

STA
2738



Centre de santé et de services sociaux
de Laval

École Nationale d'Administration Publique
Campus de Gatineau

**Rapport de stage de fin d'études de la maîtrise
en administration publique,
option analyse et développement des organisations**

Thème

**Soutenir le CSSS de Laval
dans l'élaboration d'un premier
tableau de bord de gestion stratégique**

BIBLIOTHÈQUE
ENAP
QUÉBEC

Présenté par

Arsène Gouati

Professeur Conseiller

Patrick M'Basségué

Avril, 2012

Table des matières

Remerciements.....	IV
Liste des abréviations.....	V
Liste des figures.....	VI
Liste des tableaux.....	VI
Sommaire exécutif.....	VII
Introduction.....	1
Partie 1 : CONTEXTE DE L'ORGANISATION.....	2
1.1 Historique et structure organisationnelle.....	2
1.1.1 Histoire et réseau local de services.....	2
1.1.2 Vision générale du réseau intégré.....	2
1.1.3 Structure organisationnelle.....	3
1.2 Missions.....	3
1.3 Valeurs.....	4
1.4 Vision stratégique.....	6
1.5 Axes d'orientations stratégiques.....	7
1.6 Résultats stratégiques.....	7
Partie 2 : MANDAT ET MÉTHODOLOGIE D'EXCECUTION.....	8
2.1 Description du mandat d'intervention dans l'organisation.....	8
2.2 Présentation de la problématique.....	8
2.2.1 Situation actuelle.....	8
2.2.2 Situation préconisée.....	9
2.2.3 Nécessité d'un outil de pilotage.....	10
2.3 Cadres méthodologiques d'intervention.....	11
2.3.1 Cadre méthodologique général.....	11
2.3.2 Cadre spécifique d'intervention.....	12
2.3.3 Choix du modèle conceptuel de tableau de bord.....	12
Partie 3 : PRINCIPES THEORIQUES DE BASE.....	13
3.1 Définition de la performance.....	13
3.2 Mesure de la performance, aspect organisationnel.....	17
3.3 Composantes mesurables en matière de performance.....	17
3.4 Concept d'indicateur de gestion.....	18
Partie 4 : SYSTÈME DE TABLEAU DE BORD DE GESTION DU CSSSL.....	18
4.1 Modèle de tableau de bord.....	18
4.2 Démarche et méthodologie du tableau de bord.....	19
4.3 Etude du projet.....	19
4.3.1 Les facteurs de succès.....	19
4.3.2 Le système d'information.....	20
4.3.3 Localisation d'organisations comparables et benchmarking.....	20

07 JUN 2012

4.3.4	L'analyse de faisabilité.....	21
4.3.5	Le plan de réalisation et recommandations.....	21
4.4	Tableau des préoccupations-indicateurs.....	21
4.5	Fiches-indicateurs et les indicateurs.....	23
4.6	Structure du système de Tableau de Bord.....	23
4.7	Mise en œuvre.....	45
4.7.1	Les actions du plan d'implantation.....	45
4.7.2	La stratégie d'implantation.....	45
4.7.3	La communication qui accompagne le processus d'implantation.....	45
4.7.4	La validation.....	46
4.8	Synthèse des forces et faiblesses.....	46
Partie 5 : RECOMMANDATIONS.....		47
Conclusion.....		48
Bibliographie.....		49
Annexe.....		51

Remerciements

J'adresse des remerciements sincères à la Direction des ressources informationnelles, du génie biomédical et de la performance et, à tout son personnel dans le cadre de notre collaboration. Je remercie également les membres du comité culture de la mesure et l'équipe des conseillers cliniques.

Je voudrais remercier en particulier :

- Monsieur Pierre-Paul Milette, directeur de la DRIGBMP (appelé à d'autre fonction dans une autre structure de la santé à Montréal) qui, de par ses qualités de leadership, a su avoir confiance en moi pour ce mandat.
- Monsieur Guy Germain, directeur intérimaire de la DRIGBMP.
- Madame Geneviève Duplantie, Chef de service infocentre pour sa promptitude à répondre à mes requêtes. Avec elle, toutes les difficultés rencontrées ont été remontées.
- Madame Boulanger Manon attachée de direction.

Mes remerciements sont adressés également à :

- Monsieur Patrick Gérard MBASSEGUÉ, mon professeur conseiller à l'ÉNAP, pour son encadrement adéquat dans ce mandat.
- Tous les enseignants de l'ÉNAP, mes camarades étudiants.
- Monsieur Kouamé Marcel pour son sens d'hospitalité à Montréal.

Liste des abréviations

CSSSL	Centre de santé et des services sociaux de Laval
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
CLSC	Centre local des services communautaires
CSL	Cité de la santé de Laval
I-CLSC	Logiciel intégré-clsc
CARL	Centre ambulatoire régional de Laval
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CH	Centre hospitalier
TBG	Tableau de bord de gestion
SAD	Service à domicile
FI	Fiche indicateur
DRIGBMP	Direction des ressources informationnelles du génie biomédical et de la performance
ÉGIPSS	Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
PAC	Picture archiving and communication system
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
CSMO	Comité stratégique de mise en œuvre
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PMO	Planification de la main d'œuvre
DRH	Direction des ressources humaines
DSPH	Direction des services professionnel et hospitalier
SGFCL	Services généraux et fonction coordination-liaison

Liste de figures

Figure 1	Vision du réseau intégré
Figure 2	Le modèle EGIPSS
Figure 3	Pages d'accueil tableau de bord CSSSL
Figure 4	Tableau des indicateurs
Figure 5	FI 1, Nombre d'infection par 10 000 jrs-présence (CSL)
Figure 6	FI 3, Ratio heures assurance-salaire vs heures travaillées
Figure 7	FI 4, % des heures travaillées en main d'œuvre indépendante dans l'équipe soins infirmiers (CUMUL)
Figure 8	FI 5, séjour moyen sur civière (toutes clientèles)
Figure 9	FI 6, % des chirurgies réalisées dans les délais requis (tous types)
Figure 10	FI 7, Heures services directs (profils long terme)/ les heures travaillées totales
Figure 11	FI 8, Moyenne d'heures travaillées par jrs-présence
Figure 12	FI 9, respect de la cible budgétaire

Liste des tableaux indicateurs et représentations graphiques

Tableau 1	Définition des dimensions
Tableau 2	Tableau des indicateurs
Tableau 3	Indicateur 1
Tableau 4	Indicateur 3
Tableau 5	Indicateur 4
Tableau 6	Indicateur 5
Tableau 7	Indicateur 6
Tableau 8	Indicateur 7
Tableau 9	Indicateur 8
Tableau 10	Indicateur 9

Sommaire exécutif

Le tableau de bord est un outil qui entre dans le cadre de la gestion de la performance organisationnelle. Il permet d'afficher les résultats en lien avec les objectifs en vue d'une amélioration continue des processus. Toutes les organisations publiques au Québec y sont assujetties au regard de la loi 127 du Québec. L'administration du Centre de santé et des services sociaux de Laval a entrepris d'importants travaux en vue de se doter et implanter un tableau de bord au niveau stratégique de son organisation. A cet effet, la direction est préoccupée notamment par l'aspect fonctionnalité de cet outil c'est-à-dire la pertinence du modèle de tableau de bord qu'il faudra implanter et comment le réaliser. Ces questionnements ont fait l'objet d'étude et d'analyse des écrits concernant l'aspect technologie informatique d'une part et d'autre, l'examen de la situation du Centre pour aboutir à l'élaboration de ce système du tableau de bord.

Le modèle de tableau de bord qui a été préconisé dans ce cadre est celui de Voyer (2009) vue l'intégration possible de tous les aspects mesurables de l'organisation. Ce modèle a permis d'élaborer une démarche pour nous guider tout le long des travaux.

Le système de tableau de bord élaboré a fait l'objet de présentation devant 3 comités dans le Centre :

- Le comité culture de la mesure, le mercredi 07 décembre 2011 à 15 heures,
- Le comité de gestion, le jeudi 15 décembre 2011 à 16 heures et enfin,
- Le comité de direction, le mardi 20 décembre 2011 à 14 heures.

Le prototype finalement adopté a fait l'objet d'une note d'information et de divulgation à l'ensemble des utilisateurs de l'outil en date du 11 janvier 2012.

Introduction

Selon Guillaume Dumas (2007), la performance organisationnelle, la rationalisation des ressources, l'équilibre budgétaire, les services de qualité, sont des situations auxquelles les dirigeants du réseau de la santé sont confrontés depuis plusieurs années. Face à ces situations devenues de plus en plus complexes, la recherche d'amélioration de la performance au sein de ces organisations est devenue un impératif majeur à travers le développement de nouvel outil de gestion tel que le (TBG) pour mener à bien le pilotage de l'organisation.

Le système de tableau de bord est entre autre, une approche qui aide les gestionnaires à prendre des décisions de gestion éclairée dans le cadre de la gestion par résultats (GAR). Il permet de faire remonter l'information de la base au sommet stratégique. De plus, c'est un outil qui permet de faire un suivi efficace, efficient des coûts relatifs à la livraison des services afin de contribuer à la maîtrise de ceux-ci.

Le présent rapport traite de la question portant sur la fonctionnalité du tableau de bord, l'aspect technologie informatique, notamment : quel modèle de tableau de bord faut-il utiliser? Quelle présentation de fiches indicateurs doit-on adopter? Comment monter le système de tableau de bord? Par ailleurs, les aspects concernant le management et la gestion du changement font l'objet de travaux de la part du comité culture de la mesure, comité stratégique du projet.

En effet, de nombreux modèles de système de (TBG) ont été développés, mais très peu sont adaptés aux besoins du CSSS de Laval. Pour la direction de l'organisation, ces questions sont d'autant plus pertinentes qu'elle ne possède ni l'expérience, ni l'expertise dans le forage du système de tableau de bord.

Sur la base de ce qui précède, le présent rapport porte particulièrement sur l'intervention réalisée auprès de la direction des ressources informationnelles du génie biomédical et de la performance. Il est structuré selon 4 parties suivantes : 1- le contexte de l'organisation, 2- le mandat et la problématique qui en découle, 3- les théories qui aident à la compréhension de l'intervention, et 4- le système de tableau de bord intégré.

Partie 1 : CONTEXTE DE L'ORGANISATION

1-1 Historique et structure organisationnelle du réseau de CSSSL

1-1-1 Histoire¹ et réseau local de services

Le Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSS de Laval) a été créé en 2004 dans le cadre d'une réforme gouvernementale qui a regroupé les hôpitaux, les CLSC et les centres d'hébergement dans 95 territoires au Québec. Avec ses 17 installations réparties sur l'île Jésus, le CSSS de Laval est le plus gros au Québec : il compte 1 hôpital, 4 CLSC et 5 centres d'hébergement desservant environ 365,000 Lavallois et, 105,000 résidents hors territoire. Le CSSS travaille de concert avec les cliniques médicales de Laval et avec les autres partenaires publics et privés de la région dans le but de faciliter l'accès aux soins. Son réseau local de services² est un regroupement de 7 entités juridiques, à savoir : le CARL, le CH de la Cité de la santé, le CLSC des Milles-îles, le CHSLD de Laval, les CLSC-CHSLD du Marigot, du Ruisseau-Papineau et ceux de Ste-Rose.

1-1-2 Vision générale du réseau intégré

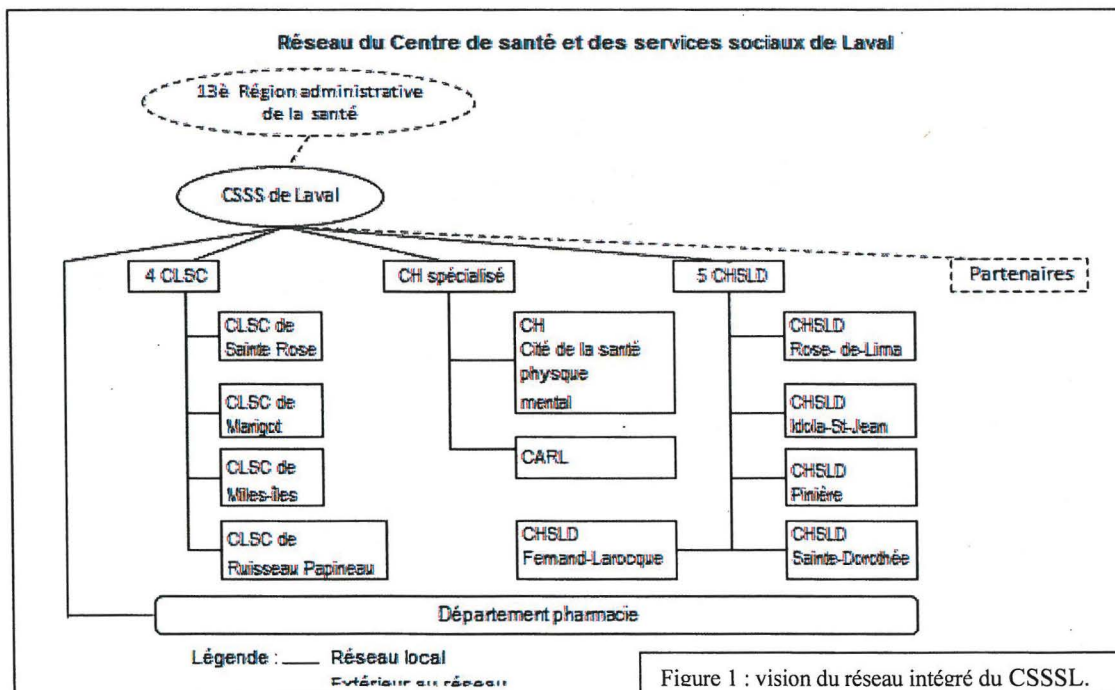


Figure 1 : vision du réseau intégré du CSSSL.

¹ <http://www.cssslaval.qc.ca/le-csss-de-laval/en-bref.html> le 21/09/2001

² Plan stratégique des ressources informationnelles et du génie biomédical

Les partenaires : Centre jeunesse, Centre de réadaptation et cliniques laboratoires-CHSLD privés...

1-1-3 Structure organisationnelle

Le CSSS de Laval compte 22 directions dont une direction générale et différents comités entre autres, le comité de gestion, le comité de direction et d'un conseil d'administration.

1-2 Mission³

« Améliorer la santé et le bien-être de la population de Laval en assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé et des services sociaux ».

Cette mission globale du CSSSL a pour source une responsabilité populationnelle qui lui est conférée par la Loi 127⁴ du Québec. Plusieurs éléments distinctifs, se déclinant sur divers volets, caractérisent le CSSS de Laval et contribuent à la réalisation de cette mission globale selon le rapport du conseil d'administration.

Soins et services

En tant que seul Centre de santé et de services sociaux de la région de Laval, le CSSS de Laval accomplit sa mission clinique en offrant, par l'entremise de ses regroupements clientèles, une gamme complète de services adaptés aux besoins de l'ensemble de la population du territoire de Laval. Le CSSS de Laval s'assure que les services de santé et de services sociaux intégrés soient de qualités, accessibles, continues et sécuritaires.

Promotion et prévention

Le CSSS de Laval, en vertu de sa responsabilité populationnelle, fait la promotion de la santé auprès de la population lavalloise. Entre autres, il tient compte des priorités ministérielles et régionales en matière de santé publique. Le CSSS offre également plusieurs services de prévention des maladies tant primaires que secondaires. De plus, le CSSS s'inscrit dans le développement durable en devenant un établissement vert.

³ <http://www.cssslaval.qc.ca/le-csss-de-laval/mission.html> le 20 septembre 2011.

⁴ Projet de loi 127 du Québec, section 11.0.1, 182.0.2, al 6 <http://www.assnat.qc.ca/doc/pdf>.

Enseignement et recherche

Le CSSS de Laval, en vertu du statut de centre affilié à l'Université de Montréal, détient une mission universitaire. Cette mission se caractérise par l'enseignement multidisciplinaire et la recherche de pointe, favorisant le partage du savoir et la formation d'une relève compétente. Le CSSS accueille en outre des stagiaires de plusieurs maisons d'enseignement.

Desserte extrarégionale

Le CSSS de Laval étend également sa responsabilité en tant que Centre de santé et de services sociaux au-delà du territoire pour lequel il est désigné, en contribuant aux soins et aux services auprès de personnes provenant des régions avoisinantes ainsi qu'auprès des travailleurs de la région, et ce, principalement pour les soins d'urgence, d'hospitalisation d'obstétrique et de traitement du cancer (Centre intégré en cancérologie de Laval).

Responsabilité et autonomie régionale

Le CSSS de Laval est le seul au Québec à devoir assumer à la fois une responsabilité locale et régionale. Le CSSS de Laval assume un rôle d'assise et constitue la seule instance locale responsable de mobiliser l'ensemble des établissements et des partenaires du réseau local de services de la région. Il se doit de définir un projet clinique et organisationnel permettant d'assurer à la population lavalloise un accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés tout en augmentant la rétention des usagers à Laval.

1-3 Valeurs⁵

Le CSSS de Laval désire répondre aux besoins de la population et de sa clientèle en s'appuyant sur un ensemble de valeurs. Ces valeurs sont généralement conçues comme des idéaux ou des convictions qui structurent les comportements des acteurs. Ces valeurs doivent guider tant les relations avec la clientèle que la dynamique organisationnelle, les relations avec les partenaires et la dynamique de gestion. En ce sens, elles permettent

⁵ <http://www.cssslaval.qc.ca/le-csss-de-laval/valeurs.html> le 20 septembre 2011

d'évaluer les pratiques qui ont cours au sein de l'organisation et de mettre en place des normes qui concourent à la réalisation de sa mission globale.

Le respect

Le respect implique qu'à tous les échelons de la prestation de soins et de services, il existe, au-delà des codes, des règles ou des titres, l'obligation de ne pas heurter les autres et de les accepter tels qu'ils sont dans leur différence. La tolérance et la personnalisation des rapports entre les acteurs de l'organisation constituent donc des prolongements de cette réalité fondamentale. Le respect s'associe à la dignité, au civisme et à l'écoute.

La bienveillance

La bienveillance signifie avoir du souci pour l'autre. Cette valeur requiert un engagement des personnes envers autrui, une attitude positive et une attention particulière au bien-être. Elle invite également à agir avec empathie et sollicitude. Cette valeur se fonde sur la raison d'être des services de santé et services sociaux, mais aussi de chaque ordre professionnel et de chaque personne qui contribue à cette mission. Sur le plan de la gestion, la bienveillance guide les décisions, par exemple, en mettant en place des conditions de travail appropriées dans un milieu de travail respectueux et tolérant. Elle se traduit aussi par des actions empreintes de gentillesse (reconnaissance, soutien, écoute, appréciation) ce qui n'exclut pas pour autant des actions plus fermes lorsque nécessaire.

L'équité

Le CSSS de Laval prône l'équité dans le développement et la prestation des soins et des services. L'équité donne à chacun le privilège d'être traité de façon juste, égalitaire et raisonnable. En regard de cette valeur, le CSSS de Laval vise, pour tous ceux qui relèvent de son organisation, à maintenir un équilibre entre la qualité des services, l'accès aux ressources et le respect des priorités de soins et de services établies.

