils suggèrent qu'une organisation avec des unités d'affaires hautement autonomes aura de la difficulté à soutenir et gérer des ressources analytiques très centralisées et vice versa pour les entreprises où les activités sont très centralisées, il sera difficile de les décentraliser. Ainsi, selon Davenport et ses collaborateurs (2001), il

n'existe pas de structure parfaite, toutes les formes structurelles possèdent des forces et des faiblesses. En fait, le plus important est d'implanter une structure qui réponde le mieux que possible aux besoins organisationnels.

*Prise en compte de la culture organisationnelle et celle des professionnels*

Shortell (1995) et Davenport (2001) et leurs collaborateurs mentionnent l'importance de créer une culture organisationnelle autour de la valeur des données probantes. La culture se définit par les normes, les croyances et les valeurs organisationnelles et ce sont elles qui renforcent les comportements de ses membres. Ainsi, il est utile que toute l'organisation soit impliquée et accorde un bénéfice à l'utilisation de données si l'on veut que le processus de compréhension, d'analyse et de prise de décision des données soit une réelle réussite.

Par ailleurs, il est également important de tenir compte de la culture et des standards professionnels dans la mise en œuvre de changements organisationnels importants. Les milieux hospitaliers et de santé par exemple possèdent des traits culturels qui se démarquent des autres environnements de travail de par la nature des professions que l'on y retrouve (médecins, infirmières, pharmaciens, etc.), les responsabilités impliquées, les normes et les règles d'éthique, etc. Dans son article, Lemieux-Charles et ses collaborateurs (2003) témoignent justement de l'influence de la culture infirmière et médicale dans le développement d'une culture de la mesure. À ce propos, ils mentionnent que les règles professionnelles et les conventions qui régissent les directives cliniques ainsi que la littérature médicale sont considérés, par les équipes cliniques, d'être des catalyseurs importants dans le développement et l'utilisation d'indicateurs. Ainsi, les gestionnaires et les décideurs ont tout intérêt à prendre en considération ce facteur puisqu'il diminuera les possibilités de résistance aux changements et favorisera la manipulation des outils de mesure.

*Investir dans les ressources technologiques*

Mentionnons également que le développement d'une culture de la mesure nécessite le

développement d'outils technologiques adéquats. Davenport et ses collaborateurs (2001) rapportent à quel point il est important d'utiliser des technologies adaptées pour la capture et l'extraction des données ainsi que d'avoir des professionnels spécialisés en technologie de l'information (TI) aptes à construire les bases de données. De plus, il est important de ne pas négliger l'infrastructure technique qui permettra le transfert des données en une capacité d'analyse. Pour ce faire, des ressources humaines qualifiées seront essentielles. En fait, les auteurs témoignent que les meilleurs outils analytiques entourant l'exploration des données sont ceux qui sont conduits par le regard d'un analyste (Davenport et coll., 2001).

#### *Développer des compétences en matière d'analyse au sein de l'organisation*

L'une des idées centrales que l'on retrouve dans les articles parcourus de Davenport et ses collaborateurs (2001), Lemieux-Charles et ses collaborateurs. (2003), ainsi que Shortell et ses collaborateurs. (1995) est la contribution essentielle de la dimension humaine dans tous processus de gestion de la performance. ; un aspect qui selon Davenport et ses collaborateurs (2001) est trop souvent négligé dans la plupart des organisations. De plus, ils constatent qu'il est commun que les organisations des secteurs publics et privés investissent davantage dans des systèmes d'information plutôt que dans le développement de la capacité d'analyse de leur personnel. Or, un manque d'investissement dans les ressources humaines ainsi que des ressources limitées pour mettre en œuvre les changements contraignent les équipes de gestion dans leur capacité à utiliser efficacement les indicateurs de performance pour atteindre les objectifs organisationnels. Conséquemment, Davenport et ses collègues (2001) présentent, comme vous pourrez le constater dans le tableau ci-dessous, les habiletés et les expériences requises pour développer le potentiel organisationnel en matière d'évaluation de la performance. Ils mentionnent que ces compétences dépendent entre autres, des rôles et des responsabilités individuelles. De plus, elles varient aussi selon la portée et la capacité de l'organisation (les ressources et les intérêts investis) à analyser les données. Ils ajoutent par ailleurs qu'aucun individu ne peut être responsable à lui seul de la transformation des données et/ou de son analyse.

**EXHIBIT 2.** Skills and Experience Needed in Key Roles

	<b>DB Administrator</b>	<b>Business Analyst/ Data Modeler</b>	<b>Decision Maker/ Outcome Manager</b>
<b>Technology Skills</b>	Data extraction File import/export Merge/purge/dumps File and record formats Find missing data	Data extraction File import/export Text files Statistical reporting software	Desktop queries Data visualization Database marketing
<b>Statistical Modeling and Analytic Skills</b>	Data requirements Data validation Data quality	Descriptive statistics Multi-dimensional modeling Regression Factor/cluster analysis Neural networks Data mining Data presentation and reports	Analytic conceptualization Interpretation of findings Limitations of statistical analysis
<b>Knowledge of the Data</b>	Layout of records Data sources Data formats Changes in data fields and formats Updating and refreshing schedule History of file	Data availability Data strengths and weaknesses Data currency Definitions of fields Data validity	Data strengths and weaknesses Definitions of fields Data validity
<b>Knowledge of the Business</b>	Business strategy General understanding of industry	Business strategy Business model Business drivers Business objectives Business terms	Business strategy Business model Business drivers Critical issues Competitive factors Resource constraints Implementation and acceptance
<b>Communication and Partnering Skills</b>	Listening Teaching Coordinating	Listening Persuading Teaching Collaborating Presentations to management	Teaching Learning Collaborating Persuading Presentations

Tableau 8 : Skills and experience needed in key roles

De plus, Davenport et ses collaborateurs (2001) témoignent qu'avec le temps, le développement des processus vers une culture de la mesure deviendra de plus en plus automatisée ce qui aura pour effet d'accroître le besoin de générer et de parfaire les connaissances. Ainsi, il est important que l'évaluation, le développement et l'investissement au niveau des ressources humaines soient revus tout au long du processus. Ils mentionnent également qu'avec le passage du temps certaines analyses de données pourront être automatisées et même certains résultats pourront faire l'objet de prise de décision et d'action sans intervention humaine directe. Néanmoins, ils énoncent que cette automatisation de la pratique sera viable que pour les processus très structurés et routiniers. Pour les décisions importantes et stratégiques, l'implication de ressources

humaines qualifiées est cruciale. Plus la capacité d'analyse de l'organisation sera développée, plus cette dernière sera en mesure d'être efficace et performante.

Enfin, voici les principaux rôles et compétences recherchées dans ce modèle :

<b>Rôles-clés</b>	
Un administrateur des données	L'extraction des données des diverses bases de données, les transférer dans des entrepôts puis d'effectuer des contrôles de la qualité.
Un analyste des affaires et un modélisateur des données	Les deux travaillent sur l'analyse des données pour que les décideurs puissent utilisées ces connaissances dans leur prise de décision.
Un décideur	Utilise les informations pour prendre des décisions qui affecteront la performance organisationnelle.
Un gestionnaire des résultats	S'assure que les décisions sont mises en œuvre et que les résultats sont atteints.

Tableau 9 : Davenport et coll. (2001, p. 117-138)

<b>Compétences-clés</b>	
Habilités dans la manipulation des technologies	Connaissances des bases de données et des systèmes d'exploitation ainsi que la manipulation, l'analyse et la présentation des données.
Compétences analytiques et dans la modélisation des statistiques	Une expertise sur l'analyse statistique des données.
Compétence dans l'analyse des données	Connaissances sur les types de données utilisées et comment ils sont entreposés.
Connaissances de l'organisation (les politiques, les structures, les enjeux stratégiques, etc.)	Concevoir, produire et présenté les résultats de l'analyse des données.
Habilité de communication et de leadership	Capacité à communiquer les divers besoins et les informations des analyses, des résultats, etc. à l'ensemble de

	l'organisation.
--	-----------------

Tableau 10 : Davenport et coll. (2001, p.117-138)

*Prôner un style de gestion participative et la responsabilisation des cliniciens*

Selon les auteurs<sup>3</sup>, la taille de l'organisation et son contexte culturel influencent grandement le processus décisionnel. De plus, Davenport et ses collaborateurs (2001) expriment qu'il y a une tendance dans les organisations à « gérer » derrière des portes closes. Conséquemment, le manque de transparence et de « rationalité » dans la prise de décisions fait en sorte qu'il est difficile de faire une réelle analyse critique de ces processus. Dans les faits, si les gestionnaires prenaient davantage conscience des points forts et des lacunes ayant trait au processus décisionnel de la gestion en silo, ils seraient davantage en position d'accroître l'efficacité organisationnelle.

Shortell et ses collaborateurs (1995, p. 382) sont d'avis que l'utilisation de l'approche « prospecteur » (*prospector*) par les gestionnaires dans milieux hospitaliers favorise la réussite de l'implantation d'un nouveau processus. L'approche « prospecteur » (*prospector*) consiste à saisir les opportunités qui se présentent et les mettre en œuvre dans un cadre participatif de gestion. Concrètement, cette approche prône l'implication directe des médecins aux processus et aux ressources à déployer lors de l'implantation d'un changement dans les activités. Ainsi, d'après ces auteurs, les organisations qui valorisent une approche de gestion qui met l'emphase sur la responsabilisation de chacun (*empowerment*), la décentralisation du pouvoir, la formation et la flexibilité ont plus de chance de réussir les manœuvres de transformations et d'ajustements de leurs activités.

Dans l'optique d'un style de gestion participative, tous les membres du personnel impliqués de près ou de loin doivent s'approprier une partie des changements implantés. Selon Davenport et ses collaborateurs (2001), la participation de non seulement de l'équipe responsable de ce dossier mais, également des cliniciens et des administrateurs à diverses étapes du processus de la collecte, de la compilation et de l'analyse des données

<sup>3</sup> Davenport et ses collaborateurs (2001), Lemieux-Charles et ses collaborateurs (2003) et Shortell et ses collaborateurs (1995)

permettrait de résoudre divers problèmes de gestion et potentiellement servir à l'amélioration continue des activités de l'ensemble de l'organisation.

## 2. CADRE D'ANALYSE

Dans ce qui suit, nous formaliserons les cadres d'analyse associés aux deux volets de notre mandat.