La prévoyance

Le CSSS de Laval a une vision prospective et une capacité de s'évaluer et de s'ajuster. Le CSSS de Laval est en mesure de s'adapter de manière novatrice pour atteindre ses

objectifs en fonction de l'évolution de son environnement interne et externe; il mise, entre autres, sur l'enseignement et sur la recherche à cette fin.

Le courage

Le courage implique d'entreprendre la bonne action, au bon moment, de la bonne manière et sans céder à la facilité lorsqu'une décision s'impose dans le contexte d'une situation difficile.

La responsabilité

D'une manière générale, la responsabilité des acteurs renvoie à leur capacité d'assumer les actions qu'ils entreprennent lorsque celles-ci sont conformes à leurs devoirs et à leurs compétences. La responsabilité suppose la liberté et l'initiative des acteurs de l'organisation, à travers le choix des moyens qu'ils utilisent en vue d'une action. Cette valeur peut inclure d'autres qualités, comme la compétence, la créativité ou l'efficacité, qui permettent à chacun de jouer pleinement son rôle au sein de l'organisation.

L'intégrité

L'intégrité signifie également honnêteté et probité. Cette valeur reconnaît que la crédibilité et le bon fonctionnement d'une organisation dépendent de la nécessité pour chacun des acteurs d'agir selon les règles et les codes que lui prescrit sa fonction. L'intégrité exige la rigueur, la constance et la fiabilité dans la prestation des soins et des services. Sans ces qualités, il devient impossible pour l'organisation de maintenir l'identité qu'elle s'est forgée face à sa mission, à sa vision et à ses valeurs.

1-4 Vision stratégique⁶

« Agir ensemble pour le bien-être et la santé de la population lavalloise ».

- Pour actualiser cette vision, le CSSS de Laval compte : Être le promoteur de la santé et du mieux-être de sa population.

⁶ Plan d'organisation et orientations stratégiques 2008 – 2011 du Ccss de laval

- Développer sa culture d'excellence et d'amélioration continue par la créativité et l'innovation et les meilleures pratiques en vue d'offrir des soins et des services sécuritaires et de haute qualité.
- Assumer pleinement son rôle de responsable régional et de coordonnateur du Réseau local de services et maintenir un partenariat au sein du réseau local avec les établissements régionaux et les partenaires intersectoriels.
- Devenir un employeur de choix, autant pour le personnel en place que pour le personnel à recruter.
- Miser sur ses acquis pour devenir un milieu expert d'enseignement et de recherche de pointe en multidisciplinarité à l'intérieur du réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal.

1-5 Axes et orientations stratégiques⁶

Axe 1 : *Clientèle* : approche populationnelle Élaboration du projet clinique

Axe 2 : *Responsabilité régionale* : Actualisation d'un modèle hybride de la responsabilité locale et régionale

Axe 3 : *Gestion de la performance* : Efficience et efficacité dans les pratiques cliniques et administratives

Axe 4 : *Ressources humaines*: Un employeur de choix par la mobilisation, la rétention et l'attraction du personnel et des médecins

1-6 Résultats stratégiques

«Améliorer la santé et le bien-être de la population de Laval en assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé et des services sociaux ».

Partie 2 : MANDAT ET MÉTHODOLOGIE D'EXCECUTION

2-1 Description du mandat d'intervention dans l'organisation

Le mandat que le CSSS de Laval nous a donné a duré 4 mois, du 12 septembre au 23 décembre 2011 au sein de la direction des ressources informationnelles du génie biomédical et de la performance (DRIGBMP). Monsieur Pierre-Paul Millette directeur est le mandataire. Dans le contexte actuel de nouvelle gestion publique de l'administration et des organisations publics, il s'agissait de soutenir l'établissement dans l'élaboration d'un premier tableau de bord stratégique. Ce mandat consiste dans un premier temps à faire une analyse des besoins qui conduit à la collecte des informations justifiant la nécessité d'un suivi au sein de l'organisation. Dans un deuxième temps il s'agit de faire une étude de faisabilité du projet, des indicateurs aboutissant à la création de leurs fiches. Et enfin, monter les différentes composantes créées du système pour produire la première version du tableau de bord de gestion du CSSSL. Par ailleurs, il existe un comité de niveau stratégique dénommé « comité culture de la mesure » qui travaillait déjà sur les aspects de la performance et la gestion du changement du projet. Avec ce comité, nous avons collaboré sur l'aspect fonctionnalité du tableau de bord qui consiste à faire les études de faisabilité, concevoir les différentes parties du système, le monter et le faire fonctionner. Cependant, nous inclurons une approche de la gestion du changement dans les recommandations.

2-2 Présentation de la problématique

2-2-1 Situation actuelle.

Après analyse des besoins, actuellement le CSSS de Laval est inscrit dans une démarche d'amélioration continue. Cependant, il ressort de la dernière évaluation⁷ des contre-performances au sens du modèle d'approche conceptuel d'*Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé* (EGIPSS). Ce modèle est développé par l'*Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal* (IRSPUM).

⁷ Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance 2011, du CSSS de Laval par Aqesss.

4 rubriques préoccupantes rassemblent les différentes dimensions de la performance et permet d'établir des interrelations entre elles :

- Le CSSS de Laval éprouve quelques difficultés pour assurer la continuité globale des activités dans l'organisation ; malgré les efforts d'amélioration d'intégration, certaines initiatives entreprises s'arrêtent. La coordination des activités dans les services et entre eux présente un fonctionnement discontinu en ce sens que ceux-ci évoluent sans communication les uns avec les autres. Les gestionnaires dans les unités n'échangent pas suffisamment leurs expériences, ce qui empêche la continuité et l'intégration générale de la gestion de l'organisation.
- Le centre de santé vit une rareté des ressources humaines, financières et matérielles traduite par :
 - Une capacité matérielle limitant les activités de prévention.
 - Une pénurie globale des ressources humaines,
 - Un déficit budgétaire à équilibrer fin 2013-2014.
- Le CSSS de Laval, observe quelques difficultés à adapter les services de l'organisation aux besoins de la population ; cela se fait voir par la très faible utilisation des services hospitaliers et des services des CLSC. L'organisation a également quelques difficultés dans l'attraction des clientèles.
- En ce qui concerne le maintien des valeurs organisationnelles, la qualité de vie au travail est entamée par une satisfaction non acceptable par le personnel.

D'autre part, les délais d'attente des clients sont généralement longs pour obtenir un service de la part de l'organisation. De plus, la conformité à la *Loi sur la santé*, l'entente de gestion, les meilleures pratiques dans le domaine de la santé constituent autant de projets à suivre. Présentement plusieurs projets justifient l'orientation de l'organisation vers une amélioration continue de l'offre de service clinique et administrative.

2-2-2 Situation préconisée

Afin de suivre l'évolution de sa vision, le CSSS de Laval exprime le besoin de se doter d'un outil de mesure de la performance, soit un tableau de bord de gestion pour répondre

aux exigences de la loi 127⁸ du Québec, mais aussi, suivre et mesurer l'impact de ses activités sur les clientèles diverses à travers ses multiples projets d'innovation de la santé. Cet outil, hors mis sa facilitation de responsabilisation et l'imputabilité des dirigeants est indispensable pour la maîtrise du pilotage du CSSS de Laval vers sa transformation organisationnelle : «destination 2015» qui représente un ensemble de projets dont la réalisation assure cette transformation. Le centre de santé veut fonder ses vastes projets sur une culture centrée sur la personne et sur le leadership mobilisateur. L'engagement des directeurs, des médecins et de tous les employés est essentiel pour mener le CSSS de Laval vers une organisation apprenante axée sur une philosophie de gestion qui génère la confiance mutuelle, le respect et l'écoute, la résolution de problèmes et l'apprentissage continu. Le CSSS de Laval veut absolument aspirer à être reconnu comme une organisation distincte et performante orientée vers l'amélioration continue dans son offre de service clinique et administrative, dans sa collaboration et dans son partenariat avec les autres organisations publiques et privées qui facilitent l'accès aux soins.

En résumé, la pertinence d'utiliser un tableau de bord de gestion par la direction du CSSSL comme outil de pilotage stratégique est relativement claire pour l'organisation. Le rapport annuel de gestion 2010-2011 réaffirme la vision stratégique de l'organisation, celle de développer une culture d'excellence et d'amélioration continue par la créativité et l'innovation et, les meilleures pratiques.

Par ailleurs, l'absence d'un tel outil dans l'organisation est inconcevable vue la taille de sa structure et les efforts consentis ; et en dépit de l'adoption⁹ des normes d'excellence pour les services, cela lui permettraient difficilement d'être reconnue comme une organisation distincte et performante. La prochaine section fait ressortir en quoi le tableau de bord est indispensable au CSSS de Laval.

2-2-3 Nécessité d'un outil de pilotage

Selon Voyer (2009), le gestionnaire est appelé à recevoir et à fournir de l'information de toutes sortes à plusieurs types de spécialistes appartiennent à des secteurs différents. Ceux-ci possèdent leurs concepts, leurs grilles d'analyse et d'interprétation qui les

⁸ Projet de loi 127 du Québec, section 11.0.1, 182.0.2, al 6 <http://www.assnat.qc.ca/doc/pdf>.

⁹ Interprété du rapport annuel de gestion 2010-2011, nos priorités d'action : Destination 2015

caractérisent. Ils ont leurs idées sur la façon dont ils doivent assurer les coordinations, de gérer et surtout de faire leurs évaluations. Le gestionnaire doit encore et souvent intégrer plusieurs de ces perspectives pour mesurer les indicateurs afin d'effectuer une bonne gestion. Traduit de Kaplan et Norton par Pierre Voyer (2009) : « les cadres supérieurs ne s'appuient pas sur un seul ensemble de mesures à l'exclusion des autres. Ils réalisent qu'aucune mesure unique ne peut représenter clairement une cible de performance, ou attirer l'attention sur une zone critique de l'entreprise. Et que les gestionnaires veulent par conséquent une représentation équilibrée de mesure financière et d'opérations ». Selon Voyer (2009), le tableau de bord présente de nombreux bénéfices pour l'organisation. De plus, le tableau de bord de gestion permet de motiver l'ensemble du personnel par l'utilisation d'informations plus objectives pour l'évaluation du rendement ce qui entraîne en général, une mobilisation accrue et constitue un encouragement à l'autocontrôle. Le tableau de bord de gestion selon *Balanced Scorecard Institute*¹⁰, est un outil qui aiderait le CSSS de Laval à briser l'évolution des activités en silo que connaît actuellement l'organisation. Le tableau de bord jouera un rôle définitivement intégrateur. L'absence¹¹ d'un tel outil ne permet pas de faire ressortir les tendances et les écarts significatifs ou exceptionnels, et d'avertir de tout résultat ou écart indésirable, à la manière d'un système d'alarme. Cette absence ne permettra pas non plus de faire remonter plus rapidement les messages et de localiser la zone à problème afin d'apporter les solutions de façon proactive.

2-3 Cadres méthodologiques d'intervention

2-3-1 Cadre méthodologique général

L'observation a permis d'apprendre sur la structure de l'organisation ainsi que sur l'importance des rôles et les responsabilités de la DRIGBMP. Ensuite, l'analyse documentaire a permis de collecter les données relatives aux situations préoccupantes de l'organisation. Il s'agit de documents stratégiques tels que les rapports annuels, les plans

¹⁰ <http://www.balancedscorecard.org> 22 décembre 2011

¹¹ Interprétation fait de Voyer 2009 p.46

stratégiques, les rapports d'évaluation ainsi que tout autre document important sur le site web de l'organisation qui permettront de disposer d'informations pertinentes pour la réalisation de l'analyse des besoins. Vue l'urgence de la situation, nous avons travaillé sur la base des informations secondaires, dont la validation s'est déroulée par l'entremise du chef de service Infocentre de la DRIGBMP mandataire déléguée, au cours d'un entretien à son bureau. Cela a permis de cerner davantage les préoccupations (objectifs) et les thèmes (découpages) préconisés par le comité stratégique du projet (le comité culture de la mesure) avec lequel le projet est réalisé.

2-3-2 Cadre spécifique d'intervention

Par ailleurs, étant donné que nous sommes dans le cadre d'un mandat de type fonctionnel, nous avons eu recours à une démarche méthodologique spécifique (en annexe) inspirée par le cadre conceptuel de Voyer (2009) pour l'élaboration de ce tableau de bord. Cette démarche donne également l'échéancier des livrables afin de permettre au mandataire et au comité stratégique de suivre l'évolution de mes travaux, vue le caractère impératif du projet.

2-3-3 Choix du modèle conceptuel de tableau de bord

Il existe une diversité de modèles de tableau de bord : le modèle Cerutti & Gattino (1992), le modèle Fernandez (2005), le modèle de Kaplan & Norton (2001), le modèle Voyer (2009) etc. le choix du modèle de Pierre Voyer à été inspiré par différents critères et considérations notamment: ses connaissances des organisations publiques et privées au Canada ; le critère de simplicité, de facilité de conception et d'utilisation facile. Aussi, le modèle Voyer intègre tous les aspects mesurables dans une vision globale de gestion de l'organisation en un tableau. Aussi, la présentation des résultats devrait être influencée par le modèle d'affichage de Bombardier : à l'entrée des sections sous la forme de tableau à plusieurs volets.

Partie 3 : PRINCIPES THEORIQUES DE BASE

Le concept de la mesure porte sur les différents cadres théoriques, qui permettent d'apporter les informations pour éclairer les composantes essentielles de la problématique.

Ces composantes sont les suivantes :

- la mesure de la performance organisationnelle
- Les composantes mesurables en matière de performance
- le concept d'indicateur de gestion

3-1 Définition de la performance¹²

Bergeron (2000) abonde dans le sens de Kaplan et Norton (1996) pour montrer que la performance s'exerce sur plusieurs facteurs où les risques d'entreprise se multiplient. Ainsi, la performance devient multicritère et sa mesure doit tenir compte de cette caractéristique. De plus, Bergeron (2000) fait remarquer que les travaux de Kaplan et Norton (1992), avaient été réactualisés par l'introduction d'un modèle de mesure de la performance qui tient compte à la fois de la dimension financière et des dimensions liées aux opportunités de croissance de l'entreprise, tels que les clients, les processus internes, l'apprentissage et l'innovation et, les finances. Quant à Guillaume Dumas (2007), se basant sur Bourguignon (1996, p 20) et Louart (1996, p 3), il souligne que le mot « performance » est un terme polysémique pouvant prendre une large gamme d'interprétations en fonction du contexte dans lequel il est utilisé.

Selon AQESSS (2011), les concepts de performance et de gouvernance se répandent de plus en plus dans le domaine de la santé avec différentes formes : démarches de qualité, tableaux de bord, palmarès, contrats (ententes) de gestion, agréments, etc. Cependant, à mesure que le nombre de démarches augmente, un malaise de plus en plus grand se manifeste chez les gestionnaires, les professionnels et les usagers, car :

- ce que l'on mesure varie en fonction des problèmes du jour (urgence, attente, budget, infections, etc.);
- le message est fragmenté et discontinu;
- le sens à donner aux résultats est questionnable.

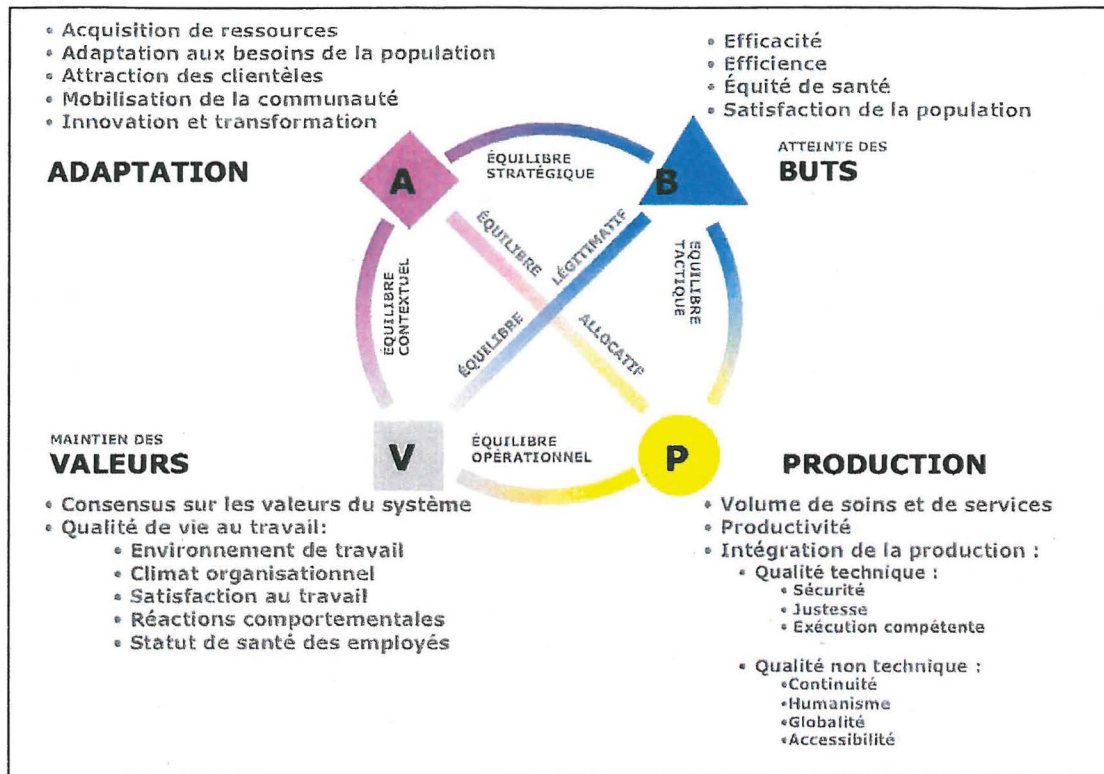
¹² Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance 2011, du CSSS de Laval par Aqesss

Selon le modèle de l'*Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé* (ÉGIPSS), la performance d'une organisation peut se définir par sa capacité à réaliser chacune des quatre dimensions suivantes :

- atteindre ses buts;
- s'adapter à son environnement (par l'acquisition de ressources et la réponse aux besoins);
- produire des services de qualité (et avec productivité);
- maintenir et développer des valeurs communes (culture organisationnelle).

Selon AQESSS (2011), l'appréciation de la performance repose sur la mesure d'indicateurs de réussite pour chacune des fonctions de l'organisation, mais aussi sur la capacité de l'établissement à établir et à maintenir un équilibre dynamique entre ces fonctions. En d'autres termes, la performance d'une organisation de santé, ne peut être appréciée qu'en tenant compte de chacune de ces composantes, de celles du réseau et de l'environnement. La figure suivante montre les différentes composantes du modèle EGIPPS.

Figure 2 – Le modèle EGIPSS (rapport Aqesss 2011)



Le tableau qui suit présente le détail et la définition de chacune des dimensions de la performance du modèle EGIPSS.

Tableau 1 – Définitions des dimensions (rapport Aqesss 2011)

Dimensions dans le Modèle intégrateur	Sous dimensions de la performance	Définitions
Adaptation	Acquisition de ressources	Succès démontré à acquérir les ressources financières, matérielles et humaines requises.
	Adaptation aux besoins de la population	Capacité à s'adapter aux besoins de la population, tant en ce qui a trait aux ressources déployées qu'aux structures mises en place.
	Attraction des clientèles	Capacité à maintenir une présence de marché en attirant la clientèle (situation concurrentielle favorable).
	Mobilisation de la communauté	tendue et intensité du capital social du système, du soutien et de l'appui dont il bénéficie.
	Innovation et transformation	Capacité à innover et à se transformer, à implanter des changements.
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs du système	Consensus sur les manières d'être et d'agir qui sont 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.
	Qualité de vie au travail	Concept générique regroupant plusieurs éléments permettant de mesurer l'interaction entre des éléments physiques liés à l'environnement de travail et des éléments psychologiques associés aux perceptions des employés. La qualité de vie au travail est composée de cinq sous dimensions : l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction au travail, les réactions comportementales et l'état de santé des employés.
Production	Volume de soins et de services	Volume de production.
	Productivité	Optimisation de la production en fonction des ressources.
	Qualité	Ensemble d'attributs favorisant l'atteinte du meilleur résultat possible tel que défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc décrite par la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles, à des normes de consommation et à des normes sociales. Qualité non technique : Accessibilité, Continuité et coordination, Globalité, Humanisme Qualité technique : Justesse, Exécution compétente, Sécurité
Atteinte des buts	Efficacité d'utilisation	Capacité du système d'atteindre ses buts.
	Efficacité populationnelle	Résultats de santé de la population.
	Efficiencie	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, les groupes, les régions, etc.

3-2 La mesure de la performance, aspect organisationnel

Il est non seulement possible mais important selon Voyer (2009) d'utiliser un ensemble de mesures de la contribution individuelle pour cerner la performance globale ou collective. Selon Lynch et Cross (1994) repris par Voyer (2009, p89) : « les mesures fragmentées par dimension de la performance et isolées par unités ne permettent pas de voir la contribution particulière en relation avec la performance globale ». L'orientation de la performance en termes de contribution relative permet d'assurer l'équilibre et la convergence des contributions respectives des individus et des groupes avec leurs apports particuliers dans leur dimension et selon leurs intérêts, à la performance globale de l'organisation. Cet arrimage permet aussi selon Voyer (2009), de distinguer la part de la valeur ajoutée attribuable à chacun, en mettant moins d'accent sur l'aspect compétition. Cependant, l'on doit pour ce faire, pouvoir définir la performance de l'organisation prise dans son ensemble, sinon on risque de se retrouver avec des performances sectorielles optimales mais dont la sommation ne permet pas de déterminer la performance de l'organisation entière. En conséquence, il est nécessaire d'établir un modèle interne et intégré des relations de type clients-fournisseurs entre les unités pour s'assurer de tenir compte également de l'apport indirect des services de soutien qui ne sont pas sur la ligne de production, mais qui en soutiennent le fonctionnement et qui rendent la performance des autres possible.

3-3 Les composantes mesurables en matière de la performance

La définition de l'organisation comme un système nous offre un modèle très riche pour cerner les divers objectifs de mesure de la performance, les classer en composantes et en mesures de l'adéquation entre ces composantes. Les composantes mesurables au nombre de six dans une organisation sont les suivantes selon Voyer (2009):

- les clients, leurs besoins et les demandes de services et les occasions d'intervention;
- les ressources (humaines, financières, informationnelles et matérielles) et les conditions structurelles, les fournisseurs et les partenaires ;
- les processus, les activités -le quoi - et les façons de faire - le comment ;

- les résultats de production et les réalisations ;
- les résultats d'effets spécifiques sur les clients

3-4 le concept d'indicateur de gestion

Selon Bergeron (2000), Les indicateurs devraient pouvoir informer, en temps opportun, les gestionnaires des événements susceptibles d'influencer l'atteinte des objectifs. En conséquence, ceux-ci devraient pouvoir réagir à temps afin de contrôler ces risques. Un indicateur selon Voyer (2009, p61), est « un élément ou un ensemble d'éléments d'information significative, un indice représentatif, une statistique ciblée et conceptualisée selon une préoccupation de mesure, résultant de la collecte de données sur un état, sur la manifestation observable d'un phénomène ou sur un élément lié au fonctionnement d'une organisation ». Benoit Gauthier (2010), souligne par contre qu'un indicateur mesure une seule caractéristique d'un objet, et que l'utilisation doit être fidèle et valide.

Les indicateurs stratégiques selon Voyer (2009), sont liés à la mission et aux objectifs de l'organisation, ils sont complexes à traiter. Certains indicateurs de niveau ou de type stratégiques reprennent et synthétisent les indicateurs opérationnels jugés névralgiques de façon synoptique et sur un horizon temporel plus large. Ces indicateurs correspondent aux attentes fondamentales aux axes de réussites, aux facteurs critiques de succès et en général en conformité avec les divers plans d'intervention établis.

Partie 4 : REALISATION DU SYSTÈME DE TABLEAU DE BORD DE GESTION DU CSSSL

4-1 Modèle de tableau de bord

Cinq étapes distinguent le modèle de Voyer (2009):

Étape 1 : Organisation du projet de Tableau de bord de Gestion: Études d'opportunité de faisabilité, plan de réalisation

Étape 2 : Identification des préoccupations de gestion, des indicateurs et des cibles correspondants,

Étape 3 : Précision des paramètres des indicateurs et du design visuel du tableau de bord de gestion,

Étape 4 : Réalisation du prototype et informatisation du système d'information de support,

Étape 5 : Mise en œuvre

4-2 Démarche et méthodologie du tableau de bord

La méthode spécifique de construction de ce tableau de bord est annexée au rapport.

4-3 L'étude du projet (étape 1 du modèle)

4-3-1 Les facteurs de succès

Selon Luc Lepage, directeur général du CSSS de Laval, un bilan fort positif¹³ pour notre CSSS et l'ensemble de son personnel se dégage des commentaires formulés par l'équipe d'Agrément Canada¹⁴ lors de la synthèse de leurs travaux. Ces points forts constatés peuvent favoriser l'implantation du tableau de bord dans l'organisation. Parmi ces points nous citons:

- L'implantation d'une culture de la qualité et de sécurité au sein des équipes
- La mobilisation et le dynamisme des équipes
- Une culture d'interdisciplinarité reconnue
- La réorganisation des services de 1re ligne et du SAD
- Les divers projets d'organisation du travail

La mise en place dans l'organisation et le développement de nouvelles méthodes de gestion: la méthode Toyota et la méthode Lean d'une part et d'autre la fusion des systèmes informatiques renforcent davantage le succès du tableau de bord.

¹³ Note de Luc Lepage, directeur général adressée à toute l'équipe de travail du Cssl, le 23 sept. 2011.

¹⁴ Conseil Canadien d'agrément des services de santé (CCASS).

4-3-2 Le système d'information

Le système d'information actuel permet de produire des indicateurs qui ne répondent pas nécessairement aux objectifs de toute l'organisation dans une dimension globale de

gestion. C'est pour cette raison que le CSSSL est engagé dans une démarche vers la fusion des quatre bases de données I-CLSC, des index-patients hôpitaux, du Centre ambulatoire et du système d'imagerie diagnostique (Radimage et PACS).

Une implantation de nouveaux systèmes d'intégration informatiques dans les services de traitement est en cours, avec accès à l'information à distance. Les travaux de création de base de données informatiques entamés sont en cours.

Par ailleurs, le CSSS de Laval a fait l'acquisition de matériels de gestion automatisée pour assurer la qualité de la gestion des données des clients. Aussi, un plan triennal de remplacement des équipements médicaux est élaboré pour une amélioration de la qualité des services offerts par le Centre.

4-3-3 Localisation d'organisations comparables et benchmarking

D'entrée de jeu le modèle d'affichage des données du TBG de Bombardier a été identifié et retenu par le comité culture de la mesure. Aussi, les indicateurs de l'entente de gestion entre la région administrative de la santé de Laval et le CSSSL constituent une réserve importante pour produire des indicateurs.

Pour ce prototype de tableau de bord, ce sont essentiellement les indicateurs de l'entente de gestion qui ont été retenus par le comité du projet. Aussi, l'ensemble des CSSS regroupés en association (AQESSS) dans le secteur de la santé représente également une source d'indicateurs auxquels les indicateurs choisis ont été comparés. Dans cette association, les indicateurs qui ont été élaborés répondent parfaitement aux préoccupations du CSSSL.

4-3-4 L'analyse de faisabilité

Des projets d'investissements informatiques prévus existent malgré le déficit budgétaire. Une durée de 4 mois minimum est requise pour l'ébauche du prototype et 6 mois minimum d'effort pour la mise en place. Au niveau stratégique certes, l'organisation semble prête mais il est nécessaire de parvenir au décloisonnement de la base opérationnelle et entamer un minimum d'installation de matériel pour l'opérationnalisation de la base de données. L'échéancier détaillé des tâches de mise en place sera donné au cours du projet, de même que les responsabilités respectives des intervenants et le niveau de ressources affectées aux tâches.

4-3-5 Le plan de réalisation et recommandations

Le directeur général dès le départ a fait connaître le projet à tous les membres de l'équipe de direction pour susciter une prise de conscience et attirer leur adhésion et leur collaboration dans ce projet pour aboutir à la création du comité stratégique.

Pendant ce délai de 4 mois, toutes les directions doivent fournir des indicateurs pertinents capables de suivre l'évolution de cette amélioration continue. Le comité de projet du TBG a dressé une liste des indicateurs reçus et choisi les indicateurs pertinents, puis nous avons entamé les différentes étapes d'élaboration du système de TBG.

4-4 Tableau de préoccupations des indicateurs (Étape 2)

Après l'identification des besoins de l'organisation, il faut regrouper ces besoins en thèmes étroitement liés à la mission de l'organisation. Cette activité a été menée par le comité culture de la mesure. De ces thèmes, découlent des objectifs qu'il faut mesurer par des indicateurs et des cibles qui vont servir de repères aux activités du centre.

Le tableau 2 suivant récapitule cette étape :

Tableau 2 : tableau de préoccupation des indicateurs

Thèmes	N° Obj.	Objectifs	N° Ind.	Indicateurs	Cibles
Sécurité et qualité	P1	Être un leader pour la sécurité des soins et celle de nos employés	I-1	Nbre d'infections par 10 000 jrs-présence (CSL)	5,8
			I-2	Nombre de chutes (à valider)	*
Ressources Humaines	P2	Devenir un employeur de choix reconnu	I-3	Ratio des heures en assurance salaire – cumulatif	5,95%
			I-4	Pourcentage recours MOI personnel infirmier Cumulatif	7,00%
Soins et Services	P3	Être un leader pour l'accessibilité et la satisfaction	I-5	Urgence : séjour moyen sur civière (toutes clientèles)	12 hres
			I-6	Chirurgies : % des chirurgies réalisées dans les délais requis (tous types)	90%
			I-7	Services à domicile : Hers services directs (profils long terme) / Hers travaillées totales	43,2%
			I-8	Moyenne d'heures travaillées (soins et assistance professionnels) par jrs-présence	3,00
Efficiéce organisationnelle	P4	Intégrer une approche d'amélioration continue administrative	I-9	Respect de la cible budgétaire (cumulatif au 1er avril)	(1 102 586)
Évolution de la transformation organisationnelle	P5	Implanter la philosophie de gestion du modèle Toyota à travers Destination 2015	I-10	Nombre de formations dispensées pour destination 2015 (à valider)	*

Les indicateurs ont été sélectionnés par le comité culture et de la mesure, comité stratégique du projet de tableau de bord.

*Les cibles de ces indicateurs ne sont pas disponibles pour le moment.

4-5 Fiches-indicateurs et les indicateurs

Se référant à la démarche proposée en annexe, 5 zones caractérisent la fiche indicateur. Le design visuel (structure informatisée du tableau de bord), est composé de :

Un tableau de préoccupations des indicateurs

Des fiches indicateurs

Le tableau des données indicateurs et leurs représentations graphiques

D'une page synthèse des indicateurs

D'un tableau de suivi décisionnel.

4-6 Structure du système de Tableau de Bord (Étape 4)

Page d'accueil

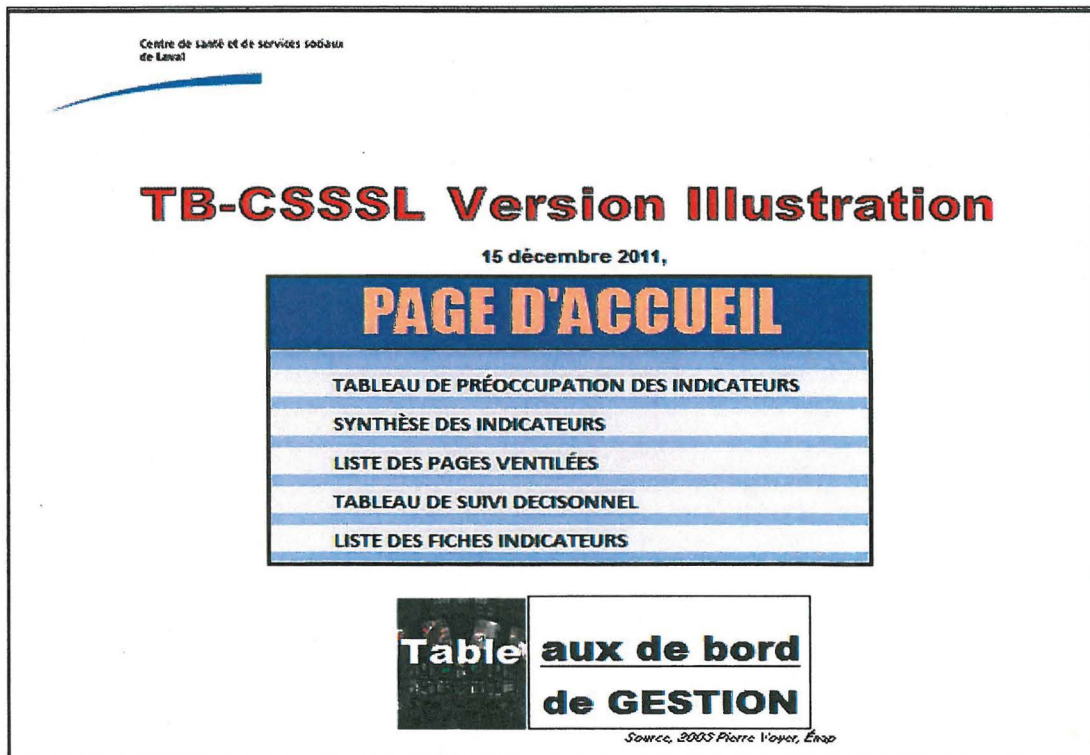


Figure 3 : page d'accueil tableau de bord CSSSL

Tableau des indicateurs

TABLEAU DE PREOCCUPATION DES INDICATEURS POUR PLANIFICATION STRATÉGIQUE								
THEMES	n° obj.	OBJECTIFS	n° Ind.	INDICATEURS RETENUS	CIBLES OU BALISES	Résultats	Fiches ind.	pages ventilées
Sécurité et qualité	P-1	Être un leader pour la sécurité des soins et services et pour celle de nos employés	I-1	Nb infections par 10,000 jrs-présences (CSL)	5,8	5	FI-1	Pv
			I-2	Nombre de chutes - À VALIDER	Revoir dans 6 mois			
Ressources humaines	P-2	Devenir un employeur de choix reconnu	I-3	Ratio des heures en assurance-salaire - cumulatif	5,95%	6,48	FI-3	Pv
			I-4	Pourcentage recours MCI personnel infirmier Cumulatif	7,00%	6,94	FI-4	Pv
Soins et services	P-3	Être un leader pour l'accessibilité et la	I-5	Urgence : séjour moyen sur civière (toutes clientèles)	< 12 hres	18,18	FI-5	Pv
			I-6	Chirurgies : % des chirurgies réalisées dans les délais requis (tous types)	90% >	82	FI-6	Pv
			I-7	Services à domicile : Hres services directs (profils long terme) / hres travaillées totales	43,2	42,8	FI-7	Pv
			I-8	Moyenne d'heures travaillées (soins et assistances /professionnels) par jrs-présence	3,0	2,45	FI-8	Pv
Efficience organisationnelle	P-4	Intégrer une approche d'amélioration continue administrative	I-9	Respect de la cible budgétaire (cumulatif au 1er avril)	(1102586)	118020091	FI-9	Pv
Evolution de la transformation organisationnelle du CSSSL	P-5	Implanter la philosophie de gestion du modèle Toyota à travers Destination 2015	I-10	Nombre de formations dispensées pour Destination 2015 - À VALIDER	Revoir dans 6 mois			

Figure 4 : Tableau des indicateurs

Fiches indicateurs

Nous avons continué ce travail avec 8 fiches indicateurs, celles qui disposent de toutes les informations. La plus part de ces information sont correctes.