### 2.1 L'appréciation de la performance

#### 2.1.1 Choix des indicateurs

Le tableau suivant présente les indicateurs sélectionnés dans le cadre de notre appréciation de la performance

<b>Dimension de la performance</b>	<b>Définition</b>	<b>Indicateurs</b>
Satisfaction de la clientèle	Niveau d'appréciation de la population à l'égard du système.	<i>Satisfaction de la clientèle</i>
Qualité	Ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible tel que défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc définie par la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles, de consommation et sociales sur plusieurs dimensions du processus.  Accessibilité : la facilité pour la clientèle à utiliser les services requis comprenant les barrières géographiques, organisationnelles, économiques ou culturelles à l'utilisation.	<i>Délai d'attente pour un lit (en jours)</i>  <i>Accessibilité</i>
Productivité	Optimisation de la production en	<i>Soins infirmiers et</i>

	fonction des ressources	<p><i>d'assistance</i> (nombre d'heures travaillées par jour présence) - Rapport As-471 p.691</p> <p><i>Soins professionnels</i> (nombre d'heures travaillées par jour présence) : comprennent entre autres, les services de l'hôpital de jour, l'inhalothérapie, la psychologie, les services sociaux, la pharmacie, la physiothérapie, etc. – Rapport As-471 p.691</p> <p><i>DGR/CMD</i> : diagnostics de la clientèle/code des maladies</p>
Efficiencie	Résultats de santé en fonction des sommes investies	<p><i>Coûts totaux</i> : comprennent les coûts de tous les soins infirmiers et d'assistance (6080 – soins infirmiers et ass. URFI) ainsi que les soins professionnelles (hôpital de jour, inhalothérapie, psychologie, services sociaux, pharmacie, physiothérapie, etc. – Rapport As-471 p.691</p> <p><i>Coûts bruts</i> : comprennent seulement les coûts des soins infirmiers et d'assistance ou professionnels</p> <p><i>Coûts par admission</i></p> <p><i>Durée moyenne de séjour (jours)</i></p>

Tableau 11 : Indicateurs de performance

### 2.1.2 Critères de sélection des indicateurs

- Coûts d'obtention des indicateurs et disponibilité d'indicateurs comparables

Les indicateurs sélectionnés ont trait à des dimensions de la performance des soins et services offerts. La sélection de ces derniers repose sur le fait qu'ils sont facilement disponibles puisque ces indicateurs découlent des exigences ministérielles en matière de reddition des comptes. En plus, des logiciels d'entrée de données et des outils technologiques sont offerts aux établissements pour mieux répondre à ces attentes. De plus, la plupart des indicateurs choisis tels la satisfaction, l'efficacité, le volume des soins, la durée moyenne de séjour, etc. sont connus et utilisés par une grande majorité des établissements de santé publique de la région métropolitaine ce qui facilite l'utilisation de ces informations dans le cadre d'une analyse comparative. Par ailleurs, l'emploi de données connues plutôt qu'originales diminue considérablement les coûts d'utilisation et d'exploitation.

- Fiabilité

Le choix de ces indicateurs repose également sur la fiabilité de leurs résultats étant donné que ces derniers sont utilisés à grande échelle et que leur opération de mesure est ancrée dans le cycle de gestion de nombreux établissements de santé.

- Validité d'apparence

Par ailleurs, ces indicateurs répondent également au critère de validité d'apparence. Puisqu'ils sont largement utilisés ainsi on peut supposer qu'ils font l'objet d'un consensus d'utilisation par une majorité d'établissements de santé.

## 2.2 Le développement d'une culture de la performance : facteurs structurels

L'un des projets de l'IUGM est d'instaurer une culture de la mesure de façon à réaliser chacun des volets de sa mission de façon performante. À cette fin, l'attention a été portée

sur les aspects structurels dans le but d'assurer que cette culture soit solidement implantée dans l'établissement et l'intégrer à un « pôle » performance de la structure organisationnelle. Nous avons en particulier examiné le rôle des outils et la pertinence des formes structurelles, en fonction du contexte particulier de l'IUGM.

## CHAPITRE III

Ce chapitre décrit les méthodes utilisées pour chacun des volets de ce mandat. Concernant le volet de l'appréciation de la performance, vous retrouverez la stratégie d'analyse élaborée pour évaluer la performance de l'IUGM en regard de certaines données financières et opérationnelles ainsi que les sources des données et les critères sélectionnés dans le cadre de l'analyse. Quant à la section entourant l'analyse des enjeux organisationnels liés au développement de la culture de la mesure, la stratégie générale de recherche et les sources de données sont présentées. Finalement, on discutera des différentes limites des méthodes utilisées pour chacun des volets.

### 1. MÉTHODES : APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE

#### 1.1 Stratégie : analyse comparative

Tout d'abord une analyse comparative a été élaborée afin de mettre en relation la performance financière et opérationnelle de l'IUGM avec celle d'autres établissements de santé de la région de Montréal et de la Montérégie. Plus spécifiquement, nous avons retenu « les comparables » suivants (sélectionnés en regard de la proximité des missions)

Établissements de santé de Montréal et de la Montérégie	<p>Montréal (6) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent</li> <li>- CSSS du Sud-Ouest-Verdun</li> <li>- CSSS Jeanne-Mance</li> <li>- CSSS Lucille-Teasdale</li> <li>- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal</li> <li>- IUGM</li> </ul> <p>Montérégie (16) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CSSS Champlain</li> <li>- CSSS Vaudreuil-Soulanges</li> <li>- CSSS du Suroit</li> <li>- CSSS Jardins-Rousillon</li> <li>- CSSS Pierre-de-Saurel</li> <li>- CSSS Richelieu-Yamaska</li> <li>- Hôpital Charles Lemoyne</li> </ul>
---	---

Tableau 12 : Établissements de santé de Montréal et de la Montérégie qui offrent des services en UCDG et URFI

Cette analyse consistait plus précisément à élaborer une évaluation systématique de certains indicateurs pour les années financières suivantes : 2008-2009, 2009-2010 et les données de 2011. Le choix des années sélectionné aux fins de comparaison dépendait de l'accessibilité des données au moment de l'analyse.

### 1.2 Sources de données

Dans un premier temps, les informations concernant les données financières et opérationnelles de l'IUGM ont été puisées en partie de la base de données interne NONG de l'Institut. Par la suite, les bases de données suivantes : Med-Écho, Gestred, I-stratège et la APR-DGR V24 du MSSS ont été consultées pour aller chercher les informations de l'IUGM manquantes ainsi que les données concernant les autres établissements.

Indicateurs	Sources (banque de données)*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombres de jours présence</li> <li>• Nombre moyen d'heures travaillées par année par jour présence en soins infirmiers et d'assistance</li> <li>• Nombre moyen d'heures travaillées par année par jour présence en soins</li> </ul>	<p><b>Gestred</b> : Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut de soins longue durée (CHSLD)</p>

professionnels	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Profil des hospitalisations : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre hospitalisations</li> <li>- DMS</li> <li>- Soins infirmiers et d'assistance et les coûts directs bruts</li> <li>- Soins professionnels et les coûts directs bruts</li> <li>- Établissements de Montréal et de la Montérégie offrent des soins en URFI</li> </ul> </li> </ul>	<b>I-Stratège</b> : Coûts et Soins offerts dans le programme URFI
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coûts totaux en URFI</li> </ul>	<b>Rapport As-471</b> 2008-2009/ 2009-2010 p.691
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nombre de lits</li> <li>● Nombre d'admissions</li> <li>● Taux d'occupation</li> <li>● Jours présence des programmes UCDG-URFI- SLD</li> </ul>	<b>NONG</b> (banque de données de l'IUGM)
<ul style="list-style-type: none"> <li>● DRG/CMD (Diagnostic de la clientèle/codes des maladies)</li> <li>● DMS</li> <li>● Groupe des hôpitaux en réadaptation</li> <li>● Nombre et nombre de jours d'hospitalisation de la population de 75 ans et plus</li> </ul>	<b>APR-DRG V24 et Med-Écho</b>

\* Voir en annexe les tableaux de données puisés des différentes bases de données

### **1.3 Méthodes d'analyse**

Dans la cadre de l'analyse comparative, nous ciblons d'entrée de jeu deux programmes de l'IUGM soit l'URFI (Unité de réadaptation fonctionnelle intensive) et UCDG (Unité de courte durée gériatrique). Plus particulièrement, c'est le programme de l'URFI qui a attiré davantage notre attention puisque les données ont été facilement accessibles et par le fait même comparables. Par la suite, nous nous sommes attardées sur les indicateurs suivants : coûts totaux au niveau des soins infirmiers et d'assistance ainsi que des soins professionnels. Notre analyse des coûts totaux liés au nombre d'admissions et au jour présence se base sur tous les établissements énumérés dans le tableau ci-dessous. Par la suite, nous avons examiné la durée moyenne de séjour qui représente le ratio des jours présence et du nombre d'admissions pour chacun des établissements également. Finalement, nous avons regardé les données concernant d'autres critères tels le profil des hospitalisations de courte durée (nombre d'hospitalisations, groupe d'âge, les principaux DRG, la durée moyenne de séjour) en nous basant sur deux cas à l'étude : l'IUGM et l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Nous avons en particulier analysé les données pour les principaux diagnostics de la clientèle de ces deux établissements.

Établissements de santé de Montréal et de la Montérégie	<p>Montréal (6) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent</li> <li>- CSSS du Sud-Ouest-Verdun</li> <li>- CSSS Jeanne-Mance</li> <li>- CSSS Lucille-Teasdale</li> <li>- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal</li> <li>- IUGM</li> </ul> <p>Montérégie (16) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CSSS Champlain</li> <li>- CSSS Vaudreuil-Soulanges</li> <li>- CSSS du Suroit</li> <li>- CSSS Jardins-Rousillon</li> <li>- CSSS Pierre-de-Saurel</li> <li>- CSSS Richelieu-Yamaska</li> <li>- Hôpital Charles Lemoyne</li> </ul>
Programmes/services :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unité en URFI (Unité de réadaptation fonctionnelle intensive)</li> <li>- Unité UCDG (Unité de courte durée gériatrique)</li> </ul>
Coûts bruts et totaux :	Coûts totaux représentent les coûts bruts en soins infirmiers et d'assistance et ceux des soins professionnels
Centres d'activités :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins infirmiers et d'assistance (nombre moyen d'heures travaillées)</li> <li>- Soins des professionnels (nombre moyen d'heures travaillées)</li> </ul>
Durée moyenne de séjour (jours)	Ratio : Jour présence / Nombre d'admissions
*Unités :	<p>A : Jours présence</p> <p>B : Nombre d'admission</p>
Nombre d'hospitalisation et le nombre de journées d'hospitalisation	

\* Unité A ou B c'est le nom donné dans la banque de données pour différencier les deux indicateurs.

Tableau 13 : Critères sélectionnés dans les bases de données dans l'analyse des programmes d'URFI et d'UCDG

## 2. MÉTHODE : ANALYSE DES ENJEUX ORGANISATIONNELS

### 2.1 Stratégie de recherche :

Concernant ce volet de notre mandat, nous avons aussi procédé à une sorte d'étalonnage dans la mesure où l'IUGM cherche à s'inspirer des pratiques organisationnelles d'établissements considérés comme des « leaders » en matière d'appréciation de la performance. Le choix de privilégier les expériences externes, plutôt que l'analyse des enjeux internes repose sur le fait que la gestion de la performance est à un stade embryonnaire à l'IUGM : il n'existe actuellement aucune structure formelle ou personne-ressource responsable de l'analyse de la performance globale à l'Institut. Il est donc opportun à cette étape de s'informer des pratiques d'autres établissements.