Figure 5 : FI 1, Nombre d'infection par 10 000 jrs-présence (CSL)

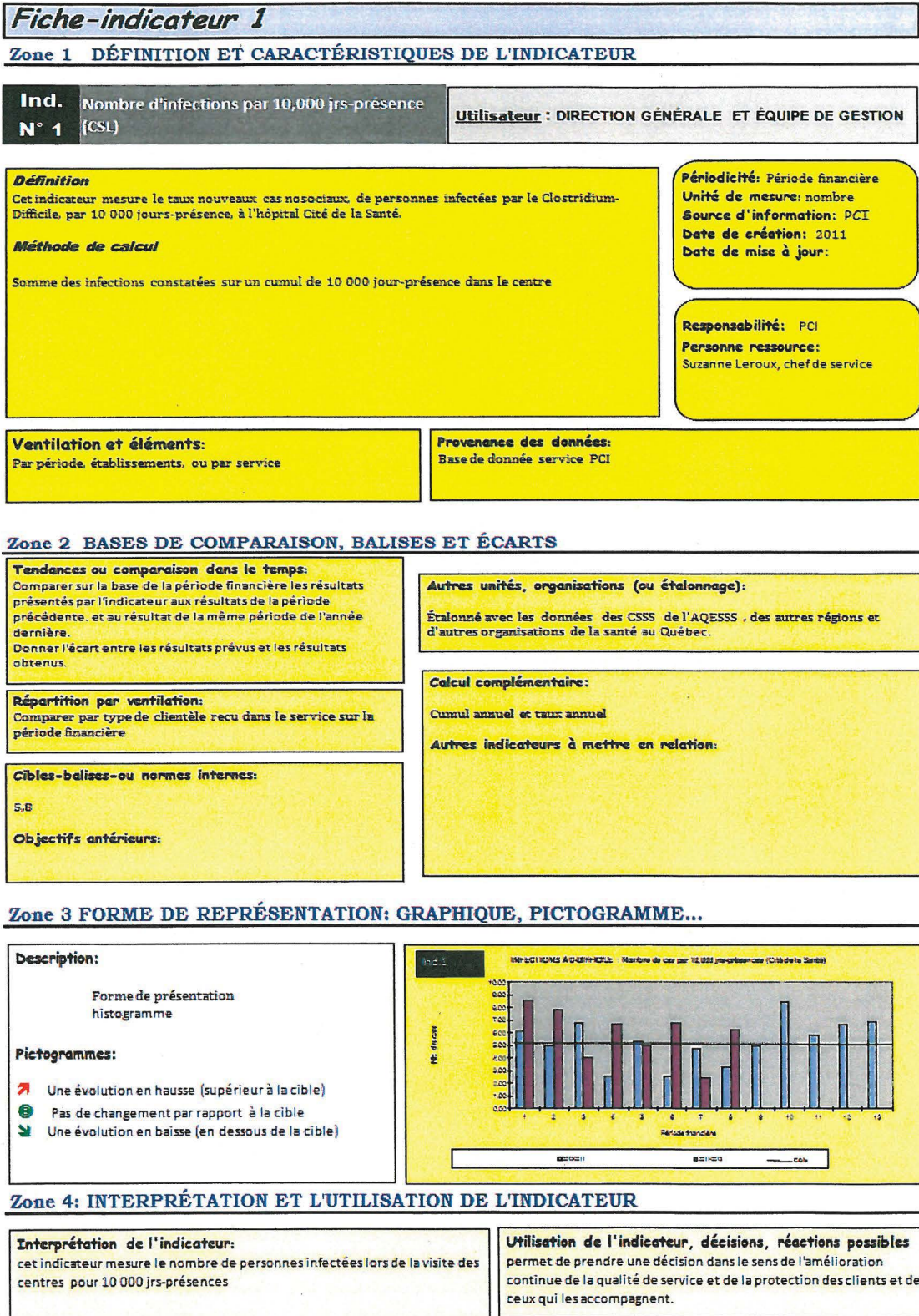


Figure 6 : FI 3, Ratio heures assurance-salaire vs heures travaillées

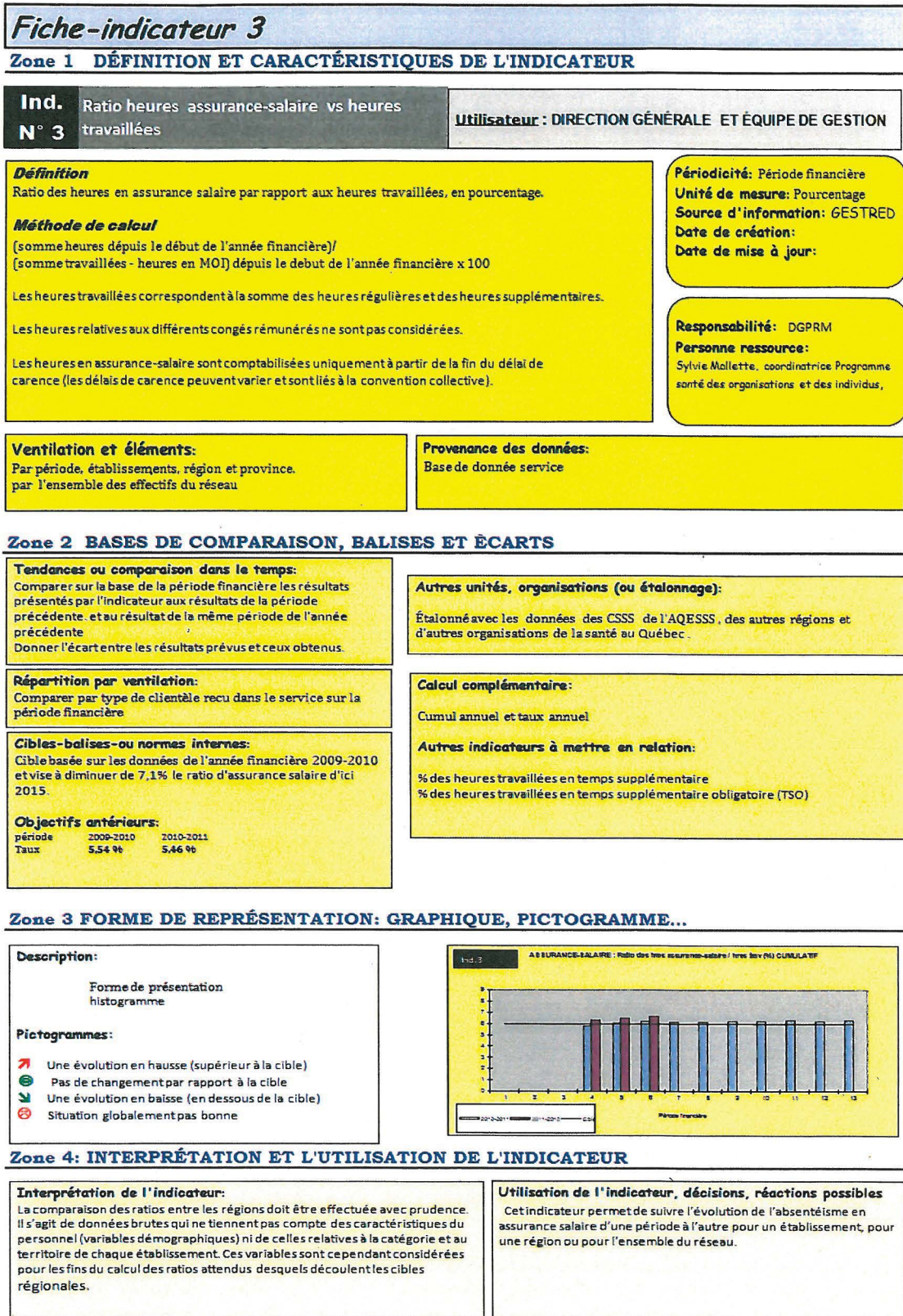


Figure 7 : FI 4, % des heures travaillées en main d'œuvre indépendante dans l'équipe soins infirmiers (CUMUL)

Fiche-indicateur 4

Zone 1 DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICATEUR

Ind. N° 4	% des heures travaillées en main d'œuvre indépendante dans l'équipe soins infirmier (CUMUL)	Utilisateur : DIRECTION GÉNÉRALE ET ÉQUIPE DE GESTION
------------------	--	--

Définition
Pourcentage des heures travaillées par le personnel clinique, c'est-à-dire le personnel travaillant dans l'équipe de soins infirmiers, à l'emploi des agences privées.

Méthode de calcul
(Heures effectuées dans le réseau par du personnel clinique en MOI x 100) /
(Heures régulières + heures supplémentaires + Heures MOI)

MOI, telle que définie dans le AS-471 page 683, lignes 1 et 2, colonne 1
Personnel clinique: infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires. (annexe 1)

les établissements avec mission CHSGS, CHPSY, CLSC, ou CHSLD, publics et privés conventionnés sont considérés. (annexe 1)

Périodicité: Période financière
Unité de mesure: Pourcentage
Source d'information: GESTRED
Date de création:
Date de mise à jour:

Responsabilité: DGRPM
Personne ressource:
Nancy Grenier, directrice adjointe

Ventilation et éléments:
Par période, établissements, titre d'emploi.

Provenance des données:
Formulaires 553 et 555

Zone 2 BASES DE COMPARAISON, BALISES ET ÉCARTS

Tendances ou comparaison dans le temps:
Comparer sur la base de la période financière les résultats présentés par l'indicateur aux résultats de la période précédente, et aux résultats de la même période l'année précédente
Donner l'écart entre les résultats prévus et ceux obtenus.

Autres unités, organisations (ou étalonnage):
Étalonné avec les données des CSSS de l'AQESSS, des autres régions et d'autres organisations de la santé au Québec.

Répartition par ventilation:
Répartition par titre d'emploi et par établissement par région et province sur la période financière

Calcul complémentaire:
Cumul annuel et taux annuel

Cibles-balises-ou normes internes:
Cible basée sur les données du plan stratégique 2010-2015
Une diminution de 25% d'ici 2015 suggère une diminution annuelle de 5.6%

Objectifs antérieurs:
2009-2010 : 9,6%

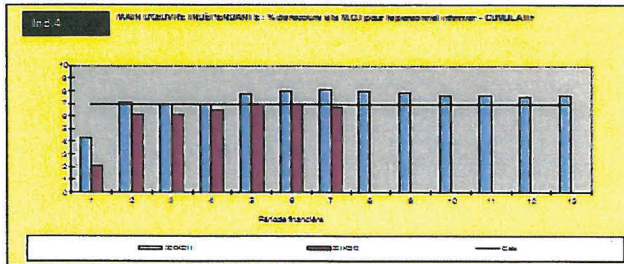
Autres indicateurs à mettre en relation:
- % des heures travaillées en temps supplémentaire
- % des heures travaillées en temps supplémentaire obligatoire (TSO)
- Ratio des heures assurance-salaire vs heures travaillées

Zone 3 FORME DE REPRÉSENTATION: GRAPHIQUE, PICTOGRAMME...

Description:
Forme de présentation
histogramme

Pictogrammes:

- Une évolution en hausse (supérieur à la cible)
- Pas de changement par rapport à la cible
- Une évolution en baisse (en dessous de la cible)
- Situation globalement pas bonne



Zone 4: INTERPRÉTATION ET L'UTILISATION DE L'INDICATEUR

Interprétation de l'indicateur:
Le pourcentage de MOI est un indicateur sur le recours à une main-d'œuvre extérieure. Plus le pourcentage est élevé, plus le réseau, donc les établissements, a recours à la MOI.
La diminution de la MOI devrait se traduire par une augmentation des heures régulières travaillées par le personnel du réseau

Utilisation de l'indicateur, décisions, réactions possibles
Formation et embauche de personnel de l'équipe soins infirmiers

Figure 8 : FI 5, séjour moyen sur civière (toutes clientèles)

Fiche-indicateur 5

Zone 1 DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICATEUR

Ind. N° 5	Séjour moyen sur civière (toutes clientèles)	Utilisateur : DIRECTION GÉNÉRALE ET ÉQUIPE DE GESTION
<p>Définition Moyenne des durées de séjour pour les patients couchés sur des civières à l'urgence et sortis au cours d'une période.</p> <p>Méthode de calcul Σ (Date et heure de sortie - date et heure d'arrivée) pour les patients / Nombre patients inscrits sur civières ayant quitté dans la période</p>		<p>Périodicité: Période financière Unité de mesure: Nombre Source d'information: GESTRED Date de création: date de mise en oeuvre Date de mise à jour:</p>
<p>Ventilation et éléments: Par période, par année financière, par région socio-sanitaire et par installation. Selon le type de destination de la clientèle (hospitalisée, non hospitalisée).</p> <p>D'autres ventilations sont également disponibles.</p>		<p>Responsabilité: Par installation Personne ressource: Par installation</p>
		<p>Provenance des données: Unité d'urgence (J56)</p>

Zone 2 BASES DE COMPARAISON, BALISES ET ÉCARTS

<p>Tendances ou comparaison dans le temps: Comparer sur la base de la période financière les résultats présentés par l'indicateur aux résultats de la période précédente, et au résultat de la même période de l'année précédente. Donner l'écart entre les résultats prévus et ceux obtenus.</p>	<p>Autres unités, organisations (ou étalonnage): Étalonné avec les données des CSSS de l'AQESSS, des autres régions et d'autres organisations de la santé au Québec.</p>
<p>Répartition par ventilation: Comparer par type de clientèle reçu dans le service sur la période financière par région et par installation</p>	<p>Calcul complémentaire: Cumul annuel et taux annuel</p>
<p>Cibles-balises-ou normes internes: Cible basée sur les données du plan stratégique 2010: moins de 12 heures Objectifs antérieurs: ne s'applique pas</p>	<p>Autres indicateurs à mettre en relation: % des heures en services directs (long terme) sur nb d'heures travaillées Moyenne des heures travaillées / Jour-présence à l'hébergement % des chirurgies (toutes) traitées dans les délais (périodique)</p>

Zone 3 FORME DE REPRÉSENTATION: GRAPHIQUE, PICTOGRAMME...

<p>Description: Forme de présentation histogramme</p> <p>Pictogrammes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Une évolution en hausse (supérieur à la cible) ● Pas de changement par rapport à la cible ▼ Une évolution en baisse (en dessous de la cible) ⊖ Situation globalement pas bonne 	<div style="text-align: center;"> <p>Ind. 5</p> <p>UNICMCE - Séjour moyen sur civière (toutes clientèles)</p> <p>Y-axis: Nb. patients (0 à 2500) X-axis: Période financière (1 à 12) Cible: 12 heures</p> </div>
--	--

Zone 4: INTERPRÉTATION ET UTILISATION DE L'INDICATEUR

<p>Interprétation de l'indicateur: Le séjour moyen révèle le temps moyen nécessaire pour accueillir, évaluer et orienter la clientèle vers une destination appropriée. Selon les normes en vigueur, le séjour moyen de la clientèle non hospitalisée devrait être de 8 heures et celui de la clientèle hospitalisée de 12 heures.</p>	<p>Utilisation de l'indicateur, décisions, réactions possibles Cette indicateur permet d'apprécier la capacité de l'organisation en terme d'accessibilité des clients aux services d'urgence offerts</p>
--	---

Figure 9 : FI 6, % des chirurgies réalisées dans les délais requis (tous types)

Fiche-indicateur 6

Zone 1 DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICATEUR

Ind. N° 6 % des chirurgies réalisées dans les délais requis (tous types) **Utilisateur :** DIRECTION GÉNÉRALE ET ÉQUIPE DE GESTION

Définition
 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central de gestion de l'accès (liste d'attente centralisée) pour une chirurgie électorale et qui ont été réalisées dans les délais prescrits (à l'intérieur du délai maximal de traitement fixé à 6 mois à partir de l'inscription au mécanisme), au cours de la période (financière) de référence.

Méthode de calcul
 Somme des demandes réalisées dans les délais depuis le 1er avril X 100 / total des demandes réalisées depuis le 1er avril

Les demandes considérées sont celles qui sont inscrites au mécanisme central de gestion de l'accès.

Périodicité: Période financière
Unité de mesure: Pourcentage
Source d'information: SIMASS
Date de création:
Date de mise à jour:

Responsabilité: établissement
Personne ressource:
 Lise Caron
 de la DG des services de santé et
 médecine universitaire

Ventilation et éléments:
 Par médecin, par chirurgie, par installation, et par établissements.

Provenance des données:
 Établissements et installations

Zone 2 BASES DE COMPARAISON, BALISES ET ÉCARTS

Tendances ou comparaison dans le temps:
 Comparer sur la base de la période financière les résultats présentés par l'indicateur aux résultats de la période précédente, et au résultat de la même période de l'année précédente
 Donner l'écart entre les résultats prévus et ceux obtenus.

Autres unités, organisations (ou étalonnage):
 Étalonné avec les données des CSSS de l'AQESSS, des autres régions et d'autres organisations de la santé au Québec.

Répartition par ventilation:
 Comparer par type de clientèle reçu dans le service sur la période financière

Calcul complémentaire:
 Cumul annuel et taux annuel

Autres indicateurs à mettre en relation:
 à déterminer

Cibles-balises-ou normes internes:
 Réaliser 90% des demandes sur une période de 6 mois

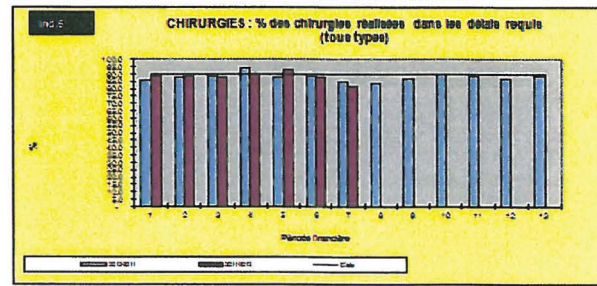
Objectifs antérieurs:

Zone 3 FORME DE REPRÉSENTATION: GRAPHIQUE, PICTOGRAMME...

Description:
 Forme de présentation
 histogramme

Pictogrammes:

- ↗ Une évolution en hausse (supérieure à la cible)
- ↔ Pas de changement par rapport à la cible
- ↘ Une évolution en baisse (en dessous de la cible)
- ⊖ Situation globalement pas bonne



Zone 4: INTERPRÉTATION ET L'UTILISATION DE L'INDICATEUR

Interprétation de l'indicateur:
 L'article 185.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit l'implantation d'un mécanisme central de gestion de l'accès (liste d'attente centralisée) dans tous les établissements pour l'ensemble des services spécialisés et surspécialisés. Dans un premier temps, ce mécanisme touche les demandes en attente d'une chirurgie. Des modalités particulières de traitement sont prévues afin de s'assurer que les demandes soient traitées à l'intérieur un délai maximal de six mois pour certains types de chirurgie. C'est notamment le cas pour les remplacements articulaire de la hanche, du genou et pour la chirurgie de la cataracte. Toutefois, toutes les demandes requérant une chirurgie non urgente devront être inscrites au mécanisme selon les modalités prévues à cet effet. Pour l'arthroplastie de la hanche, du genou et la chirurgie de la cataracte :

Utilisation de l'indicateur, décisions, réactions possibles
 permet de savoir le nombre de chirurgie électorale et qui ont été réalisées dans les délais prescrits (à l'intérieur du délai maximal de traitement fixé à 6 mois à partir de l'inscription au mécanisme).

Figure 10 : FI 7, Heures services directs (profils long terme)/ les heures travaillées totales

Fiche-indicateur 7

Zone 1 DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICATEUR

Ind. N° 7	Heures services directs (profils long terme) / les heures travaillées totales	Utilisateur : DIRECTION GÉNÉRALE ET ÉQUIPE DE GESTION
------------------	---	--

Définition
Il s'agit du nombre total d'heures de services rendues à domicile aux personnes inscrites au soutien à domicile longue durée (PALV, DP, DI et TED) dont le coût est assumé par le CSSS. Ces services peuvent être offerts par des employés du CSSS, des employés de gré à gré ou d'autres fournisseurs (une agence privée ou une entreprise d'économie sociale en aide domestique [EÉSAD] pour les services qui ne sont pas couverts par le panier de services du PEFSAD).

Méthode de calcul
Somme des heures d'intervention à domicile (direct) rendues de la période des services professionnels + des heures d'intervention en aide à domicile par le personnel du CSSS + Heures d'aide à domicile de la MAIN D'OEUVRE INDÉPENDANTE ou des SERVICES ACHETÉS / Somme des heures travaillées par les mêmes intervenants.

Périodicité: Période financière
Unité de mesure: heure de service
Source d'information: I-CLSC et le Centre de traitement du chèque emploi-service
Date de création: date de mise en oeuvre
Date de mise à jour:

Responsabilité: chargé de l'indicateur
Personne ressource:
René Mareau, André Forest et Jean Francois

Ventilation et éléments:
Par période, établissements et par programme service offerts, (PALV, DP, DI, TED)

Provenance des données:
base données des services

Zone 2 BASES DE COMPARAISON, BALISES ET ÉCARTS

Tendances ou comparaison dans le temps:
Comparer sur la base de la période financière les résultats présentés par l'indicateur aux résultats de la période précédente, et au résultat de la même période de l'année dernière
Donner l'écart entre les résultats prévus et ceux obtenus.

Autres unités, organisations (ou étalonnage possible):
Étalonné avec les données des CSSS de l'AQESSS, des autres régions et d'autres organisations de la santé au Québec.