### 2.2 Sources de données : réalisation d'entrevues à l'externe

Dans le cadre de l'analyse des enjeux organisationnels, deux entrevues semi-ouvertes ont été réalisées avec des experts de la gestion de la performance de deux établissements de santé soit la directrice de la performance de l'Hôpital Montfort et celle du Centre universitaire de santé McGill. Ces deux personnes ont été choisies d'une part, parce qu'elles connaissent très bien le milieu de la santé québécois et parce que les établissements pour lesquels elles travaillent possèdent une culture de la mesure qui est bien implantée. D'autre part, comme directrices de la performance, elles possèdent de riches expériences professionnelles qui contribuent grandement à la crédibilité de leur savoir et savoir-faire. Finalement, ces personnes ont démontré un intérêt et une disponibilité pour la réalisation de ces entrevues.

La passation d'entrevues semi-ouvertes est une méthode « efficace » pour mieux s'informer des « meilleures pratiques » en matière de gestion de la performance et des facteurs de succès dans l'implantation d'une culture de la mesure. Cette dernière donne une certaine latitude au répondant au niveau du déroulement de l'entrevue et permet à l'intervieweur de mieux saisir le sens conféré par le répondant aux pratiques (par exemple l'interprétation des échecs et des réussites), de mieux appréhender la complexité

du phénomène à l'étude (par exemple, les relations entre les choix et le contexte organisationnel) et de reconstituer les processus (par exemple, la succession des événements).

Lors des entrevues, plusieurs thèmes ont été abordés, notamment :

A. Concernant le développement d'une culture de la mesure :

- Quelles sont les conditions préalables ?

B. Concernant l'intégration de la gestion de la performance dans la structure organisationnelle :

- Quelles sont les structures possibles ?
- Quelle est la nature du mandat ?
- Quels sont les grands projets ?
- Quels sont les « outils » à mettre en place ?
- Quels sont les facteurs-clés de succès ?

C. Concernant l'évaluation de la qualité soins et des services professionnels :

- Quelles sont les bases de données les plus pertinentes ?

### 3. LIMITES DE LA MÉTHODE

#### 3.1 Appréciation de la performance

La principale limite de ce volet a trait au facteur temps. Puisque le projet d'implanter une culture de la mesure à l'IUGM est à ses premières étapes, le travail de défrichage des données et de recension des informations désirées auprès des équipes cliniques, qui exige

beaucoup de temps, est toujours en cours. Ainsi, au fil des discussions avec les équipes et les gestionnaires, les besoins en matière d'informations recherchées se sont raffinés et plusieurs analyses de données et de recherche au niveau des meilleures pratiques de la gestion de la performance (*benchmarking*) restent encore à faire. Par exemple, l'analyse des données appariées (un croisement de plusieurs données très spécifiques à la clientèle gériatrique) via la banque de données Med-Écho serait très intéressante à mener. Concrètement, cette analyse illustre un portrait précis de différents facteurs (niveau de gravité, l'âge moyen de la personne, la cible de la DMS selon le diagnostic, etc.) liés à un diagnostic en particulier (par exemple une affection dégénérative du système nerveux). Ainsi, ce type d'analyse permet de comparer les indicateurs de performance avec beaucoup plus de précision en plus, d'apporter une compréhension plus fine et pointue des causes d'une bonne ou mauvaise performance. Enfin, l'organisation est mieux informée pour mettre en œuvre des stratégies pour améliorer sa gestion.

Finalement, outre le manque d'informations ou de données qu'il aurait été pertinent d'investiguer plus en profondeur, on peut se questionner sur la qualité et l'exhaustivité des comparaisons établies. À savoir, est-ce que la clientèle et les contextes des autres établissements sont réellement représentatifs de ceux de l'IUGM? Tel que mentionné précédemment avec l'exemple de l'analyse des données appariées, bien des facteurs (la moyenne d'âge, la gravité des diagnostics, etc.) peuvent venir influencer la performance de la durée de séjour par exemple. Ainsi, il est important de conserver un regard critique sur la validité des analyses faites et des conclusions que l'on peut en retirer.

### **3.2 Analyse des enjeux organisationnels**

Concernant ce volet, les limites ont trait au fait qu'il y n'a eu du temps que pour interroger seulement « deux experts de la performance ». Étant donné que les personnes rencontrées proviennent d'établissements dont la structure et la gestion organisationnelles sont spécifiques en regard de leurs éléments de mission, de valeurs, et d'enjeux stratégiques en place, la pertinence de certaines informations collectées et leurs applicabilités à l'IUGM peuvent être questionnables. De plus, une autre limite de la

méthode est que les valeurs du chercheur et de l'interviewé viennent teinter les discours, de fait il y a toujours une part de subjectivité provenant de l'un et de l'autre. Mentionnons également qu'il aurait été intéressant d'aller questionner des représentants de toutes les équipes cliniques (de chacun des programmes) ainsi que de certains membres du personnel de l'IUGM afin de connaître leur opinion face à l'implantation d'une culture de la mesure et de mieux saisir les éléments de contexte pouvant influencer la mise en œuvre de la gestion de la performance à l'IUGM.

## CHAPITRE IV

Pour présenter les résultats, nous reprendrons les deux volets de notre mandat. D'une part, nous présenterons les résultats de l'analyse comparative des certains indicateurs de performance du programme de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) concernant les sous dimensions d'efficience et de productivité pour l'exercice 2008-2009, 2009-2010 et des données de 2011. Pour chacune des dimensions vous retrouverez les tableaux et graphiques des données, les constats, l'analyse et des recommandations pour améliorer la performance. Concernant le 2<sup>ème</sup> volet, vous retrouverez la synthèse des entrevues concernant les enjeux organisationnels à prioriser dans le développement d'une culture de la mesure.

## RÉSULTATS

### 1. ANALYSE COMPARATIVE PAR DIMENSION DE LA PERFORMANCE

#### 1.1 Dimension : Efficience

Tableau 14 : Résultats de recherche : Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux, I-Stratège, rapport sur mesure, mars 2011

<i>I-Stratège – 2008 et 2009</i>	<b>Coûts totaux/ Jours-présence</b>	<b>Coûts totaux/ Nb d'admission</b>
<b>Établissements</b>		
CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINTE-LAURENT (#1)	259.86	9314.33
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN (#2)	272.32	6800.75
CSSS JEANNE-MANCE (#3)	171.01	8547.59
CSSS LUCILLE-TEASDALE (#4)	206.01	8603.57
<b>INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL (#5)</b>	<b>263.78</b>	<b>15 262.07</b>
CSSS CHAMPLAIN (#6)	190.45	9015.55

CSSS DU SUROIT (#7)	220.49	10 137.64
CSSS JARDINS-ROUSILLON (#8)	250.62	12 571.75
CSSS PIERRE-DE-SAUREL (#9)	333.01	10 690.69
CSSS RICHELIEU-YAMASKA (#10)	196.43	13 883.60
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE (#11)	371.08	79 783.17

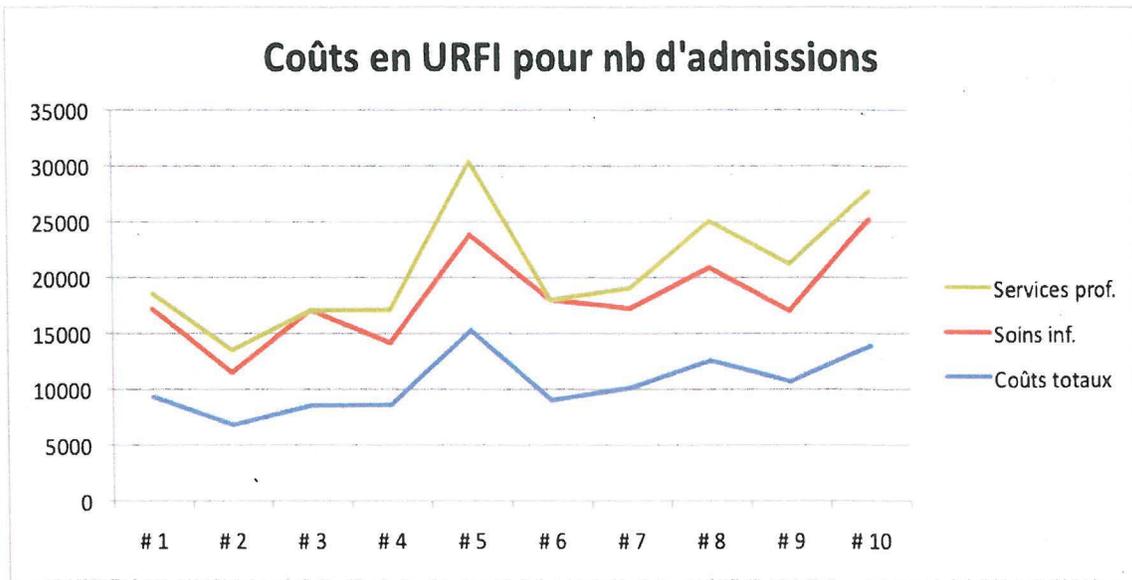
<i>I-Stratège – 2009 et 2010</i>	<b>Coûts des soins infirmiers et soins d'assistance/ Jours-présence</b>	<b>Coûts des soins infirmiers et soins d'assistance/ Nb d'admissions</b>
<b>Établissements</b>		
CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT (#1)	220.53	7904.4
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN (#2)	189.24	4726.08
CSSS JEANNE-MANCE (#3)	171.01	8547.6
CSSS LUCILLE-TEASDALE (#4)	133.98	5595.2
<b>INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL (#5)</b>	<b>148.66</b>	<b>8601.08</b>
CSSS CHAMPLAIN (#6)	190.45	9015.55
CSSS DU SUROIT (#7)	155.47	7148.37
CSSS JARDINS-ROUSILLON (#8)	166.56	8354.98
CSSS PIERRE-DE-SAUREL (#9)	198.19	6362.43
CSSS RICHELIEU-YAMASKA (#10)	160.38	11 335.33
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE (#11)	187.12	40 231.43
INST.UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE (#12)	156.48	5868.95

Tableau 15 : Résultats de recherche : Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux, I-Stratège, rapport sur mesure, mars 2011 et MSSS, GESTRED (Gestion de la reddition des comptes), rapport périodique des indicateurs de suivi de gestion, mars 2011.

<i>I-Stratège et GESTRED – 2008 et 2009 / 2009 et 2010</i>	<b>Coûts des services professionnels/Jours-présence</b>	<b>Coûts des services professionnels/Nb d'admissions</b>
<b>Établissements</b>		
CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINTE-LAURENT (#1)	39.33	1409.93
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN (#2)	83.08	2074.67
CSSS JEANNE-MANCE (#3)	0	0
CSSS LUCILLE-TEASDALE (#4)	72.03	3008.37
<b>INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL (#5)</b>	<b>115.12</b>	<b>6660.99</b>
CSSS CHAMPLAIN (#6)	0	0
CSSS DU SUROIT (#7)	65.02	1867.18
CSSS JARDINS-ROUSILLON (#8)	84.06	4216.77
CSSS PIERRE-DE-SAUREL (#9)	134.82	4328.26
CSSS RICHELIEU-YAMASKA (#10)	36.05	2548.27
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE (#11)	183.96	39 551.74

Tableau 16 : Résultats de recherche : Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux, I-Stratège, rapport sur mesure, mars 2011 et MSSS, GESTRED (Gestion de la reddition des comptes), rapport périodique des indicateurs de suivi de gestion, mars 2011.

➤ Graphique # 1



\*Exclus les données extrêmes de l'Hôpital Charles Lemoyne

Figure 8 : Coûts en URFI en fonction du nombre d'admissions dans les établissements sélectionnés

➤ Graphique # 2

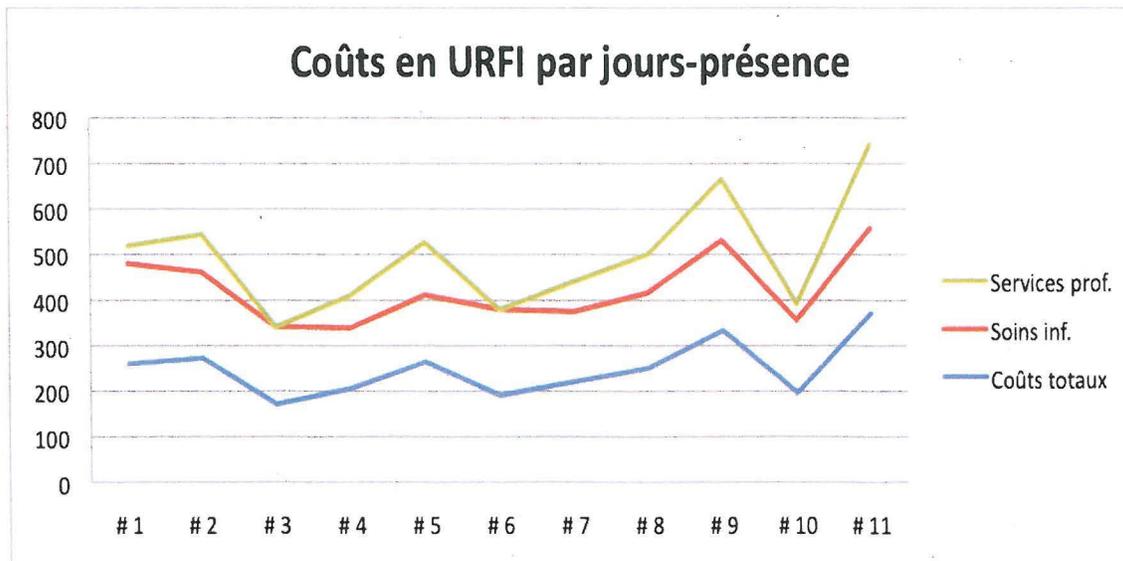


Figure 9 : Coûts en URFI par jours-présence pour les services professionnels, en soins infirmiers et les coûts totaux

### *1.1.1 Constats*

Ainsi, comme on peut le constater dans le **tableau 14**, les coûts totaux de l'IUGM (#5) par jours-présence pour les soins et les services offerts dans le programme d'URFI suivent relativement ceux des autres établissements. En fait, ils sont légèrement plus élevés, la moyenne des établissements est de 248,64 \$ alors que l'IUGM se situe à 263,78 \$. Par contre, les coûts totaux par admission sont beaucoup plus élevés. Il en coûte 15 262,67 \$ à l'IUGM par admission comparativement à une moyenne de 9 951,72 \$ pour les autres établissements, sans compter l'Hôpital Charles Lemoyne qui est un cas d'exception puisqu'il admet une clientèle beaucoup plus hétéroclite que seulement ceux en URFI.

Par ailleurs, si l'on décortique les coûts totaux en fonction des soins et services offerts, en l'occurrence ceux des soins infirmiers et d'assistance du **tableau 15**, on observe que les coûts par jours-présence de l'IUGM sont les deuxième plus bas avec 148,66 \$ après le CSSS Lucille-Teasdale (133,98 \$) pour l'ensemble des établissements énumérés. De plus, les coûts par admission, pour ces mêmes soins, sont proportionnellement faibles avec un montant de 8601,08 \$ comparativement à une moyenne de 10 307,62 \$.

Concernant les coûts en soins professionnels, on note que ces derniers (115,12 \$) sont inférieurs comparativement aux coûts des soins infirmiers (148,66 \$) mais, relativement élevés par rapport aux coûts moyens des autres établissements (83,35 \$). Quant à leur coût par admission, l'IUGM est le deuxième établissement après l'Hôpital Charles Lemoyne pour l'importance du montant investi. En fait, les coûts alloués par admission par l'IUGM sont supérieurs à la moyenne des établissements soit 6 660,99 \$ par rapport à 6 563,91 \$. Cependant, les coûts de l'Hôpital Charles Lemoyne se démarquent énormément des autres établissements et influencent grandement par le fait même la moyenne d'ensemble. Notons qu'il est pertinent dans ce contexte de rester critique face à la validité de ce chiffre et dans son utilisation comme point de comparaison. Pour cela, si l'on exclut les coûts de l'Hôpital Charles Lemoyne, l'IUGM investit deux fois plus en soins professionnels que les autres établissements soit 6 660,99 \$ comparativement à 2 901,60 \$.

Le **graphique #1** dans lequel l'IUGM représente # 5, illustre bien la tendance élevée des coûts par admission par rapport au reste des établissements. Par contre, dans le cas des coûts par jours-présence dans le **graphique # 2**, l'IUGM suit la tendance générale et ne se démarque pas énormément si on la compare avec les pointes du CSSS Pierre-De-Saurel (# 9) et de l'Hôpital Charles Lemoyne (# 11).

L'analyse de la performance de l'IUGM selon ses coûts totaux en jours-présence et par admission pour les soins et services offerts montre que :

- Les coûts en soins professionnels sont plus que ceux des soins infirmiers et d'assistance.
- Les coûts en soins professionnels par admission sont plus élevés par rapport à ceux des autres établissements.
- Les coûts totaux en jours-présence sont légèrement plus élevés que ceux des autres établissements (hormis les chiffres de l'Hôpital Charles Lemoyne).
- Les coûts totaux par admission sont beaucoup plus élevés par rapport à la moyenne des établissements (hormis les chiffres de l'Hôpital Charles Lemoyne).

### *1.1.2 Analyse*

Il y a plusieurs causes qui expliquent ces résultats. Premièrement, l'IUGM, comparativement aux autres établissements, accueille une clientèle en URFI plus lourdement atteinte physiquement. Selon les propos de Madame Kergoat, gériatre à l'IUGM et auteure de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence, la prévalence de pluripathologies de la clientèle gériatrique, l'exposition à de nombreux changements physiologiques importants et des incapacités associées ainsi que la fréquence plus élevée d'hospitalisations de cette population par rapport à leur poids démographique, exige une grande vigilance au niveau de la prestation des soins offerts lié à la spécificité de cette clientèle. Par exemple, on retrouve à l'IUGM

un ratio plus élevé du nombre de professionnels cliniques et spécialisés par patient que dans les établissements de santé régulier.

Deuxièmement, selon des propos de cliniciens et de gestionnaires du programme, l'offre de soins spécialisées et des cliniques sur-spécialisées de l'IUGM entraîne que l'Institut accueille parfois des gens avec des troubles particuliers voire même d'exception qui ne peuvent pas être traités par d'autres institutions, faute de ressources et de compétences. Ainsi, l'IUGM se retrouve dans un contexte où on y admet de façon ponctuelle une clientèle plus jeune et présentant des diagnostics spécifiques qui ne cadre pas nécessairement avec sa mission première (la clientèle gériatrique). En fait, cette situation est en partie une conséquence des faiblesses du réseau de la santé (le débordement des établissements et la pénurie des ressources) et qui coûte cher au système. Mentionnons que ces cas irréguliers sont plus exigeants à traiter pour l'IUGM car ils nécessitent davantage d'investissement en ressources humaines (les évaluations faites par de nombreux professionnels), financières et en temps qu'une clientèle régulière. Cette situation d'ordre épidémiologique et de gouvernance explique partiellement les coûts élevés des admissions ainsi que des coûts alloués en soins. Or, cet état des faits est en partie hors de contrôle pour les gestionnaires de l'IUGM.

Cependant, les résultats des indicateurs de performance illustrés dans les tableaux évoquent la responsabilité et la nécessité pour l'IUGM d'apporter des améliorations pour diminuer ses coûts ainsi, qu'améliorer sa performance organisationnelle. Ce contexte nous amène à aborder une troisième explication, l'absence d'une culture de la mesure.

Troisièmement, la préoccupation de l'IUGM d'implanter une structure et une gestion de la performance basée sur les données probantes témoigne entre autres, du souci d'améliorer sa gestion interne. Suite aux travaux du groupe performance dans le cadre de la planification stratégique, à l'analyse comparative de quelques indicateurs de gestion du

programme de réadaptation (URFI) et à des commentaires exprimés par des gestionnaires et des cliniciens, plusieurs faiblesses ont été identifiées. Par exemple, on y retrouve une absence systématique du suivi des dossiers de la clientèle. De plus, au niveau des ressources humaines, il y a des retards dans les formations offertes aux infirmières auxiliaires nouvellement arrivées, un manque de suivi dans les évaluations et l'encadrement du personnel sur les unités et des lacunes au niveau des définitions des rôles et des profil de compétence du personnel impliqué dans la production de données de mesure, entre autres. Quant aux ressources informationnelles, on mentionne une déficience dans l'accessibilité de l'information (pas d'intranet, données compilées discordantes ou manquantes, difficulté d'accès aux bases de données). Face à la gestion des données et de la mesure, on signale également l'absence de mesures de performance et de comparaison de ses résultats. Ces manquements peuvent expliquer les coûts élevés de ce programme, entre autres. Dans le cas où il y a une absence d'indicateurs des processus et que les quelques outils de mesure existants sont mal adaptés et peu conviviaux, l'organisation n'est pas en mesure de constater ses problèmes dans la gestion de ses ressources (financières, cliniques et opérationnelles) et de s'améliorer. Concrètement, si on ne mesure pas bien les activités et on ne se compare pas, les gestionnaires ne sont pas en mesure de comprendre et questionner les raisons des coûts élevés de la prestation de ses services.

### *1.1.3 Recommandations*

1. Analyser les systèmes clinico-administratifs existants et leur capacité à produire des données utiles à la mesure;
2. Revoir les processus de prise en charge à la lumière de l'analyse de la performance;
3. Investir dans les ressources humaines et technologiques pour soutenir la mesure de la performance;
4. Mettre en place des outils de mesure performants (indicateurs et tableaux de bord);

5. Suivre l'évolution des indicateurs : revue de littérature/veille de la performance et partenariats de benchmark;
6. Formation, évaluation et suivi des ressources humaines.