Cibles-balises-ou normes internes:
Cible basée sur la moyenne des résultats de l'année financière 2009-2010 : 43,2

Objectifs antérieurs:
non applicable

Calcul complémentaire:
Cumul annuel et taux annuel

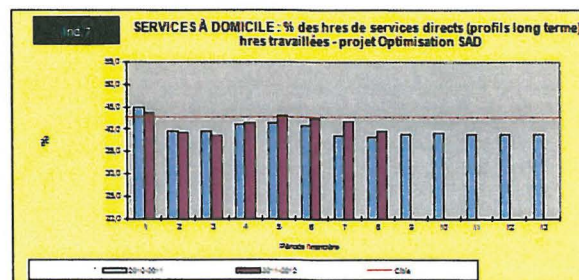
Autres indicateurs à mettre en relation:
% des heures travaillées en temps supplémentaire
% des heures travaillées en temps supplémentaire obligatoire (TSO)

Zone 3 FORME DE REPRÉSENTATION: GRAPHIQUE, PICTOGRAMME...

Description:
Forme de présentation
histogramme

Pictogrammes:

- ↑ Une évolution en hausse (supérieur à la cible)
- ↔ Pas de changement par rapport à la cible
- ↓ Une évolution en baisse (en dessous de la cible)
- ⊘ Situation globalement pas bonne



Zone 4: INTERPRÉTATION ET L'UTILISATION DE L'INDICATEUR

Interprétation de l'indicateur:
Principalement Cet indicateur permet de suivre l'évolution du nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée dont les coûts sont assumés par le CSSS - mission CLSC, qui peuvent être rendues aux personnes peu importe le fournisseur de service.

Utilisation de l'indicateur, décisions, réactions possibles
Cet indicateur permet de décider de l'augmentation ou de la diminution du temps nécessaire pour les services à domiciles.

Figure 11 : FI 8, Moyenne d'heures travaillées par jrs-présence

Zone 1 DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICATEUR

Ind. N° 8	Moyenne d'heures travaillées par jrs-présence (soins et assistance & professionnels)	Utilisateur : DIRECTION GÉNÉRALE ET ÉQUIPE DE GESTION
------------------	---	--

<p>Définition Moyenne des heures travaillées pour tous les soins et assistances professionnels par jrs de présence.</p> <p>Méthode de calcul (somme totale des heures travaillées de la journée pour les services de soins et assistance & des professionnels) / nombre total de jours-présences</p> <p>Les heures travaillées correspondent à la somme des heures régulières et des heures supplémentaires.</p> <p>Le nombre total d'heures en soins et assistances & services professionnels de la journée, correspond au nombre total d'actes professionnels.</p>	<p>Périodicité: Périodes 7, 11 et 13 Unité de mesure: Nb heures Source d'information: GESTRED Date de création: date de mise en oeuvre Date de mise à jour:</p>
<p>Responsabilité: chargé de l'indicateur Personne ressource: le Chargé de l'indicateur</p>	

<p>Ventilation et éléments: Par période, par jours présence établissements, par l'ensemble des effectifs de professionnels de la journée</p>	<p>Provenance des données: Base de donnée des services</p>
---	---

Zone 2 BASES DE COMPARAISON, BALISES ET ÉCARTS

<p>Tendances ou comparaison dans le temps: Comparer sur la base de la période financière les résultats présentés par l'indicateur aux résultats de la période précédente, et au résultat de la même période de l'année dernière Donner l'écart entre les résultats prévus et ceux obtenus.</p>	<p>Autres unités, organisations (ou étalonnage): Étalonné avec les données des CSSS de l'AQESSS, des autres régions et d'autres organisations de la santé au Québec.</p>
<p>Répartition par ventilation: Comparer par type d'acte offerts à la clientèle dans les services et établissement sur la période financière</p>	<p>Calcul complémentaire: Cumul annuel et taux annuel</p>
<p>Cibles-balises-ou normes internes: 3,23 (3 en soins et assistance et 0,23 en services professionnels)</p> <p>Objectifs antérieurs: non applicable</p>	<p>Autres indicateurs à mettre en relation: % des heures travaillées en temps supplémentaire % des heures travaillées en temps supplémentaire obligatoire (TSO)</p>

Zone 3 FORME DE REPRÉSENTATION: GRAPHIQUE, PICTOGRAMME...

<p>Description: Forme de présentation histogramme</p> <p>Pictogrammes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Une évolution en hausse (supérieur à la cible) ● Pas de changement par rapport à la cible ▼ Une évolution en baisse (en dessous de la cible) 	<table border="1" style="margin-top: 10px;"> <caption>Données du graphique</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>2010-2011</th> <th>2011-2012</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td> <td>~2.9</td> <td>~3.1</td> <td>3.23</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>~2.9</td> <td>~3.1</td> <td>3.23</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>~2.9</td> <td>~3.1</td> <td>3.23</td> </tr> </tbody> </table>	Période	2010-2011	2011-2012	Cible	7	~2.9	~3.1	3.23	11	~2.9	~3.1	3.23	13	~2.9	~3.1	3.23
Période	2010-2011	2011-2012	Cible														
7	~2.9	~3.1	3.23														
11	~2.9	~3.1	3.23														
13	~2.9	~3.1	3.23														

Zone 4: INTERPRÉTATION ET UTILISATION DE L'INDICATEUR

<p>Interprétation de l'indicateur: permet de savoir le nombre d'heures de soins et assistance professionnels offerts aux clients dans 1 journée</p>	<p>Utilisation de l'indicateur, décisions, réactions possibles Cet indicateur permet de prendre la décision d'augmenter le nombre de soins et assistance professionnels aux clients</p>
--	--

Figure 12 : FI 9, respect de la cible budgétaire

Fiche-indicateur 9

Zone 1 DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICATEUR

Ind. N°9	Respect de cible la budgétaire	Utilisateur : DIRECTION GÉNÉRALE ET ÉQUIPE DE GESTION
-----------------	---------------------------------------	--

Définition
Cet indicateur mesure la capacité à contrôler les dépenses afin de respecter le budget.

Méthode de calcul
Somme de toutes les charges de la période rapprochées au budgets de la période

Périodicité: Période financière
Unité de mesure: dollar
Source d'information: DRF
Date de création:
Date de mise à jour:

Responsabilité: DRF
Personne ressource: à préciser

Ventilation et éléments:
Par période, établissements, et par fonction pour toutes les charges.

Provenance des données:
Base de donnée financière service

Zone 2 BASES DE COMPARAISON, BALISES ET ÉCARTS

Tendances ou comparaison dans le temps:
Comparer sur la base de la période financière les résultats présentés par l'indicateur aux résultats de la période précédente, et au résultat de la même période de l'année dernière.
Donner l'écart entre les résultats prévus et les résultats obtenus.

Autres organisations de comparaison (ou étalonnage):
Étalonné avec les données des CSSS de l'AQESSS, des autres régions et d'autres organisations de la santé au Québec.

Répartition par ventilation:
Comparer par type de clientèle reçu dans le service sur la période financière

Calcul complémentaire:
Cumul annuel et taux annuel

Autres indicateurs à mettre en relation:
à déterminer

Cibles-balises-ou normes internes:
respecter la cible de - 1 102 586 \$

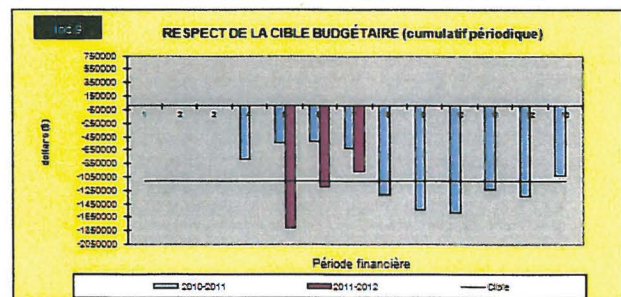
Objectifs antérieurs: même

Zone 3 FORME DE REPRÉSENTATION: GRAPHIQUE, PICTOGRAMME...

Description:
Forme de présentation
histogramme

Pictogrammes:

- ↑ Une évolution en hausse (supérieur à la cible)
- ⊖ Pas de changement par rapport à la cible
- ↓ Une évolution en baisse (en dessous de la cible)
- ⊕ Situation globalement pas bonne



Zone 4: INTERPRÉTATION ET L'UTILISATION DE L'INDICATEUR

Interprétation de l'indicateur:
Cet indicateur mesure l'effort que fournit le CSSSL pour respecter son budget.

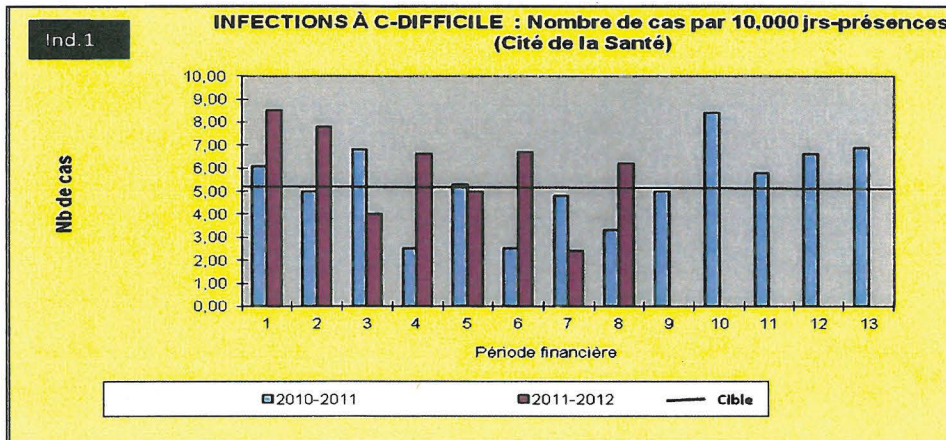
Utilisation de l'indicateur, décisions, réactions possibles:
Cet indicateur sert à constater l'atteinte des résultats et apprécier l'évolution des dépenses afin de prendre une décision.

Tableau 3 : indicateur 1

QUALITÉ DES SERVICES ET GESTION DES RISQUES

Ind. 1 Infections à Clostridium Difficile (taux prévalence pour 10,000 jrs/présences)

Période	CSS SL		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart cible 2011-2012	Picto cible
	2010-2011	2011-2012					
1	6,1	8,5	2,4	↗	5,80	2,70	↗
2	5,0	7,8	2,8	↗	5,80	2,00	↗
3	6,8	4,0	-2,8	↘	5,80	-1,80	↘
4	2,5	6,6	4,1	↗	5,80	0,80	↗
5	5,3	5,0	-0,3	↘	5,80	-0,80	↘
6	2,5	6,7	4,2	↗	5,80	0,90	↗
7	4,8	2,4	(2,4)	↘	5,80	-3,40	↘
8	3,3	6,2	2,9	↗	5,80	0,40	↗
9	5,0				5,80		
10	8,4				5,80		
11	5,8				5,80		
12	6,6				5,80		
13	6,9				5,80		



Ind. 1	var. % n-1	Écart cible
1	2,40	2,70
2	2,80	2,00
3	-2,80	-1,80
4	4,10	0,80
5	-0,30	-0,80
6	4,20	0,90
7	-2,40	-3,40
8	2,90	0,40
9		
10		
11		
12		
13		

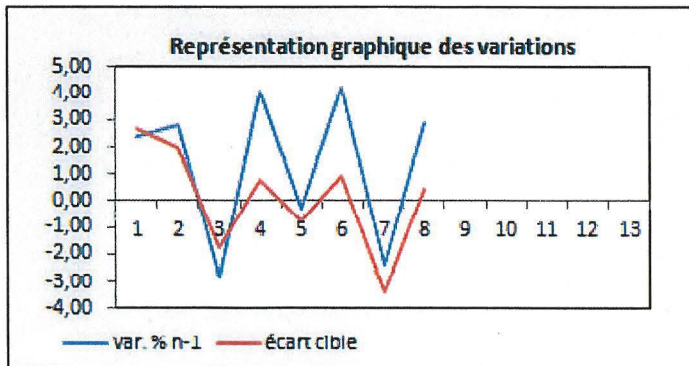


Tableau 4 : indicateur 3

RESSOURCES HUMAINES

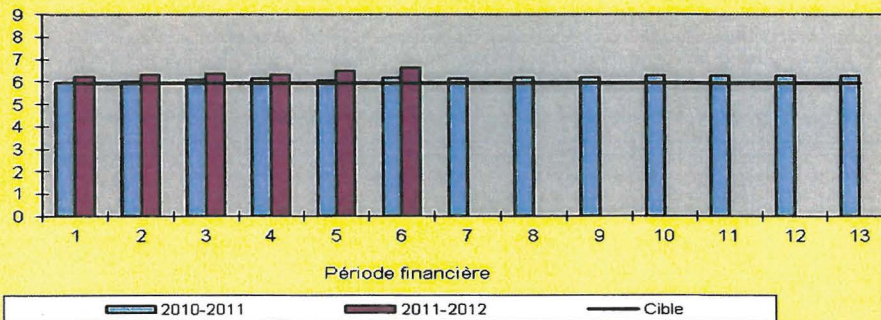
Ind. 3 Ratio Hrs assurance-salaire vs Hrs travaillées (CUMUL)

Période	CSSSL		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart cible 2011-2012	Picto cible
	2010-2011	2011-2012					
1	5,95	6,20	0,25	↗	5,95	0,25	↗
2	6,00	6,30	0,30	↗	5,95	0,35	↗
3	6,10	6,35	0,25	↗	5,95	0,40	↗
4	6,15	6,30	0,15	↗	5,95	0,35	↗
5	6,02	6,48	0,46	↗	5,95	0,53	↗
6	6,18	6,61	0,43	↗	5,95	0,66	↗
7	6,14				5,95		
8	6,16				5,95		
9	6,18				5,95		
10	6,26				5,95		
11	6,28				5,95		
12	6,26				5,95		
13	6,28				5,95		

Certaines données sont supposées réelles

Ind.3

ASSURANCE-SALAIRE : Ratio des hrs assurance-salaire / hrs trav (%) CUMULATIF



Ind. 3

Ind. 3	var. % n-1	Écart cible
1	0,25	0,25
2	0,30	0,35
3	0,25	0,40
4	0,15	0,35
5	0,46	0,53
6	0,43	0,66
7	0,00	0,00
8	0,00	0,00
9		
10		
11		
12		
13		

Représentation graphique des variations

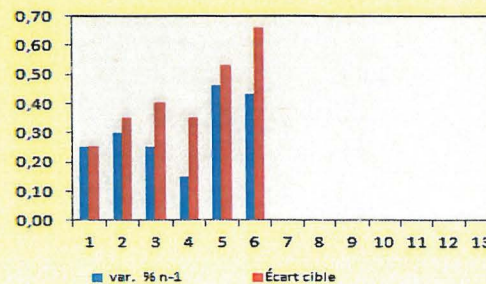
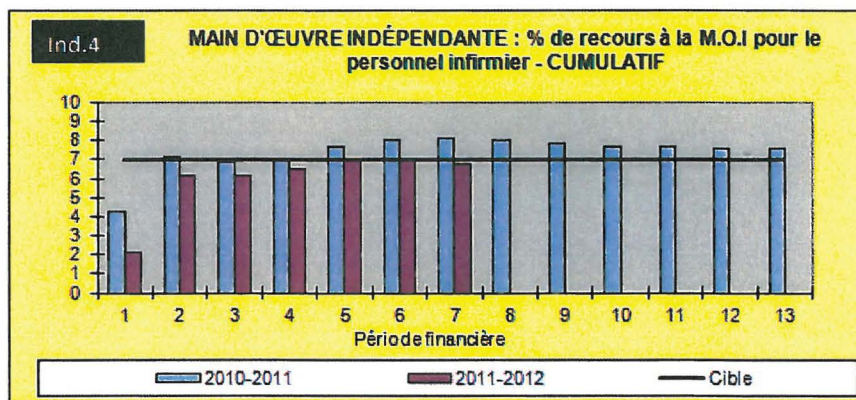


Tableau 5 : indicateur 4

Ind. 4 % heures travaillées en main d'œuvre indépendante - infirmières (CUMUL)

Période	CSSSL		Variation %	Picto	Cible	Écart-cyble	Picto
	2010-2011	2011-2012	année n-1	var.		2011-2012	cible
1	4,27	2,07	-2,2	↘	7	-4,93	↘
2	7,09	6,14	-0,95	↘	7	-0,86	↘
3	6,9	6,16	-0,74	↘	7	-0,84	↘
4	6,92	6,47	-0,45	↘	7	-0,53	↘
5	7,7	6,94	-0,76	↘	7	-0,06	↘
6	8,02	6,99	-1,03	↘	7	-0,01	↘
7	8,15	6,74	-1,41	↘	7	-0,26	↘
8	8,04				7		
9	7,85				7		
10	7,68				7		
11	7,63				7		
12	7,56				7		
13	7,6				7		



Ind. 4	var. % n-1	Écart cible
1	-2,20	-4,93
2	-0,95	-0,86
3	-0,74	-0,84
4	-0,45	-0,53
5	-0,76	-0,06
6	-1,03	-0,01
7	-1,41	-0,26
8	0,00	0,00
9		
10		
11		
12		
13		

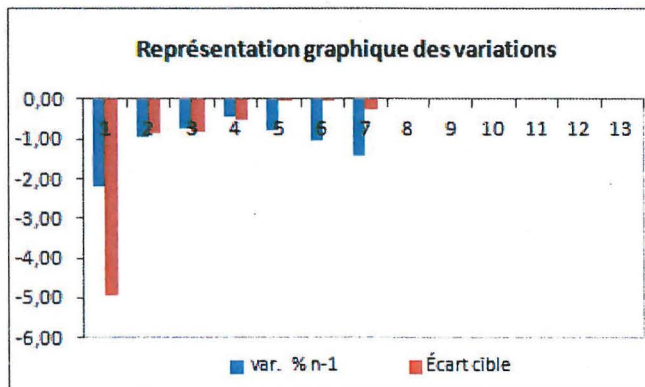
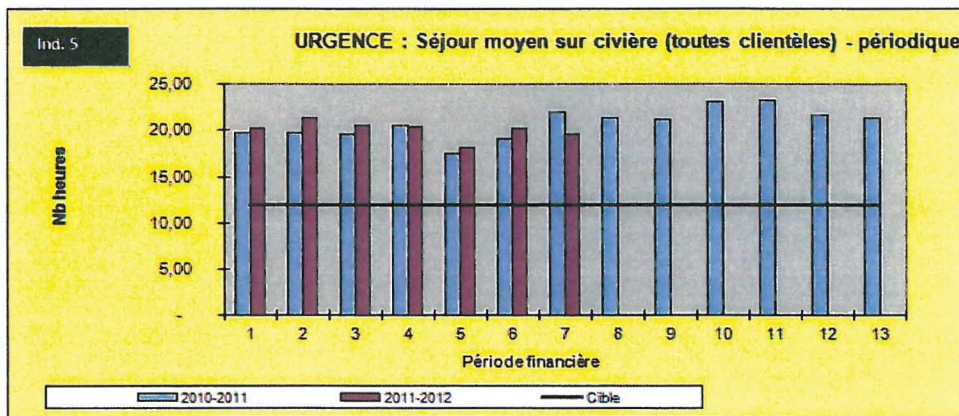


Tableau 6 : indicateur 5

SOINS ET SERVICES

Ind. 5 Séjour moyen sur civière (hres) à l'urgence pour la période (toutes clientèles)