### 1.2 Dimension : volume des soins et services

<b>Établissements</b>	<b>Durée moyenne séjour</b> (Jours-présence/Nb d'admissions)
<i>I-Stratège 2009-2010</i>	
CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT (#1)	35.84
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN (#2)	24.97
CSSS JEANNE-MANCE (#3)	49.98
CSSS LUCILLE-TEASDALE (#4)	41.76
<b>INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL (#5)</b>	<b>57.85</b>
CSSS CHAMPLAIN (#6)	47.33
CSSS DU SUROIT (#7)	45.97
CSSS JARDINS-ROUSILLON (#8)	50.16
CSSS PIERRE-DE-SAUREL (#9)	32.10
CSSS RICHELIEU-YAMASKA (#10)	70.67
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE (#11)	215
INST.UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE (#12)	37.50

Tableau 17 : Résultats de recherche : Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux, I-Stratège, rapport sur mesure, mars 2011

➤ Graphique # 3

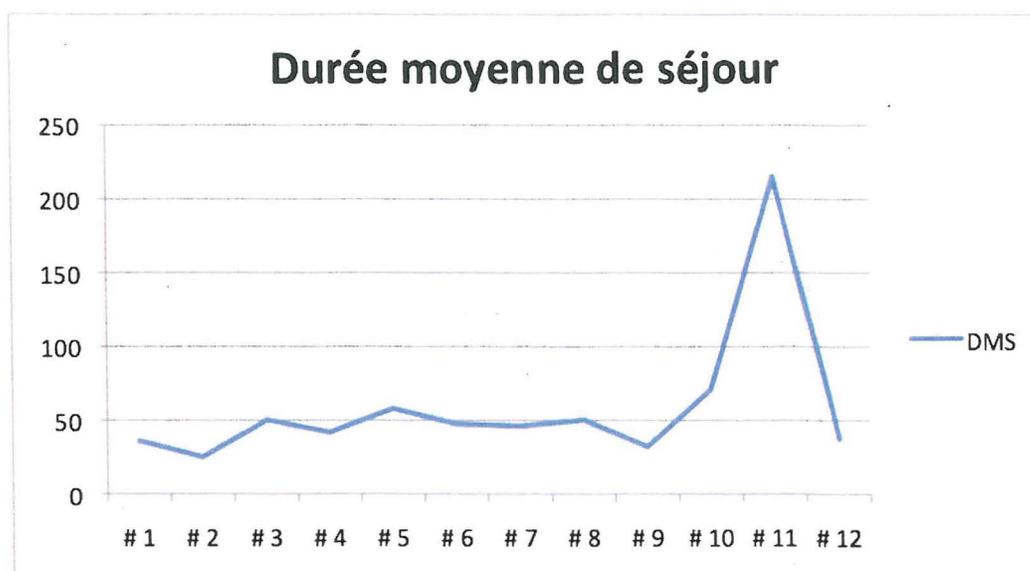


Figure 10 : Durée moyenne de séjour des établissements sélectionnés

*1.2.1 Constat*

Tout d'abord, notons que la DSM en jours de l'IUGM se compare à la moyenne des établissements étudiés avec une durée de 57 jours (57,85) par rapport à 59 (59,09) jours. Cependant, comme on peut le constater dans le **graphique #3**, la DSM de l'Hôpital Charles Lemoyne se démarque considérablement des autres organisations puisqu'elle est plus de trois fois plus longue (215 jours) comparativement à la moyenne d'ensemble (59 jours). En effet, l'Hôpital a été sélectionné parce qu'elle offre des soins en URFI cependant, de part sa mission, ses services offerts peuvent différer des autres établissements et conséquemment influencer sa DSM. Ainsi, en excluant l'Hôpital Charles Lemoyne, si l'on compare la performance de l'IUGM en regard des autres établissements qui partagent une mission d'URFI également, sa DMS (57) est de beaucoup supérieur avec plus de 8 jours de la moyenne (44,92  $\Rightarrow$  45 jours). Ainsi, les patients qui rentrent à l'IUGM séjournent pour la majorité une semaine de plus que les patients des autres établissements. Mentionnons que cet état des faits est congruent avec la supériorité des coûts investis en soins et services offerts ainsi que des coûts totaux par jours-présence et par nombre d'admission.

La performance de l'IUGM selon sa DMS :

- Les patients de l'IUGM restent en moyenne 8 jours de plus que ceux des autres établissements (hormis l'Hôpital Charles Lemoyne).

### *1.2.2 Analyse*

Tout d'abord, cette mesure de la performance est liée aux constats élaborés précédemment en regard des coûts en soins et en jours-présence puisque si la DMS est élevée, les coûts augmentent proportionnellement. La DMS élevée de l'IUGM peut être expliquée par plusieurs raisons dont la pénurie de personnel qualifié qui touche l'ensemble du réseau de la santé québécois. Cet état des faits combiné avec une hausse importante de la population de personnes âgées et en perte d'autonomie occasionne des stress dans le flot de la prestation des services de santé de l'IUGM. Les personnes âgées, proportionnellement à leur poids démographique, sont plus fréquemment hospitalisées, et cette proportion augmente avec l'âge. Notons conséquemment que la demande en soins est de plus en plus forte et que les ressources investies et les services offerts n'augmentent pas proportionnellement. D'ailleurs, les sommes octroyées par le gouvernement dans les établissements de santé ne suivent pas l'alourdissement de la clientèle hospitalisée.

Mentionnons également que l'absence d'une culture de la mesure et le manque de suivi systématique des dossiers des patients freinent l'IUGM à améliorer ses activités de soins et à mettre en place des processus plus efficaces des services offerts sur ses unités et dans ses programmes. Par exemple, selon des propos rapportés par des gestionnaires, lorsqu'un nouveau patient est admis, il n'existe pas de procédure formelle de l'évaluation et du suivi des différents professionnels (nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute, gériatre, médecin, etc.) de santé impliqués dans le dossier. Ainsi, il est arrivé que des évaluations ou des tests par des professionnels soient faits alors que l'état de santé du

patient n'en nécessitait pas. Cet exemple parmi tant d'autres peut engendrer, entre autres, une perte de temps, des dédoublements de tâches, elle peut aussi occasionner l'apparition de complications liées à la vulnérabilité de cette clientèle aux conditions biopsychosociales et finalement, une durée de séjour à la hausse. De fait, l'utilisation d'information fondée sur les données probantes permettrait aux intervenants de la santé de différencier les changements physiologiques normaux inévitables des facteurs de risques à identifier afin d'intervenir précocement et de prévenir une détérioration évitable.

### 1.2.3 Recommandations

1. Mettre en place des outils de gestion performants et standardisés sur les unités;
2. Organiser la saisie des données sur les unités et leur suivi;
3. Améliorer les processus de prise en charge;
4. Instaurer une veille (Benchmark) de la performance des activités cliniques.

### 1.3 Dimension : efficacité

<b>Profil des hospitalisations de courte durée de 2008-2009</b>		
	<b>Institut universitaire de gériatrie de Montréal</b>	<b>Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke</b>
Nombre d'hospitalisations (URFI et UCDG)	<b>370</b>	<b>564</b>
DMS (à titre indicatif)	<b>58,7</b>	<b>33,4</b>
Domaines		
Médecine	91,62 %	90,80 %
Chirurgie	0,27 %	0,18 %
Santé mentale	8,11 %	9,04 %
Groupes d'âges		
18-64 ans	1,30 %	1,30 %
65-74 ans	14,00 %	<b>19,60 %</b>
75 ans et plus	<b>83,59 %</b>	79,10 %
Principaux DGR		
➤ 042-Affections dégénératives du	8,92 %	<b>13,12 %</b>

➤ système nerveux	7,03 %	<b>12,77 %</b>
➤ 340-Fracture du fémur	18,92 %	12,41 %
➤ 351-Autres affections os/artic./muscles/tissu conj.	3,24 %	<b>6,03 %</b>
➤ 045- Occl.art.cérébr./précérébr. r. avec infarct.	4,59 %	<b>5,50 %</b>
➤ 342-Fracture/luxation sauf bassin/hanche/dos	11,08 %	4,96 %
➤ 046-AVC non préc./occl.précérébr.sans infarct.	3,51 %	<b>4,79 %</b>
➤ 757-Troubles organiques/retard mental	5,14 %	3,19 %
➤ 058-Autres affections du système nerveux		

Tableau 18 : Résultats de recherche : Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux, I-Stratège, domaine hospitalier, mars 2011

### 1.3.1 Constat

Sur le plan du profil des hospitalisations l'IUGM et l'IUGS sont deux instituts qui ont la même mission qui est d'offrir des soins et des services pour une clientèle gériatrique. Ainsi, la performance de la prestation de leurs services est très comparable. Cependant, il est important de rester vigilant dans la comparaison de leurs données parce que ces deux institutions évoluent malgré tout dans des environnements qui divergent et par conséquent les résultats de leurs performances peuvent être interprétables. Notons que les principales divergences rencontrées concernent le lieu géographique et le profil de la clientèle traité. Le **tableau 18** illustre concrètement des différences entre les deux instituts au niveau des groupes d'âge et des diagnostics. L'IUGM, par exemple, accueille davantage de personne âgée de 75 ans et plus comparativement à l'IUGS qui admet plus de personne âgée entre 64-75 ans. Cette différence doit être prise en considération lors de l'analyse car elle peut avoir un impact sur la performance générale de l'établissement face à la DSM ou les coûts investis en soins. Notons que plus la clientèle est âgée plus il y a de risque qu'elle présente des incapacités fonctionnelles qui exigent davantage de services (professionnels, médicaux et communautaires). Notons

également, que la DMS de l'IUGS est plus basse que celle de l'IUGM avec 33 jours en moyenne par rapport à 58 jours.

La performance de l'IUGM par rapport à l'IUGS :

- Les patients de l'IUGM restent en moyenne 25 jours de plus qu'à l'IUGS pour être traité.

### *1.3.2 Analyse*

On constate que la clientèle de l'IUGS semble plus lourde que celle de l'IUGM. Sur les huit diagnostics illustrés, l'IUGS traite un pourcentage plus élevé de personnes dans cinq catégories. De plus, en regard de la proportion de la DMS de l'IUGS avec son nombre d'hospitalisations (564/33,4), l'IUGM avec la même durée de séjour aurait pu traiter 280 patients de plus au cours de l'année. Ainsi la DMS a un impact notable sur l'efficacité du programme et sur ses coûts par admission. Par ailleurs, on peut observer que l'IUGS a comptabilisé un nombre d'hospitalisation plus élevé qu'à l'IUGM avec 564 hospitalisations par rapport à 370. Or, cette donnée est difficilement interprétable puisque l'on ne connaît pas le nombre de lits occupés pour chacun de ces établissements. Ainsi, suite à ces constats, il semble que la gestion de la clientèle et des ressources de l'IUGS est plus efficace et performante puisqu'il traite un nombre plus élevés de patients (pour le même diagnostic) en moins de temps.

Les causes liées à cette situation sont complexes et difficiles à cerner dans le cadre de cette étude. Tel que mentionné précédemment, il est fort probable que l'absence de suivi systématique des dossiers ainsi que l'absence d'une gestion de la performance fondée sur des données probantes et de comparaison aient un impact notable sur les résultats. Cependant, d'autres analyses exhaustives devraient être réalisées afin de bien cerner les facteurs liés aux écarts de performances dans la gestion de ces institutions.

### *1.3.3 Recommandations*

1. Analyser les processus et les indicateurs existants;
2. Se doter d'un processus de suivi systématique des dossiers de la clientèle.

## 2. LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE LA MESURE : ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Après avoir décrit la performance de l'IUGM en regard de certains indicateurs, il convient d'effectuer une analyse des résultats concernant le 2<sup>ème</sup> volet de notre mandat..

### 2.1 Les conditions préalables au développement d'une culture de la mesure

À cette question, les réponses ont été unanimes face à l'importance d'allouer les ressources nécessaires à la recherche et à la cueillette de l'information dans l'implantation d'une culture de la mesure. Il semble primordial que des personnes-ressources en place possèdent une **expertise dans l'utilisation des bases de données** en plus, d'être disponibles et compétentes en matière d'analyse comparative. Les répondants témoignaient que l'implantation d'une culture de la performance exige beaucoup de temps et de ressources soit, plus ou moins deux années, afin d'arrimer les orientations de la haute direction avec l'ensemble de la structure organisationnelle; mais, également afin de développer l'expertise et d'orchestrer l'organisation des différents comités de **gestion de la performance** (gestion de la qualité, gestion de projet, gestion de performance, etc.).

### 2.2 Intégration de la gestion performance dans la structure organisationnelle

Concernant l'intégration de la gestion de la performance dans la structure organisationnelle, les propos véhiculés par les deux gestionnaires soulignent l'importance de la présence d'un département qui englobe une variété de **comités** (de la qualité, de la sécurité, de la gestion des risques, de la performance) entourant la gestion de la performance et qui relèverait d'une direction des systèmes d'information. Les comités sont composés généralement d'un **porteur de dossier** qui possède de bonnes connaissances des pratiques, des outils de mesure et des enjeux liés à la gestion des ressources. Ce dernier est responsable de recueillir toutes les informations nécessaires, d'élaborer les analyses et les rapports, de contribuer à la formation des gestionnaires face

aux projets à implanter. Le porteur de dossier travaille ponctuellement en collaboration avec une équipe de cliniciens multidisciplinaires afin d'aller chercher le soutien et l'information pertinente dans l'identification des initiatives et le suivi des dossiers problématiques. De plus, l'une des personnes interrogées mentionnait le caractère essentiel de la proximité entre ce comité et la direction générale. En fait, plus le comité sera appuyé par les hautes instances meilleures sera l'efficacité de ce dernier.

Aussi, il nous a été suggéré également qu'il y ait regroupement des **comités multidisciplinaires par mission ou par programme** de l'établissement. La composition des équipes pourrait, à titre d'exemple, comprendre le directeur des finances ainsi qu'un membre associé à la performance financière, un responsable clinique, le directeur de l'ensemble des services cliniques et un spécialiste clinique tel, un neurologue, dépendamment de la mission du programme. Chaque équipe serait responsable d'identifier leurs propres indicateurs, leurs cibles et conséquemment de produire un tableau de bord périodiquement.

Par ailleurs, la nature des mandats et des projets soutenus par les comités de la performance témoignerait d'une part, des attentes des différents acteurs impliqués pour la reddition de compte et d'autre part, des enjeux stratégiques de l'établissement. Néanmoins, les grands projets se résument principalement autour de la **mesure** et de **l'amélioration** de la performance. La mesure se concrétise par l'identification et l'évaluation des indicateurs alors que l'amélioration a trait à la capacité organisationnelle, à l'accompagnement et au suivi.

### *2.2.1 Les « outils » à mettre en place*

Sur le plan des outils à mettre en place, on constate à quel point la cueillette de l'information, la mesure et l'évaluation des données sont des tâches sans équivoque. Pour ce faire, le choix et l'utilisation **d'indicateurs de performance** sont des étapes cruciales. D'après les informations collectées des entrevues, la sélection de ces derniers requiert la

prise en considération de plusieurs facteurs, dont la disponibilité, la fiabilité, les ressources nécessaires, les coûts, le temps que ça exigera dans leur mise en œuvre, etc. ; ce qui rejoint aussi les conclusions de notre recension des écrits. Les indicateurs de mesure sont des outils qui permettent de juger de la performance d'une activité en particulier selon plusieurs dimensions (de qualité, d'efficacité, d'efficience, etc.). De plus, la mise en œuvre de cet outil exige l'implantation d'entrepôts de données donc le développement d'une expertise dans l'utilisation des technologies de l'information et également dans l'analyse de ces bases de données. Par ailleurs, les personnes interrogées exprimaient qu'il est essentiel d'utiliser des données standardisées et de qualité puisque les résultats des indicateurs peuvent servir d'arguments pour les gestionnaires dans les prises de décision mais, d'autant plus parce qu'ils servent d'assises à la construction d'un deuxième outil, le tableau de bord.

De fait, la mise en œuvre d'un **tableau de bord** est indispensable pour le suivi des ressources investies dans la bonne gestion de la performance organisationnelle. Les établissements de santé publique présentent d'emblée un tableau de bord annuellement de leurs principales activités et des indicateurs imposés dans le cadre de la reddition des comptes. Mais, lors des entrevues, on nous mentionnait la pertinence de présenter un tableau de bord par programme et/ou par mission. Ce tableau pourrait être présenté une fois par mois par l'équipe clinique responsable et rendrait compte de résultats de données spécifiques au programme concernant les ressources humaines, les ressources financières, de la qualité des soins ainsi que des projets en lien avec la mission universitaire.

### *2.2.2 Les facteurs-clés de succès*

Les facteurs-clés de succès soulevés lors des entrevues font référence à deux volets importants de la gestion soit la prise en considération de la dimension technique et de la dimension humaine. Concernant la **dimension technique**, on mentionnait l'importance de connaître les exigences de l'industrie (les normes, les standards), d'être à l'affût des meilleures pratiques ainsi que de toutes les informations disponibles en regard de la gestion de la performance afin d'implanter des pratiques qui reposent sur des données

probantes. Par la suite, il est indispensable de prendre le temps de bien documenter les informations recueillies, les processus et de se questionner sur qu'est-ce que l'on veut réellement mesurer. Ensuite, on nous exprimait l'importance d'identifier des cibles de performance parallèlement à celles exigées par les différents partenaires (Agrément, MSSS, Agence) et aux orientations stratégiques de l'organisation. Également, il est utile de créer des entrepôts de données et de s'assurer de l'extraction des informations de façon systématique. Finalement, il est question de développer des tableaux de bord, des mesures d'intégration et de suivi des cibles et d'assurer un examen rigoureux en vue d'identifier les mesures correctrices, le cas échéant.

Quant à la **dimension humaine**, les gestionnaires interrogées clament haut et fort l'importance d'impliquer les gestionnaires et les équipes dans la création et le suivi des mesures de correction prises. Pour ce faire, il est essentiel que la haute direction témoigne de sa volonté et de son support dans le processus du développement d'une culture de la mesure. C'est elle qui initiera le changement de culture vers cette volonté de s'améliorer et de développer la performance organisationnelle. Parallèlement, il semble nécessaire que les gestionnaires de la performance offrent un accompagnement auprès des équipes-terrain dans la mise en œuvre de leur tableau de bord ou dans le suivi des mesures de corrections, et ce périodiquement. On nous mentionnait également, le caractère essentiel d'avoir de l'expertise dans l'organisation en gestion de la performance. Conséquemment, il se peut que l'organisation doive déployer des ressources pour la formation et le développement des compétences en gestion de projet de ces gestionnaires.

### *2.2.3 L'évaluation des soins et services et les bases de données pertinentes*

Concernant l'évaluation des soins et services, les réponses données par les deux gestionnaires interrogées ont été très brèves. D'une part, on nous mentionnait les **exigences en matière de gouvernance** des différents acteurs impliqués, dont le MSSS, Agrément Canada et l'Agence, dans l'évaluation de la qualité des soins et services. Ces exigences sont les mêmes pour tous les établissements de santé publique et il a été soulevé l'importance de bien connaître les indicateurs requis et les standards à rencontrer.

D'autre part, les personnes interrogées ont réitéré le caractère important d'élaborer des recherches de *benchmarking* et de cueillette d'information les plus exhaustives que possible. Pour ce faire, plusieurs bases de données (provinciales et internationales) incontournables relatives au domaine de la santé sont à consulter, à titre d'exemple on retrouve : AHRQ (USA), INAHTA, CADTH, CIRANO, PICASO (*performance indicator care access safety outcomes*). Les recherches permettent de rester à l'affût des dernières tendances et des meilleures pratiques et par le fait même d'instaurer les mesures pour améliorer la performance organisationnelle ou pour innover dans les façons de faire.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Au fil de cette étude, il a été possible de comprendre les défis que posent la gestion de la performance et l'implantation d'une culture de la mesure dans une organisation de santé. L'appréciation de la performance et une bonne gestion de cette dernière dépendent de multiples facteurs qui sont aussi bien techniques, humains et organisationnels. De plus, cela suppose également une gestion du changement et une organisation prête pour cette transformation.. À la lumière des résultats de notre analyse, si l'IUGM a pour objectif d'être un chef de file pour sa prestation des soins et services offerts à la clientèle gériatrique, des changements importants devront être apportés. En l'occurrence, nous nous permettons de reprendre ici l'essentiel de nos recommandations concernant les deux volets de notre mandat, qui sont dans les faits inter-reliés.

### *Le 1er volet : l'appréciation de la performance*

Ce volet implique que l'IUGM module **son propre cadre d'appréciation** de la performance en regard des différents modèles existants. Pour ce faire, d'autres recherches de benchmark et des partenariats avec d'autres établissements de santé devraient être créés. Ainsi, des ressources humaines devront être déployées au niveau de la recherche et du développement de la gestion de la performance.

A moyen terme, il s'agirait aussi de poursuivre le travail en vue de comprendre plus finement les résultats atteints en termes de performance organisationnelle. Cette compréhension permettrait d'identifier les pistes d'action pour l'amélioration de la performance.

### *Deuxième volet : le développement d'une culture de la mesure*

Tout d'abord, il semble prioritaire que les membres de la haute direction priorisent *le développement d'une culture de la mesure*. Pour ce faire, des ressources humaines et financières devront être investies de façon à mettre en place un **comité multidisciplinaire** responsable de la performance de l'IUGM et ce, chapeauté par un

**porteur de dossier.** Ce comité jouerait un rôle-conseil et décisionnel face à la mesure de la performance des différentes instances à l'IUGM.

De plus, il semble essentiel qu'une **expertise dans la recherche des bases de données et des recherches de benchmark** soit développée afin d'alimenter dans une perspective d'amélioration continue et d'innovation les différents comités dans la gestion de la performance.