Période	CSSSL		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart-cible 2011-2012	Picto cible
	2010-2011	2011-2012					
1	19,73	20,28	0,55	↗	12	8,28	↗
2	19,81	21,30	1,49	↗	12	9,30	↗
3	19,53	20,60	1,07	↗	12	8,60	↗
4	20,47	20,32	-0,15	↘	12	8,32	↗
5	17,47	18,18	0,71	↗	12	6,18	↗
6	19,05	20,27	1,22	↗	12	8,27	↗
7	22,02	19,63	(2,39)	↘	12	7,63	↗
8	21,35				12		
9	21,24				12		
10	23,15				12		
11	23,21				12		
12	21,63				12		
13	21,30				12		



Ind. 5	var. % n-1	Écart cible
1	0,55	8,28
2	1,49	9,30
3	1,07	8,60
4	-0,15	8,32
5	0,71	6,18
6	1,22	8,27
7	-2,39	7,63
8		
9		
10		
11		
12		
13		

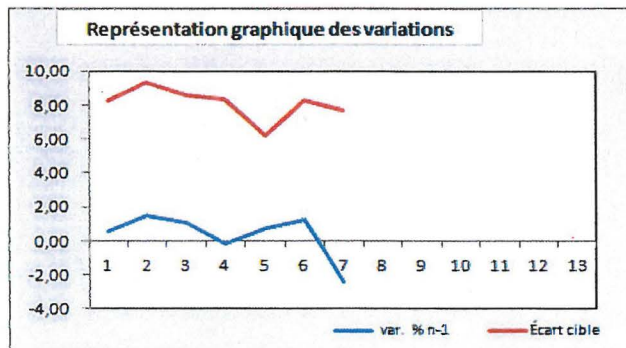
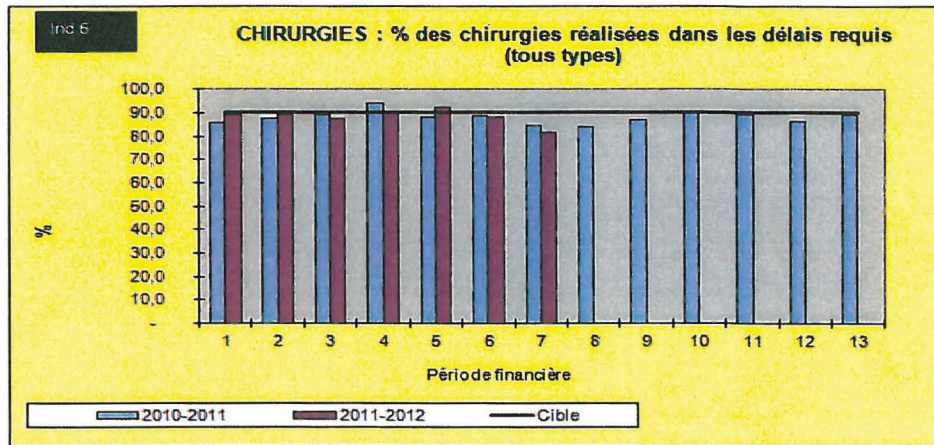


Tableau 7 : indicateur 6

Ind. 6 % des chirurgies (toutes) traitées dans les délais (périodique)

Période	Réalisé		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart cible 2011-2012	Picto cible
	2010-2011	2011-2012					
1	85,6	89,2	3,7	↗	90	-0,8	↘
2	87,4	89,2	1,8	↗	90	-0,8	↘
3	89,3	87,4	-1,9	↘	90	-2,6	↘
4	94,0	89,9	-4,2	↘	90	-0,1	↘
5	88,4	92,6	4,2	↗	90	2,6	↗
6	88,7	88,4	-0,4	↘	90	-1,6	↘
7	84,6	81,8	-2,8	↘	90	-8,2	↘
8	84,2				90		
9	86,9				90		
10	90,1				90		
11	89,3				90		
12	86,4				90		
13	89,3				90		



Ind. 6	var. % n-1	Écart cible
1	-4,15	-0,12
2	4,20	2,57
3	-0,35	-1,62
4	-2,81	-8,20
5	4,20	2,57
6	-0,35	-1,62
7	-2,81	-8,20
8		
9		
10		
11		
12		
13		

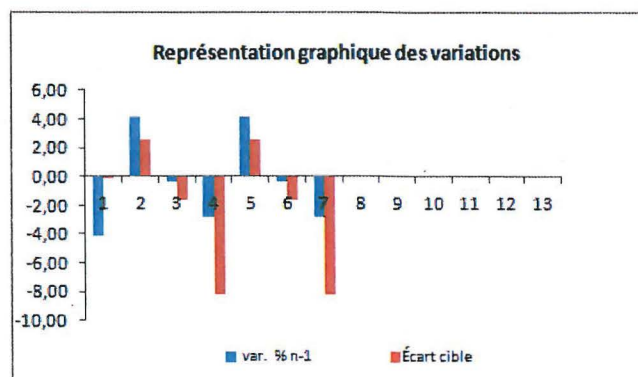
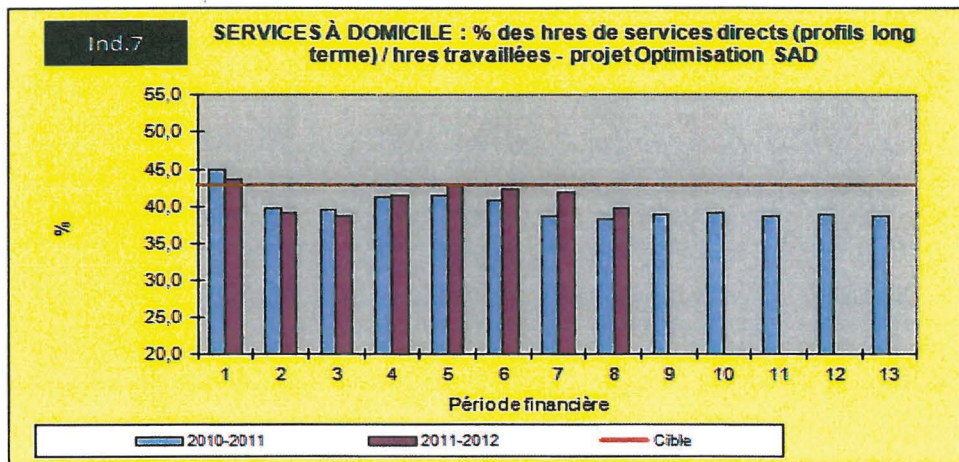


Tableau 8 : indicateur 7

Ind. 7 % des heures en services directs (long terme) sur nb d'heures travaillées (aide à domicile, services professionnels et soins infirmiers - PPALV, DP, DI-TED)

Période	CSSSL		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart cible 2011-2012	Picto cible
	2010-2011	2011-2012					
1	44,86	43,65	-1,20	↘	43,2	0,45	↗
2	39,63	39,01	-0,62	↘	43,2	-4,19	↘
3	39,54	38,67	-0,87	↘	43,2	-4,53	↘
4	41,20	41,48	0,28	↗	43,2	-1,72	↘
5	41,35	42,81	1,47	↗	43,2	-0,39	↘
6	40,88	42,40	1,52	↗	43,2	-0,80	🎯
7	38,63	41,85	3,22	↗	43,2	-1,35	↘
8	38,15	39,60	1,45	↗	43,2	-3,60	↘
9	38,78				43,2		
10	39,16				43,2		
11	38,71				43,2		
12	38,83				43,2		
13	38,71				43,2		

Les données sont supposées réalisées en 2010-2011



Ind. 7	var. % n-1	Écart cible
1	0,28	-1,72
2	1,47	-0,39
3	1,52	-0,80
4	3,22	-1,35
5	1,45	-3,60
6	0,00	0,00
7	0,00	0,00
8	0,00	0,00
9		
10		
11		
12		
13		

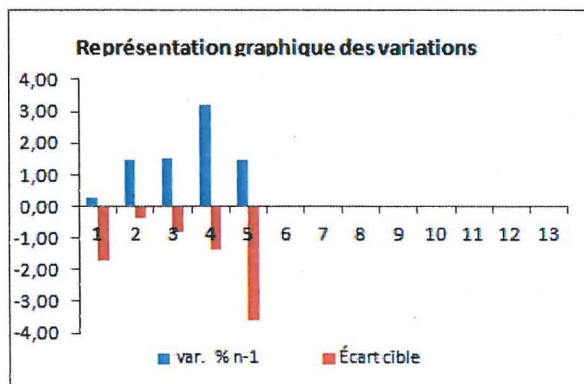
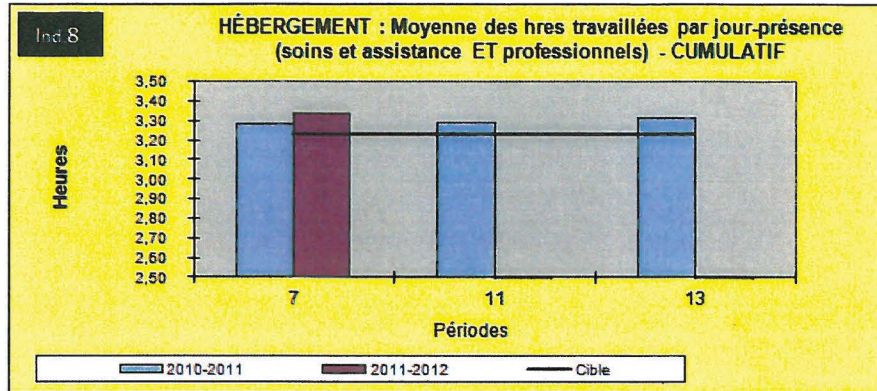


Tableau 9 : indicateur 8

Ind. 8 Moyenne des heures travaillées / Jour-présence à l'hébergement
(soins infirmiers et soins d'assistance en CHSLD)

Période	CSSSL		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart cible 2011-2012	Picto cible
	2010-2011	2011-2012					
7	3,28	3,34	0,06	↗	3,23	0,11	↗
11	3,29	2,00	-1,29	↘	3,23	-1,23	↘
13	3,31	2,00	-1,31	↘	3,23	-1,23	⊙



Ind. 8	var. % n-1	Écart cible
7	0,06	0,11
11	-1,29	-1,23
13	-1,31	-1,23

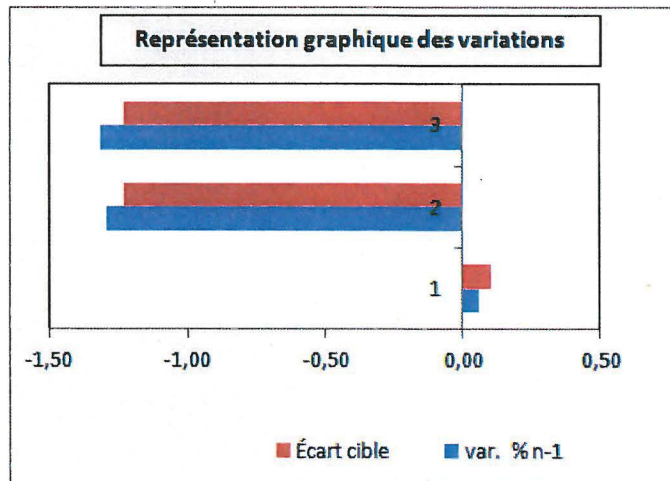


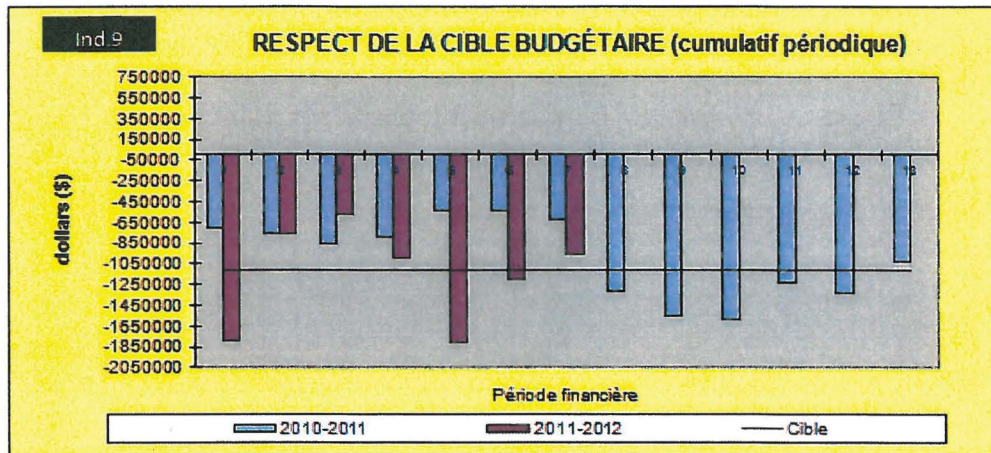
Tableau 10 : indicateur 9

RESSOURCES FINANCIÈRES

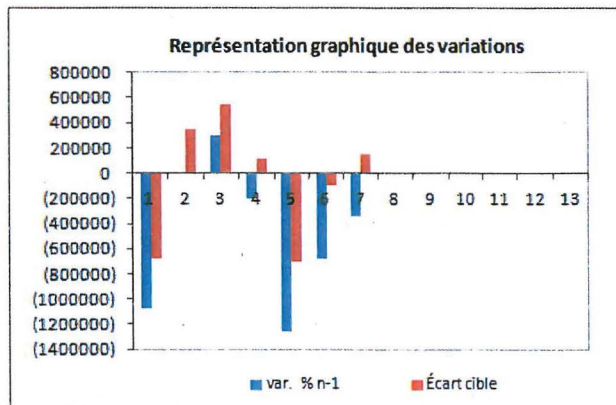
Ind. 9 Cible budgétaire

Période	CSSSL		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart cible 2011-2012	Picto cible
	2010-2011	2011-2012					
1	(705 210)	(1 782 000)	(1 076 790)	↘	(1 102 586)	(679 414)	↘
2	(759 000)	(759 000)	-	→	(1 102 586)	343 586	↗
3	(856 120)	(563 232)	292 888	↘	(1 102 586)	539 354	↗
4	(781 224)	(986 422)	(205 198)	↘	(1 102 586)	116 164	↗
5	(542 076)	(1 802 009)	(1 259 933)	↘	(1 102 586)	(699 423)	↘
6	(527 691)	(1 201 886)	(674 195)	↘	(1 102 586)	(99 300)	↘
7	(614 412)	(961 696)	(347 286)	↘	(1 102 586)	140 888	↗
8	(1 308 107)				(1 102 586)		
9	(1 542 535)				(1 102 586)		
10	(1 588 563)				(1 102 586)		
11	(1 227 796)				(1 102 586)		
12	(1 336 031)				(1 102 586)		
13	(1 031 597)				(1 102 586)		

certaines données sont réelles



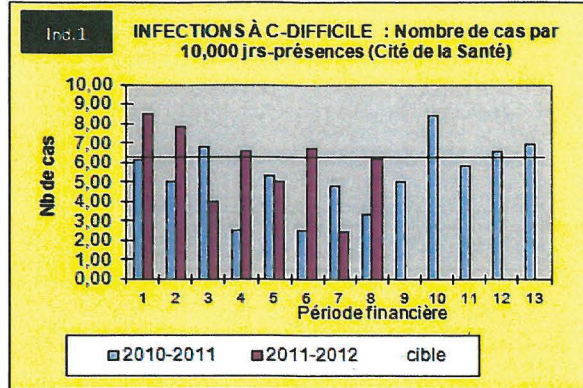
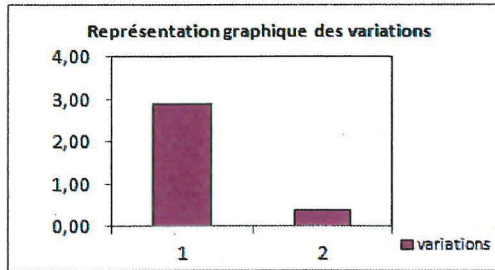
Ind. 9	var. % n-1	Écart cible
1	(1076790)	(679414)
2	0	343586
3	292888	539354
4	(205198)	116164
5	(1259933)	(699423)
6	(674195)	(99300)
7	(347286)	140888
8	0	0
9	0	0
10	0	0
11	0	0
12	0	0
13	0	0



SECURITE ET QUALITE DES SERVICES

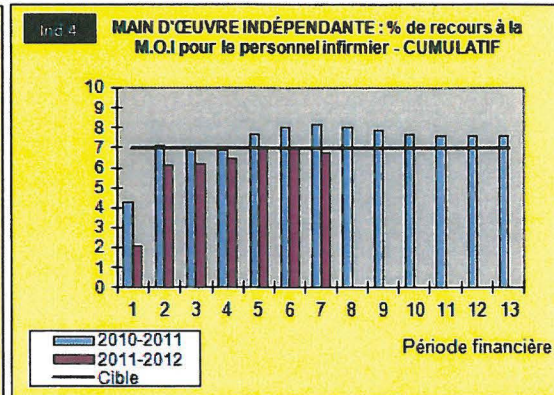
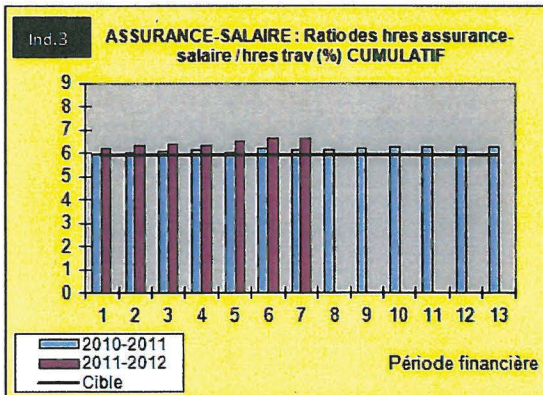
Ind. 1	p	Realisé		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart-cyble 2011-2012	Picto cible
		2010-2011	2011-2012					
	8	3,3	6,2	2,90	↗	5,80	0,40	☹

var. % n-1	Écart cible
2,90	0,40

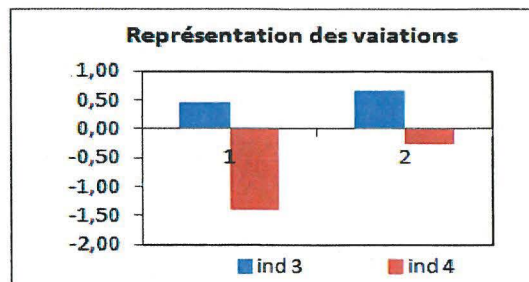


RESSOURCES HUMAINES

Ind. 3	P	Realisé		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart-cyble 2011-2012	Picto cible
		2010-2011	2011-2012					
	7	6,14	6,61	0,47	↗	5,95	0,66	☹
Ind. 4	7	8,15	6,74	-1,41	↘	7,00	-0,26	☹

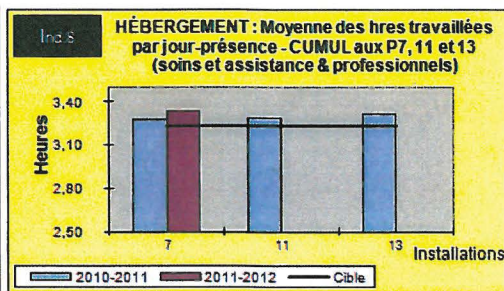
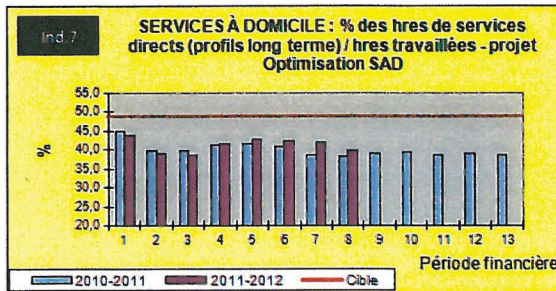
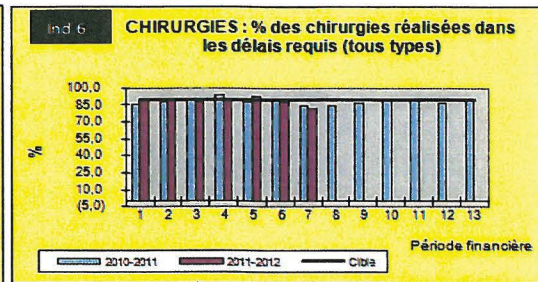
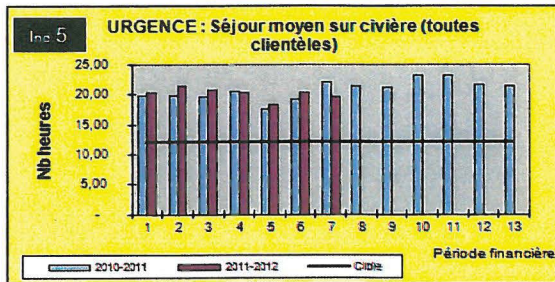


	var. % n-1	Écart cible
ind. 3	0,47	0,66
Ind. 4	-1,41	-0,26

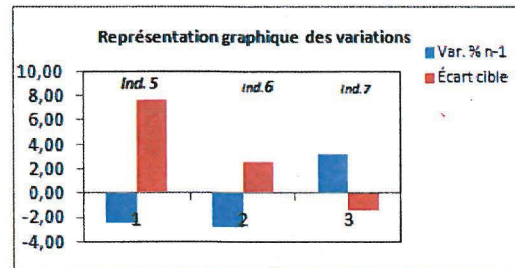


SOINS ET SERVICES

	P	Realisé		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart-cyble 2011-2012	Picto cible	
		2010-2011	2011-2012						
Ind. 5	7	22,02	19,63	(2,39)	↘	12	7,63	↗	☹
Ind. 6	7	84,6	81,8	(2,81)	↘	90	2,57	↘	
Ind. 7	7	38,63	41,85	3,22	↗	43,2	-1,35	↘	

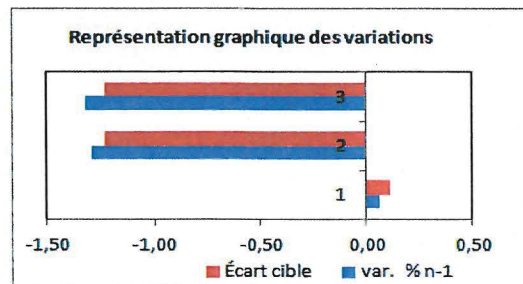


	var. % n-1	Écart cible
ind. 5	-2,39	7,63
ind. 6	-2,81	2,57
ind. 7	3,22	-1,35



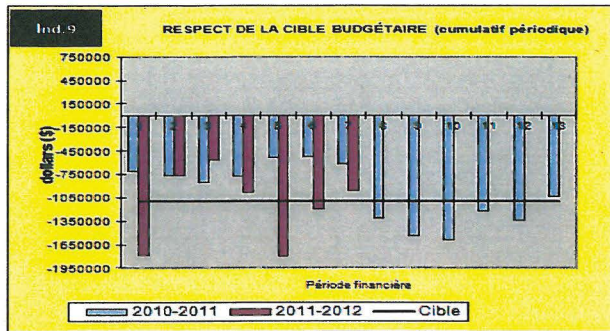
Ind. 8	P	Realisé		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart-cyble 2011-2012	Picto cible	
		2010-2011	2011-2012						
	7	3,28	3,34	0,06	↗	3,23	0,11	↗	☺
	11	3,29	2,00	-1,29	↘	3,23	-1,23	↘	
	13	3,31	2,00	-1,31	↘	3,23	-1,23	↘	

Ind. 8	var. % n-1	Écart cible
P 7	0,06	0,11
P 11	-1,29	-1,23
P 13	-1,31	-1,23



RESSOURCES FINANCIÈRES

p	Realisé		Variation % année n-1	Picto var.	Cible	Écart-cyble 2011-2012	Picto cible	
	2010-2011	2011-2012						
Ind. 9	7	(614 412)	(961 698)	(347 286)	☹	(1102586)	140 888	☹



var. % n-1	Écart cible
-347 286	140 888

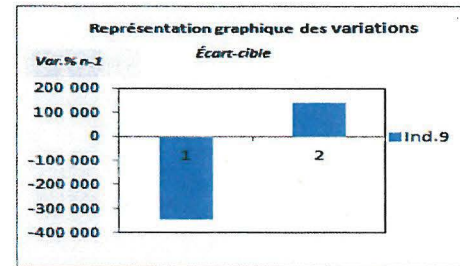


Tableau de suivi décisionnel

N° Ind.	Indicateurs	Résultats	Cibles	Écarts	Pictos	Causes/facteurs	Actions correctrices/préventives	
							Type d'action	Suivi du dossier
1	Nb infections par 10,000 jrs-présences (CSL)	6,2	5,80	0,40	↗	Aucun commentaire.	Suivi requis des infections à Clostridium Difficile par le MSSS avec transmission de données périodiques. Maintenir le seuil autorisé ou plus bas, en regard des taux attendus.	DSPH : assurer le suivi périodique et transmettre les données requises au MSSS
3	Ratio des heures en assurance-salaire - cumulatif	6,62	5,95	0,67	↗	Augmentation du nombre de dossiers, du nombre d'heures et des coûts, notamment en PPALV.	Mettre en place des mesures pour améliorer le climat de travail et promouvoir la santé. Mise en œuvre de processus de gestion des absences.	Comités de la DRH suivent le dossier (bureau de santé, PMO, etc.) en collaboration avec les directions concernées.
4	Pourcentage recours MOI personnel infirmier Cumulatif	6,74	7,00	-0,26	↘	Déséquilibre entre les effectifs requis et disponibles. Page 23 du projet d'entente. Donnée à produire en P13.	Améliorer les processus par le biais de projets d'organisation du travail. Page 23 du projet d'entente de gestion et d'imputabilité Agence-CSSSL. Améliorer les déséquilibres au niveau des effectifs par une meilleure planification de la main d'œuvre.	La direction des soins infirmiers et les ressources humaines suivent le dossier. Travaux au sein du Comité PMO.
5	Urgence : séjour moyen sur civière (toutes clientèles)	19,63	12,00	7,63	↗	Capacité d'accueil limitée au CH.	Selon projet d'entente l'engagement de l'établissement vise aussi: Participation à l'analyse identifiant les zones d'amélioration pour la réduction des séjours supérieurs à 12 heures. (Pages 11, 16 et 22 Projet d'entente) Selon projet d'entente l'engagement de l'établissement indique également: Amélioration des résultats au regard des indicateurs relatifs aux fins de soins actifs par la mise en place de mesure en aval de l'urgence.(Page 22 du projet d'entente.)	Suivi hebdomadaire via le comité "flux" des patients avec toutes les directions concernées. Mise sur pied et travaux de trois sous-comités en lien avec les processus de travail de l'urgence, la gestion de l'épisode de soins et la planification des départs.
6	% des chirurgies réalisées dans les délais requis (tous types)	82	90	-8,20	↗	Déséquilibre entre la demande et les infrastructures disponibles Processus en cours de révision	Développer une zone franche avec une région limitrophe et signature d'une entente de service Implanter 100% des recommandations du MSSS concernant la révision des processus en chirurgie orthopédique.	Direction de la santé physique-chirurgie et DSPH suivent le dossier.
7	Hrs services directs (profils long terme) / hrs travaillées totales	39,60	43,20	-3,60	↘	Cible d'augmentation des activités calculée sur la base des données 2009-2010, alors que des mesures d'intensification de services étaient encore en place suite à la réorganisation des SAD en 2008-2009	Demande du MSSS d'optimisation des services à domicile, par l'augmentation de 10% des heures en services directs d'ici 2015, sans ajout de ressources. Pour 2011-2012, la cible est de 1,5 % ou 5614 heures directes.	Les directions PPALV et SGFCL suivent le dossier en lien avec la direction des ressources financières. Suivi périodique en place.
8	Moyenne d'heures travaillées par jrs-présence (soins et assistances /professionnels)	3,34	3,23	0,11	↗	Une augmentation des heures travaillées par jour-présence peut être le reflet d'une augmentation de la lourdeur des cas admis à l'hébergement de longue durée.	Il existe des disparités au niveau des ressources entre les différents sites d'hébergement. À évaluer.	Direction PPALV assure le suivi.
9	Respect de la cible budgétaire (cumulatif au 1er avril)	(961 698)	(1 102 586)	140 888	↘	Augmentation marquée des coûts en assurance-salaire.	Élaboration d'un plan de retour à l'équilibre	Direction des ressources financières en collaboration avec toutes les autres directions.

4-7 Mise en œuvre du système

La mise en œuvre amène à quelques questions que le CSSS de Laval doit se poser :

- De quelle manière va se faire le déploiement de ce tableau de bord dans l'organisation?
- Quel modèle de déploiement à considérer?
- Quels sont les leviers sur lesquels il faut s'appuyer pour réussir le déploiement?
- Quel rôle joue le comité culture de la mesure et celui chargé de l'implantation du projet?

Dans cette phase de la mise en application, 5 aspects sont à considérer :

4.7.1 les actions retenues du plan d'implantation

Il est nécessaire de créer un comité de mise en place de cet outil dans l'organisation, et définir son mandat avec des objectifs clairs et compris par les personnes impliquées. Ensuite, identifier les forces motrices et les restrictions et finalement mettre à disposition les budgets nécessaires et faire le suivi de la mise en œuvre du projet.

4.7.2 la stratégie d'implantation à adopter

Cette stratégie se veut graduelle. Choisir un secteur pilote ou les directeurs qui ont manifestées le désir d'utiliser ce TBG pour tester le système et l'améliorer à la suite des remarques et observations recueillies puis l'étendre progressivement à tout Le CSSSL. L'organisation doit se doter d'indicateurs de mesure d'avancement et de suivi de la mise en œuvre.

4.7.3 la communication qui accompagne le processus d'implantation

Il s'agit de mettre en relief les résultats positifs dans le processus de la mise en œuvre et aborder dans un second temps les résultats qu'il faudra améliorer à court, moyen et à long terme. Utiliser les canaux de communication les plus efficaces tel que les courriels électroniques du CSSSL et les affichages pour rejoindre directement les parties prenantes. Le CSSSL doit organiser des présentations orales adaptées aux différentes parties impliquées dans ce processus de mise en œuvre.

4.7.4 La validation

Un tableau de bord selon Voyer (2009) doit évoluer de façon continue et permanente. Il faut à cet effet, assurer le fonctionnement fiable et entretenir le système. Il s'agit pour cela: - évaluer périodiquement la pertinence - mettre à jour les indicateurs selon l'évolution des préoccupations et objectifs et aussi selon les changements dans la gestion. On devrait alors constamment améliorer le design du tableau de bord par un arrimage progressif des indicateurs entre les paliers stratégiques et les niveaux opérationnels. Aussi, une harmonisation avec les systèmes en place constitue des défis critiques auxquels le CSSS doit faire face par la définition des paramètres d'intégration afin d'assurer une communication efficace entre les systèmes déjà existants. Le Centre devra établir absolument des procédures de contrôle d'accès au système du tableau de bord de gestion au niveau des directeurs utilisateurs et désigner un administrateur du mécanisme de gestion du système. L'organisation doit élaborer des mesures de protection des systèmes à travers les limitations d'accès.

4.8 Synthèse des forces et faiblesses

L'environnement interne de l'organisation présente plusieurs éléments qui constituent des forces pour la réussite du tableau de bord. Les faiblesses presque négligeables sont liées à l'attente de matériels informatiques pour la création de base de données intégrées au CSSS de Laval. Le tableau suivant montre des forces et quelques faiblesses du système.

Forces	Faiblesses
<ol style="list-style-type: none">1. Fort engagement de la direction générale2. Des projets technologiques informatiques3. Des projets de réorganisation de travail4. Engagement et grand intérêts des utilisateurs5. Intégrations de l'organisation et arrimages faciles6. Mise en place de nouvel processus : Lean et Toyota7. Un comité stratégique permanent qui se réunit régulièrement8. Une culture de la qualité et de sécurité au sein des équipes9. La mobilisation et le dynamisme des équipes10. Une culture d'interdisciplinarité reconnue	<ol style="list-style-type: none">1. Absence de base de données2. Le matériel informatique qui tarde à venir

Partie 5 : RECOMMANDATIONS

Nous rappelons que l'aspect fonctionnalité du tableau de bord a fait l'objet de l'intervention. Cependant, une approche de la gestion du changement complète notre travail car le succès de ce système de (TBG) dépendra de la transition que vont vivre les personnes concernées dans l'organisation. Pour cela, il est nécessaire au CSSS de Laval d'observer les recommandations qui suivent :

- 1) Mettre en place un comité stratégique de mise en œuvre (CSMO) du tableau de bord qui va jouer le rôle d'agent de changement.
- 2) Adopter la cogestion comme stratégie de changement entre l'agent de changement (comité stratégique de mise en œuvre) et les destinataires (directeurs utilisateurs du TBG).
- 3) Tester le système de tableau de bord à la direction du PPALV qui a manifesté la volonté d'utiliser cet outil.
- 4) Informer le personnel sur l'implantation du tableau de bord de gestion et former les utilisateurs.
- 5) Le (CSMO) devra élaborer des indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du (TBG).
- 6) Informer le personnel des résultats positifs obtenus avec le tableau de bord de gestion.

Conclusion

Le mandat consistait à trouver des réponses au questionnement de la direction à savoir quel modèle utiliser (quoi faire) et par quelle démarche (comment faire) pour réaliser le prototype de (TBG).

Les résultats de l'analyse du contexte, des données et des éléments du cadre théorique et empiriques de l'organisation permettent de comprendre que :

- a) Le modèle de Voyer (2009) est celui qui est adapté au cas du CSSS de Laval parce qu'il intègre tous les aspects mesurables de l'organisation en un seul tableau.
- b) Le tableau de bord de gestion peut contribuer à l'harmonisation du CSSSL. Il stimule la communication et permet de briser le cloisonnement.
- c) En termes d'utilisation, le (TBG) est facile à l'usage, il permet de faire remonter l'information élaborée sous une forme synthétisée pour une prise de décision éclairée.
- d) En termes de coût financier, l'organisation réalise une économie de dépenses pour se doter de ce système de tableau de bord de gestion.

Par ailleurs, il serait important de documenter la mise en application du (TBG) afin que la direction du CSSS de Laval puisse en tirer des enseignements concrets lors du déploiement futur de celui-ci au niveau des gestionnaires et des services de niveau opérationnel. De plus, un travail de recherche de cohésion devrait se faire au niveau des unités fonctionnelles.

Bibliographie

- BOURGUIGNON, A., (1996), «Définir la performance: Une simple question de vocabulaire?» in Fericelli, A.-M. et Sire, B. (dir.), Éd. Économica, Paris, pp.18-31.
- CÉRUTTI, Olivier, Bruno GATTINO (1992). *Indicateurs et tableaux de bord*, AFNOR.
- Claudia Gagnon, Août 2006 *Tableau de bord du CHUQ, présentation du cadre de référence*, Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'ingénierie et de la performance. MODULE PERFORMANCE ET SUIVI DE GESTION.
- COLLERETTE, Pierre, Gilles DELISLE, Richard PERRON (1997). *Le changement organisationnel Théorie et pratique*. Québec, Canada Presses de l'Université du Québec. 173 p.
- (EGIPSS) «L'évaluation globale et intégrée des systèmes de santé» : un instrument au service de l'amélioration continue de la performance». Administration de la santé et GRIS – Université de Montréal. Direction de la santé publique de Montréal, mardi 22 janvier 2008.
- FERNANDEZ, Alain (2003). *Les nouveaux tableaux de bord des managers*, 3^e édition, Paris, Éditions d'organisation, 483 pages.
- GAUTHIER, Benoit (2010), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*. Québec, Canada. Presses de l'Université du Québec, 767 p.
- Guillaume Dumas, Aout (2007), *Cahiers de l'Alliance de recherche universités-communautés (ARUC)*, Collection Cahier de transfert – CT-2007-006, «Tableau de bord de gestion : Indicateurs de performance en gestion hospitalière » ISBN 978-2-923619-11-8
- Hélène Bergeron (2000). *Les indicateurs de performance en contexte PME, quel modèle?*, Actes du 21^{ème} Congrès de l'Association Française de Comptabilité, France.
- KAPLAN, Robert S. et David P. NOTON (2001). Comment utiliser le tableau de bord prospectif : pour créer une organisation orientée stratégie, traduction de: The strategy-focused organization : how balanced scorecard companies thrive in the new business environment, Paris, Éditions d'organisation, 428 pages.
- KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (1992), "The balanced scorecard: measures that drive performance", *Harvard Business Review*
- KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (1996), *The balanced Scorecard*, Harvard business School Press.
- LEWIN, Kurt, (1958). *Group decision and social change*. In reading In Social Psychology, sous la dir Maccoby, Newcomb et Hartley, p. 197-211
- LOUART, P., 1996, «Enjeux et mesures d'une GRH performante», in Fericelli, A.-M et Sire, B. (dir.), *Performances et ressources humaines*, Éd. Économica, Paris, pp.1-15.
- LUC, Édith (2004). «Vision personnelle et leadership». *Le leadership partagé. Modèle d'apprentissage et d'actualisation*. CANADA. Presses de l'Université de Montréal. 159 pages 113 à 133. ISBN 2-7606-19699.
- LYNCH, R.L. et K.F CROSS (1994). *Measure Up: Yardsticks for continuous Improvement*, Cambridge, Mass., Blackwell business, livre de poche.
- Note de cours de M'BASSEGUÉ, chargé de cours ENP-7363 *le tableau de bord, outil de suivi de gestion et de programmes*, Campus de Gatineau, été 2011.

Plan stratégique des ressources informationnelles et du génie biomédical BL-2 État de la situation actuelle, 19 décembre 2005, version 1.1. PSRI-GBM du CSSS de Laval 2006-2010

Plan stratégique des ressources informationnelles et du génie biomédical, BL-4 Cibles et orientations stratégiques CSSS L, 22 novembre 2006, version 0.1

Rapport annuel de gestion du Centre de Santé et des Services Sociaux de Laval (CSSSL) 2010-2011, ISBN-978-2-9809565-8-4

Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance CSSS DE LAVAL AQESSS 2011

RAPPORT D'ÉVALUATION GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE 2011. Centre de santé et de service sociaux. Données 2008-2009, AQUESS

Rapport annuel des activités de l'équipe de la coordination de la gestion des risques, de l'agrément et de la qualité. CSSS de Laval, 1er avril 2010 au 31 mars 2011

RIM ZID, Mémoire de la maîtrise en administration des affaires, *comprendre le changement organisationnel à travers les émotions*, UQUAM, Octobre 2006.