Par ailleurs, il faudrait envisager l'implantation **d'outils de mesure de la performance** particulièrement des **indicateurs de qualité des processus et des tableaux de bord par programme** pour faciliter le suivi de la performance opérationnelle sur les unités mais, également pour favoriser l'amélioration et l'efficacité des pratiques. Dans la situation actuelle, les indicateurs choisis ont trait uniquement à certaines dimensions de la performance. Cependant, de plus en plus, les cadres d'évaluation de la performance tels le modèle de Donabedian (Donabedian, 1988) ou le cadre conceptuel intégrateur (Morin et Tourigny, 2008) mentionnent l'importance d'évaluer non seulement les résultats mais, également les processus par lesquels la prestation des soins est offerte. Dans les faits, les indicateurs de résultats donnent uniquement des informations partielles sur la performance de l'activité mesurée en comparaison avec d'autres établissements ou les années antérieures. Ainsi, on peut connaître l'état de la situation si elle s'est améliorée ou pas. Cependant, il est difficile à partir de ces données de comprendre pourquoi et comment la situation est telle qu'elle est et de l'améliorer. Par contre, les indicateurs de qualité qui mesurent les processus des activités évaluées permettent de mieux cibler le problème en cause. Donc dans le cas d'une diminution de la performance, les indicateurs de processus peuvent être plus aisément interprétés par les cliniciens sur le terrain et également, plus facilement manipulables par ces derniers pour mettre en place les changements nécessaires pour remédier à la situation.

Conséquemment, l'organisation devrait déployer des **ressources dans le soutien et le développement du support technique et informationnel.** Pour ce faire, il faut s'assurer de créer des entrepôts de données et de développer l'expertise nécessaire à la saisie et l'extraction des informations de façon systématique afin de soutenir l'élaboration des

tableaux de bord et de suivi des cibles de performance et d'assurer un examen rigoureux des mesures mises en place pour améliorer la performance. Également, l'organisation devrait **investir dans la formation** de ses gestionnaires et **le développement des compétences** en gestion de projet par exemple. L'implantation d'une culture de la mesure nécessite de nombreux changements qui impliquent un savoir-faire et des compétences en terme de gestion d'équipes, de temps, d'outils de communication, entre autres, pour développer la capacité d'adaptation des employés impliqués et l'arrimage des différentes efforts.

Finalement, le support et l'appui de la haute direction dans l'implantation d'une culture de la mesure seront nécessaires et ce, à tous les niveaux de gestion impliqués dans ce changement. Pour ce faire, il conviendrait de mettre en place un **plan de communication** afin d'intégrer cette nouvelle culture dans les pratiques courantes et dans les valeurs organisationnelles.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Articles scientifiques :

DAVENPORT, T.H., HARRIS, J.G., DE LONG, D.W. et JACOBSON, A.L. (2001). *Data to Knowledge to Results : Building an Analytic Capability*, California Management Review, Vol. 43, No 2, pp.117-138.

DONABEDIAN A. (1988). *The Quality of Care: How can it be assessed?* Journal of the American Medical Association ; 260: 743-748.

LEMIEUX-CHARLES, L., MCGUIRE, W., CHAMPAGNE, F., BARNSLEY, J., COLE, D. et SICOTTE, C. (2003). *The use of multilevel performance indicators in managing performance in health care organizations*, Management Decision, Vol. 41, No 8, pp. 760-770.

PARMELLI, E., FLODGRÉN, G., BEYER, F., BAILLIE, N., SCHAAFSMA, M.E. et ECCLES, M.P. (2011). *The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance : a systematic review*, Implementation Science, Vol. 6, No 33, p. 8.

SHORTELL, S.M., O'BRIEN, J.L., CARMAN, J.M., FOSTER, R.W., HUGHES, E.F.X., BOERSTLER, H. et EDWARD, J. (1995). *Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management : Concept versus Implementation*, Health Services Research, Vol. 30, No 2. pp.377-401.

TOURIGNY, A., GAGNON, M. ET HÉBERT, R. (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées*, Edisem inc., Canada, p.37.

MORIN, J. ET TOURIGNY, A. (2008). *Évaluation de la qualité des soins et des services hospitaliers aux personnes âgées : Un hôpital accueillant pour les aînés*, Conférence élaboré par le CESPAS de l'IUGM, 1<sup>er</sup> et 2 mai 2008.

MORIN, J. ET TOURIGNY, A. (2008). *Un hôpital accueillant pour les personnes âgées. La qualité des soins et des services : l'une des clés de la réussite!*, Conférence élaboré par le CESPAS de l'IUGM, 1<sup>er</sup> et 2 mai 2008.

### Monographies :

COLLERETTE, P. et DELISLE G. (1982). *Le changement planifié : une approche pour intervenir dans les systèmes organisationnels*. Paris : Éditions Agences d'ARC Inc. 213 p.

VOYER, P. (1999). *Tableau de bord de gestion et indicateurs de performance*, 2<sup>e</sup> Édition : Presse de l'Université du Québec, Sainte-Foy, 446 p.

## Documentation l'IUGM :

IUGM (avril). *Planification stratégique 2008-2011*, IUGM, Montréal, (avril).

IUGM (2011). *Organigramme*, Montréal, [en ligne], <<http://www.iugm.qc.ca/iugm/l-iugm-en-bref/organigramme>> (page consultée le 12 août 2011)

IUGM (2008). *Une institution de santé innovante pour la santé des aînés*, IUGM, Université de Montréal. <<http://www.iugm.qc.ca/home>>

IUGM (2011). *L'Entente de gestion 2010-2011*, Agence de santé et des services sociaux de Montréal, (hiver 2011).

IUGM (2011). *Fiche diagnostique du groupe de travail performance*, IUGM, Montréal, (janvier-février 2011).

## Publication officielle:

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Planification stratégique 2010-2015*, Montréal, [en ligne], <<http://agence.santemontreal.qc.ca/publications-de-lagence/recherche/resultats/>>, (page consultée à l'hiver 2011).

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Rapport annuel de gestion 2009-2010*, Montréal, [en ligne], <<http://agence.santemontreal.qc.ca/publications-de-lagence/recherche/resultats/>>, (page consultée à l'hiver 2011).

Agrément Canada, *Programmes d'agrément – normes*, Montréal, [en ligne], <<http://www.accreditation.ca/programmes-d-agrements/achat-de-normes/>>, (page consultée à l'hiver 2011).

Association québécoise d'établissements de santé et de service sociaux, *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, Agence Médiapresse INC., Montréal, 86 p.

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.P., PICOT-TOUCHÉ, J., BÉLAND, F. et NGUYEN, H. (2005). *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*, Le Conseil de la santé et du bien-être, Montréal, 176 p.

KERGOAT, M.J., DUPRAS, A., JUNEAU, L., BOURQUE, M. et BOYER, D. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence*, La Direction des communication du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Montréal, 205 p.

Ministère de la santé et des services sociaux, *Planification stratégique 2010-2015*, Montréal, [en ligne], <<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication/>>, (page consulté à l'hiver 2011).

Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie (PRISMA) (2007). *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*, EDISEM Édition, Montréal, [en ligne],

<<http://www.prismaquebec.ca/documents/PRISMA2007/PRISMA.volume2.2007.pdf>>, (page consultée à l'hiver 2011).

### **Notes de cours**

TOUATI, Nassera (2009). *La mesure de performance : les pièges à éviter*, École nationale d'administration publique, Montréal, (automne).

**ANNEXE**

## Fiche diagnostique

Voici la fiche diagnostique générée des grandes questions clés en lien avec la thématique de la performance financière, opérationnelle et clinique de l'IUGM :

Table : Comité de travail Performance

Thématique : Performance clinique, opérationnelle et financière

### Mandat

Questions clés auxquelles répondre	Sources d'information (ex. : rapports, études, analyses, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est notre culture de la mesure et plus spécifiquement, l'efficacité clinique et l'efficacité des ressources?</li> <li>• Utilisons-nous nos ressources de façon optimale (financières, cliniques et opérationnelles)?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avons-nous des indicateurs, pour chacun des programmes, nous permettant de nous assurer que nos ressources financières, humaines et matérielles sont utilisées de façon efficiente :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ratio RH</li> <li>2. Coût unitaire des activités</li> <li>3. Satisfaction de la clientèle et des employés</li> <li>4. Qualité des services et des soins</li> <li>5. Diffusion de l'expertise</li> <li>6. Indicateurs pour les nouveaux programmes</li> <li>7. Qualité de nos partenariats</li> <li>8. Accessibilité de nos services</li> </ol> </li> </ul>	

Faits saillants (dégager les constats)	Niveau de confiance	Importance	Référence (annexe)	Information (s) complémentaire (s) requise (s)
<p><b>RESSOURCES HUMAINES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résistance aux changements</li> <li>• A-t-on du personnel administratif qualifié pour utiliser des outils de mesure?</li> <li>• Manque de clarté dans les rôles des membres du personnel</li> <li>• Absence d'un profil de qualification requise pour supporter la nouvelle culture de la mesure</li> <li>• Donner du sens au travail accompli (ex. agents administratifs)</li> <li>• Donner davantage de la formation</li> <li>• Des retards dans les transitions/changements de personnel – Inf. aux. (nouvelle structure intégrant des inf. aux.)</li> <li>• Lacunes/absence dans l'évaluation du rendement et de la satisfaction du personnel (fixe des objectifs- suivis)</li> <li>• Faible culture de stagiaire au niveau de la gestion</li> </ul> <p><b>MESURE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'une culture de la mesure : on ne se compare pas aux autres</li> <li>• Un manque d'indicateurs de mesure de la performance pour les programmes actuels et les nouveaux</li> <li>• Pas de définition de nos indicateurs actuels</li> </ul> <p><b>RESSOURCES INFORMATIONNELLES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'une culture de l'informatisation (pas d'intranet, données compilées discordantes ou manquantes, difficulté d'accès à des bases de données, SMAF)</li> <li>• Déficiences dans l'accessibilité de l'information</li> </ul> <p><b>VITRINE?:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayonnement des projets? (troubles de comportement : la province attend l'IUGM) – Mettre en valeurs nos pratiques exemplaires</li> <li>• Faible réactivité face aux menaces et opportunités extérieures</li> <li>• Absence d'une culture d'auto-financement</li> </ul>	...			VOIR DOCUMENT EN ANNEXE concernant les informations complémentaires