VOYER, P. (2009). *Tableau de bord de gestion et indicateurs de performance*, 2^o édition (4^o impression, 2002, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy

Sites internet

<http://www.enap.ca/tbord> 22 décembre 2011

<http://www.balancedscorecard.org> 22 décembre 2011

<http://www.cssslaval.qc.ca/le-csss-de-laval/en-bref.html> le 21/09/2001

<http://www.cssslaval.qc.ca/le-csss-de-laval/valeurs.html> le 20 septembre 2011

ANNEXES

DEMARCHE DE REALISATION DU TABLEAU DE BORD DE GESTION

Définition d'un tableau de bord de gestion

Un tableau de bord de gestion est une façon de sélectionner, d'agencer et de présenter des indicateurs de façon sommaire et ciblée, en général sous forme de «coup d'œil» accompagné de reportage ventilé ou synoptique.

Ce qui va permettre aux utilisateurs de voir ce qui se passe.

Modèle de tableau de bord de gestion suggéré

Nous inspirant du modèle de voyer (2009), 5 étapes sont à observer dans notre intervention.

- Organisation du projet de Tableau de bord de Gestion: Études d'opportunité de faisabilité, plan de réalisation
- Identification des préoccupations de gestion, des cibles et des indicateurs correspondants,
- Précision des paramètres des indicateurs et design visuel du tableau de bord de gestion,
- Réalisation du prototype et informatisation du système d'information de support,
- Mise en œuvre.

Étape 1 :

ORGANISATION DU PROJET DE TABLEAU DE BORD, ETUDES D'OPPORTUNITÉ, DE FAISABILITÉ ET DU PLAN DE RÉALISATION

Sous-étape 1.1 : Analyse des attentes et de la pertinence d'utiliser un tableau de bord

A cette étape, la question est de savoir si l'on a besoin d'un tableau de bord dans l'organisation. A quoi ce tableau servira t-il ? Les raisons qui justifient l'implantation d'un tel outil. Qui ou quels sont ceux qui l'utiliseront. Le type d'information dont on a besoin au niveau stratégique pour éclairer les décisions. Y a t-il des symptômes qui déclenchent le développement du TBG¹. Combien de temps

¹ Tableau de Bord de Gestion

faudra t-il pour la réalisation du projet? Qu'est-ce que cela a donné dans d'autres organisations?

Pour illustrer la pertinence de l'implantation du TBG, le rapport d'évaluation globale et intégré de la performance de AQESSS², fait ressortir Les préoccupations de CSSSL³ au niveau de l'adaptation aux besoins de la population, dans l'acquisition des ressources, dans la qualité de vie au travail, la continuité, la coordination et la globalité et, enfin d'accessibilité etc.

Sous-étape 1.2 : Les conditions de succès (FCS) du projet

Ce sont les éléments qui justifient le succès du projet, les facteurs clefs de succès (FCS): les conditions de réussite du projet de TBG. Il s'agit de faire une analyse des forces motrices et des restrictions au projet : les réactions du personnel face à la culture de la mesure des résultats, la capacité de gérer le changement, la fixation claire de la vision du TBG et la partager. La formation d'un comité de projet en raison de l'interrelation entre divers facteurs de qualité est une nécessité pour l'élaboration d'un TBG.

Au CSSSL, Ce sont des éléments comme destination 2015, l'implantation d'une culture de la mesure, de la qualité et de sécurité au sein des équipes, la mobilisation et le dynamisme des équipes, les projets d'organisation du travail et la révision de certains dossiers de salaire. L'utilisation d'indicateurs dans le secteur de la santé, la formation d'un comité de pilotage du projet. La position de l'organisation face aux dépenses informatiques etc....

Sous-étape 1.3 : Le système d'information

Il s'agit de vérifier la capacité du système d'information face au TGB. Ce système présente t-il des carences? Est-il capable de fournir les informations pour alimenter et recevoir le TBG. Est-ce que le délai de production des indicateurs peut être favorable? D'où l'importance de créer un système de banque de données

² Association Québécoise d'Établissements de Santé et de Services Sociaux : rapport d'évaluation globale et intégré de la performance, 2011.

³ Centre de Santé et de Service Sociaux Laval.

linformatisées, l'intégration des systèmes informatiques et le renouvellement du matériels.

Sous-étape 1.4 Localiser des organisations comparables

L'élément à prendre en compte ici, est que des organisations ont déjà travaillé sur un TGB dans le domaine de la santé auxquelles le CSSSL pourrait se comparer. Ces informations (les indicateurs) tournent généralement autour des mêmes préoccupations. Ces organisations permettent de faire ressortir les balises, les comparaisons et des cibles chiffrées : les ententes de gestion, les cadres de référence, des indicateurs d'autres organisations opérant dans ce secteur d'activité ainsi que leur tableau de bord. Exemple les CSSS regroupés en association au sein de AQESSS.

Sous étape 1.5 : Analyse de faisabilité

L'analyse de faisabilité permet de savoir les ressources : Le budget de temps qui indiquerait les délais et les différentes rencontres avec les responsables impliqués dans le projet. Les activités doivent être programmées dans un horizon temporel déterminé ainsi que les moyens financiers pour la réalisation d'investissements informatiques s'il ya lieu pour la mise en route du tableau de bord.

Sous-étape 1.6 : Le plan de réalisation et recommandations

Il s'agit, de susciter une prise de conscience à tous les niveaux et d'inciter les directeurs, faire connaître le projet par les responsables de l'organisation et le personnel puis dresser un plan de réalisation et, la création du comité de projet.

A la fin de cette première étape, le bien livrable est l'analyse des besoins et l'étude d'opportunité.

Synthèse de la 1^{ère} étape

Synthèse étape 1

Sous-étape	Activité du projet	Documents et informations dont on a besoin	Où l'obtenir dans l'organisation	Habiletés nécessaires	En comité ou Consultant externe	Livrable	Délai
SS 1.1	Analyse des attentes et de la pertinence du TBG au CSSSL	Rapport de Conseil, plans et Orientations stratégiques, Résultats d'enquêtes, Rapport d'évaluation etc.	Service infocentre, Site Web ou la DRIGBMP	Interne, comité du projet	Traitement des informations, revue au Service infocentre	Analyse des besoins et études d'opportunités	4 à 5 semaines
SS 1.2	Les conditions de succès (FCS) du projet.	Orientations et plans stratégiques, Rapport annuel	DRIGBMP, Site Web	Interne, comité du projet	Traitement et analyse, revue au Service infocentre		
SS 1.3	Système d'information	Information sur le système organisationnel, l'organisation de base de données	Service Infocentre, DRIGBMP	Interne, comité du projet	Traitement de l'information en comité		
SS 1.4	Localiser des organisations comparables	Entente de gestion, Cadres de références, des TGB d'organisations comparables	Service Infocentre	Interne, comité du projet	Traitement des informations et revue en comité		
SS 1.5	Analyse de faisabilité	Disponibilité en temps Et en ressources financières	Directions impliquées et DRF	Interne, comité du projet	Traitement des informations et revue en comité		
SS 1.6	Plan de réalisation et recommandations	Information de la Direction Générale, et de la DRIGBMP Comité du projet	Direction Générale, DRIGBMP et du Service infocentre	Interne, comité du projet	Traitement des informations et revue en comité		

Étape 2 :

IDENTIFIER LES PREOCCUPATIONS DE GESTION, LES CIBLES ET LES INDICATEURS CORRESPONDANTS.

Sous-étape 2.1 : La description et le découpage de l'organisation ou du secteur cible

Afin d'aboutir aux préoccupations de gestion, il faut procéder à un découpage de l'organisation ou du secteur qui présente des problèmes en fonction d'un protocole. Ce découpage (ou regroupement thématique) peut se faire en fonction de la structure organisationnelle, en fonction des programmes, des processus d'affaires ou de production des services. Ce découpage aboutira à une 1ère colonne de thèmes qui distingue:

Une section de thèmes généraux portée sur la mission, regroupant les indicateurs de niveau stratégique : respect du mandat de l'organisation, perspective globale et/ou objectifs d'impact de résultat.

Une autre section de thèmes détaillés qui porte sur les indicateurs d'opération : connaissance des clients, performance des ressources, des indicateurs relatifs aux activités dans les unités.

Exemple de découpage :- la satisfaction des clientèles - l'activité clinique - la qualité et la gestion des risques - les ressources humaines et financières etc.

Sous-étape 2. 2 : les préoccupations de gestion

Dans une 2ème colonne, on précise ce que l'on veut connaître, suivre, améliorer, éviter et en rapport avec le thème du découpage. Il s'agit de préciser ce qui cause problème et qui fait l'objet de mesure (voir tableau synthèse).

Sous-étape 2. 3 : les cibles

C'est le lieu de préciser les balises de comparaisons, de fixer les objectifs chiffrés que l'on veut atteindre (tableau synthèse).

Sous-étape 2. 4 : les indicateurs

Les indicateurs Désignent l'expression de l'unité de la mesure correspondant aux préoccupations (tableau synthèse).

Le bien livrable à l'étape 2 est le tableau de préoccupation des indicateurs (ce tableau présentera tous les indicateurs possibles parmi lesquels nous allons choisir un nombre limité en fonction de leur pertinence).

Exemple de tableau de préoccupation des indicateurs (TPI)

Objectif global de mission	n° Ind.	Préoccupations de gestion	Cible chiffrée ou balises	n° Ind.	Indicateurs globaux
Mission : Assurer la santé et le bien être la population	P-1	Satisfaction des types de clientèle	Atteindre zéro le taux de plaintes pour une proportion de 100 visiteurs par type de clientèle	I-1	Taux de plainte enregistré sur une proportion de 100 visiteurs par type de clientèle
			Atteindre un taux d'accessibilité de 100%	I-2	Taux d'évolution d'accessibilité des services
Objectif global d'impact de résultat					
Activités cliniques	P-2	Améliorer la gestion des activités cliniques	Réaliser un taux de traitement de 90% de situations urgentes reçues au le jour	I-3	Taux de traitement de situations urgentes traitées le jour
			Diminuer le taux de débordement de 10%	I-4	Proportion de diminution du taux de débordement
Risques	P-3	Suivre la qualité et gestion des risques	Diminuer le taux de non-conformité des prélèvements sanguins 90%	I-5	Taux de non-conformité des prélèvements sanguins pour la banque de sang
			Atteindre un taux de 0% Infections nosocomiales	I-6	Taux d'infection nosocomiale
Optimisation des Ressources disponibles	P-4	Ressources Humaines	Atteindre 5% le taux d'absentéisme	I-7	Taux d'absentéisme
			Réduire le taux de la main d'œuvre indépendante	I-8	Taux de réduction de la main d'œuvre indépendante
			Réduire de 25% le temps supplémentaires	I-9	Taux de réduction de temps supplémentaire
	P-5	Ressources financières	Respecter la cible budgétaire	I-10	Taux de débordement budgétaire
			Réduire de 5% le coût des médicaments	I-11	Taux de réduction de cout de médicament

Étape 3 :

PRÉCISION DES PARAMÈTRES DES INDICATEURS ET DESIGN VISUEL DU TABLEAU DE BORD DE GESTION

La fiche indicateur distingue 5 zones :

La **zone 1** donne la définition et les caractéristiques de l'indicateur

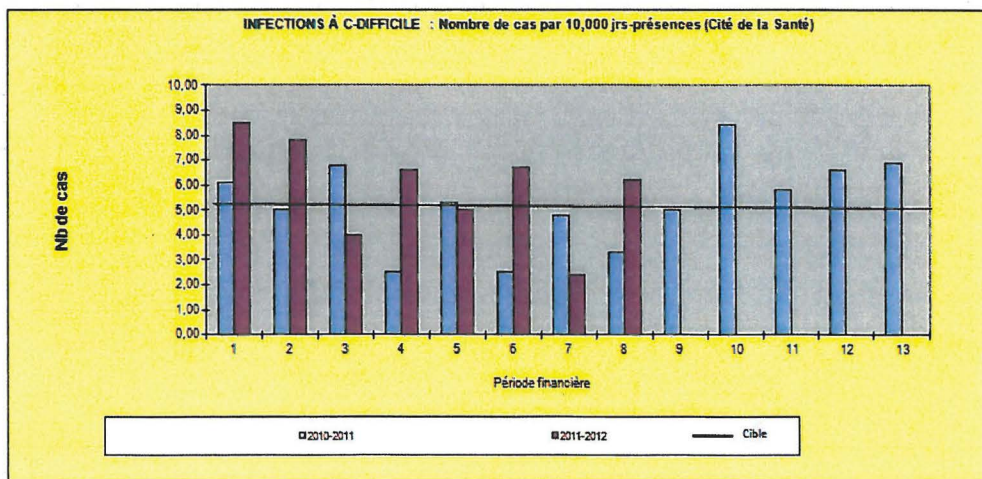
La **zone 2** présente les calculs et les comparaisons des résultats

La **zone 3** montre les formes de représentation : tableaux, graphiques ou pictogrammes.

Pictogramme

😊	Excellent, bravo
➔	On s'améliore, on chemine vers
😐 ou ➔	Normal, mais apporter une attention particulière, suivre de près etc.
😞	Problème (dépassement) à régler
🎯	Plein dans la cible
⬇️	En chute

Représentation graphique



La **zone 4** donne l'interprétation des résultats (la signification du résultat)

- **A l'interne**, comment décoder le résultat? Est-ce acceptable? Comment le qualifier dans le contexte

- **A l'externe**, comment pourrait-on l'interpréter? Comment le présenter pour éviter une interprétation erronée.

- **Réaction de Gestion**, que fait-on si le résultat n'est pas acceptable? Faire le tableau de suivi décisionnel pour s'assurer de la mise en œuvre des correctifs.

La **zone 5** permet de valider l'indicateur et elle est facultative : méthodologie de validation, fréquence de validation, responsable de validation, et nature de validation.

Synthèse du design de la fiche indicateur (page suivante)

Zone 1	
NOM de l'INDICATEUR	Référence à la préoccupation n°.....
<ul style="list-style-type: none"> • DÉFINITION valeur mesurable, unité, formule de calcul : • VENTILATIONS // par ...: • PÉRIODICITÉ (hebdomadaire, mensuelle) : • UTILISATEUR : • FRÉQUENCE de production : • SOURCE des DONNEES : 	
Zone 2	
COMPARAISON (et calculs correspondants d'écart, de dépassement, d'évaluation)	
<ul style="list-style-type: none"> • REPARTITION par ventilation et comparaison des éléments de ventilation entre eux _____ • dans le TEMPS : tendance sur quelle période? Comparaison avec l'an passé • avec d'autre UNITÉS ou ORGANISATIONS? (étalonnage): _____ • à une CIBLE chiffrée (TPI col3) ? _____ • à une BALISE? (marge, norme, prévision, critère, cote) _____ 	
Calculs complémentaires (cumul, moyenne, prévision...): _____	
Autre indicateur à mettre en relation _____	
Zone 3	
FORME DE REPRÉSENTATION : TABLEAU, GRAPHIQUE, PICTOGRAMME	
Descriptions illustrations	
Zone 4	
INTERPRÉTATION de l'indicateur Que signifie le résultat?	
<ul style="list-style-type: none"> • À l'interne comment décoder le résultat? Est-ce acceptable? Le qualifier en contexte ou en lien avec d'autres indicateurs? • À l'externe/ communication publique : comment pourrait-on interpréter? Le présenter pour éviter une interprétation incorrecte (biais, détails hors contexte, manipulation)? 	
UTILISATION, RÉACTION de GESTION : que fait-on si c'est inacceptable?	
Débouchés sur le tableau de suivi décisionnel	
Zone 5 (optionnel, pour les développeurs seulement)	
VALIDATION de l'indicateur : pertinence, validation, qualité, clarté, rapidité de production...	
• Nature de la validité :	Méthodologie de la validation :
• Responsable de la validation :	Localisation et fréquence de validation :

Voyer (2009) page 248

Fiche-indicateur 1

Zone 1 DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICATEUR

Ind. N° 1 Nombre d'infections par 10,000 jrs-présence (CSL)

Utilisateur : DIRECTION GÉNÉRALE ET ÉQUIPE DE GESTION

Définition

Cet indicateur mesure le taux nouveaux cas nosociaux de personnes infectées par le Clostridium-Difficile, par 10 000 jours-présence, à l'hôpital Cité de la Santé.

Méthode de calcul

Somme des infections constatées sur un cumul de 10 000 jour-présence dans le centre

Périodicité: Période financière

Unité de mesure: nombre

Source d'information: PCI

Date de création: 2011

Date de mise à jour:

Responsabilité: PCI

Personne ressource:

Suzanne Leroux, chef de service

Ventilation et éléments:

Par période, établissements, ou par service

Provenance des données:

Base de donnée service PCI

Zone 2 BASES DE COMPARAISON, BALISES ET ÉCARTS

Tendances ou comparaison dans le temps:

Comparer sur la base de la période financière les résultats présentés par l'indicateur aux résultats de la période précédente, et au résultat de la même période de l'année dernière. Donner l'écart entre les résultats prévus et les résultats obtenus.

Autres unités, organisations (ou étalonnage):

Étalonné avec les données des CSSS de l'AQESSS, des autres régions et d'autres organisations de la santé au Québec.

Répartition par ventilation:

Comparer par type de clientèle reçu dans le service sur la période financière

Calcul complémentaire:

Cumul annuel et taux annuel

Autres indicateurs à mettre en relation:

Cibles-balises-ou normes internes:

5,8

Objectifs antérieurs:

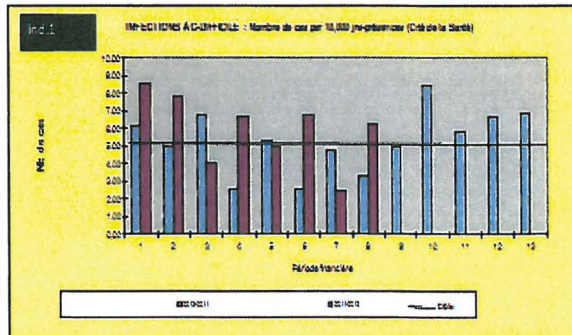
Zone 3 FORME DE REPRÉSENTATION: GRAPHIQUE, PICTOGRAMME...

Description:

Forme de présentation
histogramme

Pictogrammes:

- ▲ Une évolution en hausse (supérieur à la cible)
- Pas de changement par rapport à la cible
- ▼ Une évolution en baisse (en dessous de la cible)



Zone 4: INTERPRÉTATION ET L'UTILISATION DE L'INDICATEUR

Interprétation de l'indicateur:

cet indicateur mesure le nombre de personnes infectées lors de la visite des centres pour 10 000 jrs-présences

Utilisation de l'indicateur, décisions, réactions possibles

permet de prendre une décision dans le sens de l'amélioration continue de la qualité de service et de la protection des clients et de ceux qui les accompagnent.

Étape 4 :

**REALISATION DU PROTOTYPE ET INFORMATION DU SYSTEME
D'INFORMATION DE SUPPORT**

Il s'agit de faire l'assemblage de tous les tableaux avec le tableur Excel en un système intégré de tableaux dynamiques composé d'une page d'accueil, d'une page de suivi décisionnel (plan d'action en cas de problème), d'une page synthèse des indicateurs et des pages de fiches indicateurs.

Étape 5 :

MISE EN ŒUVRE



D0205980 1