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Notre expertise : dossiers troubles de comportement...</li> <li>+ Façons de faire exemplaires (ex : demandé du MSSS l'Approche adaptée)</li> <li>+ Équilibre budgétaire</li> <li>+ Choix du nouveau design organisationnel structuré par programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'une culture de la mesure : On ne se compare pas et on ne mesure pas</li> <li>- Absence d'indicateur de processus et un manque de fiabilité de ceux existants</li> <li>- Des processus existants mais peu systématisés (mises à jour des documents de référence, évaluation au rendement des RH)</li> <li>- Existe très peu d'outils de mesure et ils sont mal adaptés et peu conviviaux</li> <li>- Lenteur à sortir et produire des indicateurs (fragilise face aux menaces externes)</li> <li>- Absence d'une culture d'auto-financement ou de facturation de nos services</li> <li>- Résistance aux changements de nature informatique, entre autres</li> <li>- Lacunes au niveau des définitions des rôles et des profils de compétence du personnel impliqué dans la production d'indicateurs</li> <li>- Retard dans la formation (Inf.Aux.), l'évaluation et l'encadrement du personnel</li> <li>- Déficience de technologies et d'outils informatiques pour mesurer la performance</li> <li>- Déficiences dans l'accessibilité de l'information</li> <li>- Peu d'évolution de nos modèles de références</li> </ul>
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>✶ Expertise face à des problématiques cliniques particulières (troubles de comportement)</li> <li>✶ Devenir un établissement exemplaire : réseaux, visibilité, partenariats, réputation</li> <li>✶ Accueillir davantage de stagiaires en gestion : personnels qualifiés, apports d'idées nouvelles et de recul;</li> <li>✶ Développer la culture d'auto-financement</li> <li>✶ Devenir un établissement «Planetree»</li> <li>✶ Améliorer notre culture de l'informatisation : télésanté, diffusion de l'expertise à des coûts moindres,</li> <li>✶ Population vieillissante et besoins grandissants</li> <li>✶ Le marché très ouvert – public et privé</li> <li>✶ Contexte politique et démographique actuels très soucieux des personnes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ La concurrence</li> <li>⊗ Pénurie de personnels qualifiés pour la saisie de données et dans la gestion des indicateurs au niveau des agents administratifs</li> <li>⊗ Manque de ressources financières (coupures budgétaires, diminution des ressources disponibles, équilibre budgétaire à conserver, etc.)</li> </ul>

Éléments de vision : Où souhaitons-nous être ?	Principes directeurs à considérer : Comment doit-on fonctionner?
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une organisation dont la culture de la mesure est intégrée aux processus</li> <li>▪ Une organisation intégrant des technologies qui supportent la culture de la mesure (disponible, fiable, pratique et utilisable)</li> <li>▪ Une organisation capable de choisir des indicateurs pertinents et qui possède le savoir-faire pour les analyser et pour les interpréter afin de mettre en œuvre un plan d'action ainsi que les changements requis à l'amélioration de la performance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analyser les systèmes clinico-administratifs existants et leur capacité à produire des données utiles à la mesure</li> <li>▪ Organiser la saisie de données</li> <li>▪ Formation des ressources humaines</li> <li>▪ Plan de communication pour intégrer la culture de la mesure à nos valeurs</li> <li>▪ Mettre en place des outils de mesure performants</li> <li>▪ Comité interdisciplinaire qui supporte l'implantation de la culture de la mesure (programmes et activités de gestion)</li> <li>▪ Comité interdisciplinaire qui soutient l'implantation des changements requis à l'amélioration de la performance</li> <li>▪ Suivre l'évolution des indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revue de littérature (veille de la performance)</li> <li>• Partenariats de benchmark</li> </ul> </li> <li>▪ Diffuser régulièrement les analyses de nos indicateurs (tableaux de bord vulgarisés) et ne pas limiter cette diffusion aux gestionnaires cadres afin de donner du sens au travail des employés cliniques, administratifs et de soutien</li> </ul>

## L'offre de service



Université du Québec

**École nationale d'administration publique**

**Offre de services faite à Mme Christiane Gélinas, Directrice des ressources  
financières et informationnelles à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.**

Préparer par Arianne Proulx

Étudiante stagiaire à la

Maîtrise en Administration Publique, concentration en

analyse et développement des organisations

Janvier 2011

Table des matières

<b>1-</b>	<b>IDENTIFICATION DES PARTIES</b>	<b>95</b>
<b>2-</b>	<b>LE CONTEXTE DE L'INTERVENTION</b>	<b>95</b>
<b>3-</b>	<b>LE MANDAT</b>	<b>96</b>
<b>4-</b>	<b>L'INTERVENTION</b>	<b>97</b>
4-1	MÉTHODOLOGIE .....	97
4-3	LES LIVRABLES .....	98
4-4	L'ÉCHÉANCIER .....	98
<b>5-</b>	<b>RÔLES ET RESPONSABILITÉS</b>	<b>99</b>
<b>6-</b>	<b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	<b>100</b>

## 1- IDENTIFICATION DES PARTIES

Le mandat est la direction des ressources financières et informationnelles représentée par Mme Christiane Gélinas, directrice de ce service (514 340-3535).

Mme Arianne Proulx, étudiante à l'École Nationale d'Administration Publique de Montréal, est responsable la réalisation du mandat.

La professeure-conseillère est Mme Nassera Touati (514 849-3989 poste 3986).

## 2- LE CONTEXTE DE L'INTERVENTION

Dans son contexte général, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) est un centre de soins spécialisés pour les personnes âgées offrant différents programmes de courte et de longue durée :

- réadaptation fonctionnelle intensive;
- évaluation de courte durée gériatrique;
- hébergement et soins de longue durée;
- centre ambulatoire comprenant des activités de centre de jour, d'hôpital de jour et des cliniques externes spécialisées (clinique de cognition, clinique de dysphagie, clinique de continence urinaire et clinique de gestion de la douleur chronique).

L'IUGM compte près de 1000 employés et a une capacité de 452 lits répartis sur deux sites : le pavillon Côte-des-Neiges et le pavillon Alfred-DesRochers. Avec la plus récente réforme du système québécois de santé et de services sociaux introduite par le gouvernement en 2004, la mesure de la performance a été renforcée notamment grâce à : l'arrivée d'un Commissaire à la santé et au bien-être; la mise en place d'un nouveau cadre de gestion entre, d'une part, le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses agences et, d'autre part, les agences régionales et leurs établissements; l'obligation, faite à tous les établissements publics et privés de santé, de se soumettre à un processus indépendant d'agrément de la qualité de leurs services.

Ainsi, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux doivent, tout en respectant leur budget, démontrer qu'ils contribuent activement à l'amélioration de leurs services quant à l'accès, la qualité, la continuité et la globalité et ce, en visant

ultimement l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. L'absence de résultats positifs peut engendrer des pénalités symboliques en termes de notoriété, de perte de confiance du public, de réduction des budgets, voire la perte de programme et de ressources.

Face à ces nouvelles obligations, l'IUGM doit se doter d'une méthodologie structurée pour évaluer et suivre sa performance globale, et celle plus spécifique des services et des programmes. L'IUGM a besoin de rendre visible la performance en temps réel et en temps différé des différentes activités du service selon des critères de performance spécifiques.

### 3- LE MANDAT

Le mandat comprendra deux volets d'une part l'appréciation de certains aspects de la performance et d'autre part, l'analyse des enjeux organisationnels liés au développement d'une culture de la mesure. Ainsi, le stagiaire proposera un système d'évaluation de la performance administrative et de gestion des activités adaptée à l'Établissement afin de soutenir ce dernier dans sa volonté de promouvoir la culture de la mesure. Le mandat fera l'objet d'une revue de littérature afin d'identifier les différentes notions et cadres d'appréciation de la performance ainsi que leurs critères de choix de ces derniers cadres. En plus, de l'identification et de la sélection d'indicateurs de performance significatifs adapté à la spécificité de la clientèle de l'IUGM. Enfin, de déterminer les enjeux organisationnels et structurels liés au développement d'une de la mesure.

La problématique du mandat fait appel à différents domaines d'expertise tels que la gestion de projet et l'analyse critique des pratiques.

Le stagiaire mettra en œuvre ses compétences et qualifications acquises durant sa formation universitaire afin de répondre efficacement aux exigences de ce mandat.

## 4- L'INTERVENTION

### 4-1 Méthodologie

La méthodologie consistera en une recherche - intervention. D'abord, la première étape consistera en un diagnostic organisationnel sur la gestion de la performance en vigueur à l'IUGM. Ce diagnostic reposera essentiellement sur une analyse documentaire, la participation à l'exercice de la planification stratégique ainsi que sur l'apport des informations récoltées lors d'entrevues avec des gestionnaires de d'autres établissements de santé. La première étape consistera en une démarche de benchmarking pour documenter les meilleures pratiques concernant différents cadres d'appréciation de la performance. Cette étape se basera sur une analyse documentaire des pratiques d'établissements de santé similaires, Québécoises, Canadiens et des pays de l'OCDE. La deuxième étape quant à elle permettra d'établir une analyse claire des enjeux et des besoins de l'IUGM en matière de performance avec la réalisation d'une fiche diagnostique. La troisième étape consistera à identifier des facteurs structurels-clés pour le développement d'une culture de la mesure.

### 4-2 Plan d'action proposé :

	Livrables	Inclus dans le rapport
Découverte de l'organisation		
Découverte du nouveau service		
Analyse des systèmes existants		
Analyse des attentes et définition des besoins : opérationnels et/ou informationnels		
Tableau reprenant les notions, les cadres et les indicateurs de performance existant		
Proposition d'un cadre de la performance et ses limites		

#### 4-3 Les livrables

Le livrable prendra la forme d'un cahier de projet intégrant l'identification des cadres d'appréciation de la performance, une fiche diagnostique de l'analyse des besoins de l'IUGM (opérationnels et/ou informationnels), la présentation des indicateurs de performance adapté à la spécificité de la clientèle de l'IUGM ainsi que des facteurs-clés des enjeux organisationnels pour le développement d'une culture de la mesure. De plus, ces données seront exposées lors d'une présentation auprès de l'équipe clinique et de gestion de l'IUGM.

#### 4-4 L'échéancier

L'échéancier proposé est prévisionnel et sera réajusté lors de la planification des entretiens à la première activité.

Activités	Fréquence	Durée	Date de début	Date de fin prévisionnelle
Date de début	unique		17 janvier	
1 <sup>ère</sup> Activité : Familiarisation avec le service et préparation des rencontres de collectes d'informations				
2e Activité : Découverte du fonctionnement actuel				
Rencontre mi-mandat				
3e Activité : Identification et Analyse des besoins/ Benchmark				
4e activité : Identification des indicateurs de performance et des facteurs-clés				
Date de fin			29 avril	
Rencontres d'étapes avec le mandataire	À remplir	À remplir	À remplir	À remplir

## 5- RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Rôles et responsabilités	Arianne Proulx ENAP	Mme Christiane Gélinas Directrice	Mme Nassera Touati ENAP
Proposition de l'offre de services	x		
Proposition d'un calendrier de rencontres	x	x	x
Accueil du stagiaire		x	
Réalisation du mandat	x		
Aide à la planification des interviews et à l'accès aux informations		x	
Supervision du stagiaire		x	x
Évaluation mi-temps du stage	x	x	
Aide-Support au stagiaire dans la réalisation du mandat		x	x
Rédaction du rapport de stage	x		
Évaluation de la performance et du rapport du stagiaire		x	x
Évaluation des intervenants par le stagiaire	x		

## 6- DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 6-1 Conditions de réalisation du stage

Le stagiaire réalisera à temps plein son mandat pour une période de 15 semaines débutant le 17 janvier 2011. J'aurai accès à un bureau et à un poste informatique dans le cadre du stage. De plus, une compensation financière sera attribuée de l'ordre de 5000\$.

Le mandat et ses livrables pourront être modifiés en cours d'exécution avec l'accord du mandataire et du professeur-conseiller.

### 6-2 Clause de confidentialité :

Un formulaire sera signé par la stagiaire pour garantir la confidentialité des données recueillies.





D0206055 1