

*«L'évaluation globale et intégrée des
systèmes de santé (ÉGIPSS) : un instrument
au service de l'amélioration continue de la
performance »*

AP Contandriopoulos

Administration de la santé et GRIS - Université de Montréal

GRÉAS

Direction de santé publique de Montréal

Mardi 22 janvier 2008

Équipe du GRIS

- François Champagne
- André-Pierre Contandriopoulos
- Hung Nguyen
- Claude Sicotte
- Isabelle Trabut

Plan

1. Pourquoi le concept de performance est-il devenu incontournable ?
2. La performance de quoi ?
3. Comment définir la performance ?
4. Pourquoi et pour qui évaluer la performance?
5. Peut-on évaluer de façon opérationnelle la performance ? Un exemple.
6. L'évaluation de la performance, un moyen d'instrumenter la gouverne ?

Plan

- 1. Pourquoi le concept de performance est-il devenu incontournable ?**
2. La performance de quoi ?
3. Comment définir la performance ?
4. Pourquoi et pour qui évaluer la performance?
5. Peut-on évaluer de façon opérationnelle la performance ? Un exemple.
6. L'évaluation de la performance, un moyen d'instrumenter la gouverne ?

Un système de santé en crise

À la fin des années 80 le système de santé entre dans une situation de crise structurelle qui, depuis, ne fait que s'amplifier.

Elle résulte de la tension grandissante entre :

- L'accroissement du domaine d'action de la médecine (développement des connaissances et des techniques) et des besoins (vieillesse et environnement)
- Les pressions financières qui s'exercent sur les États pour réduire les dépenses publiques (mondialisation des marchés financiers)

Trajectoire d'évolution du système de santé

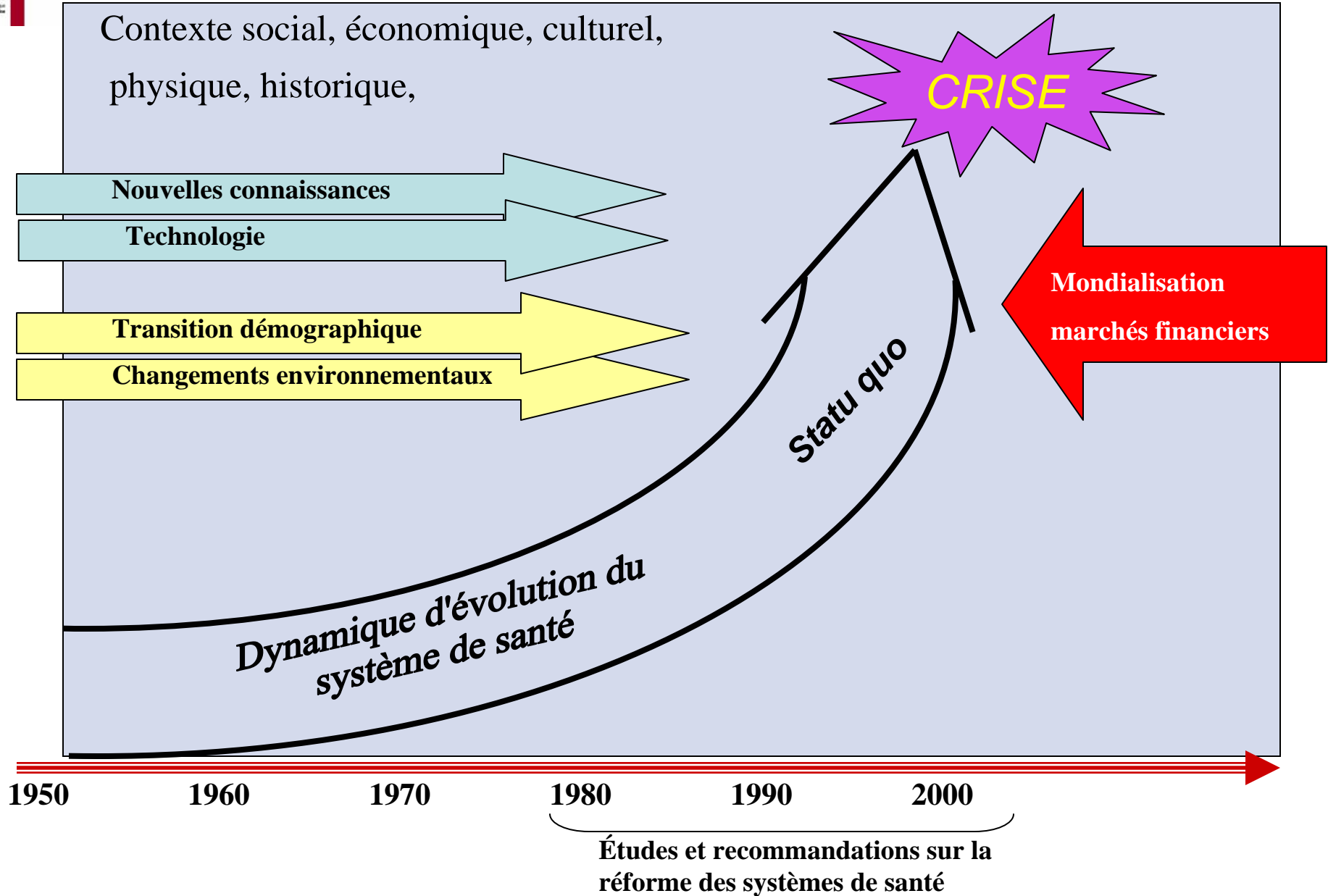
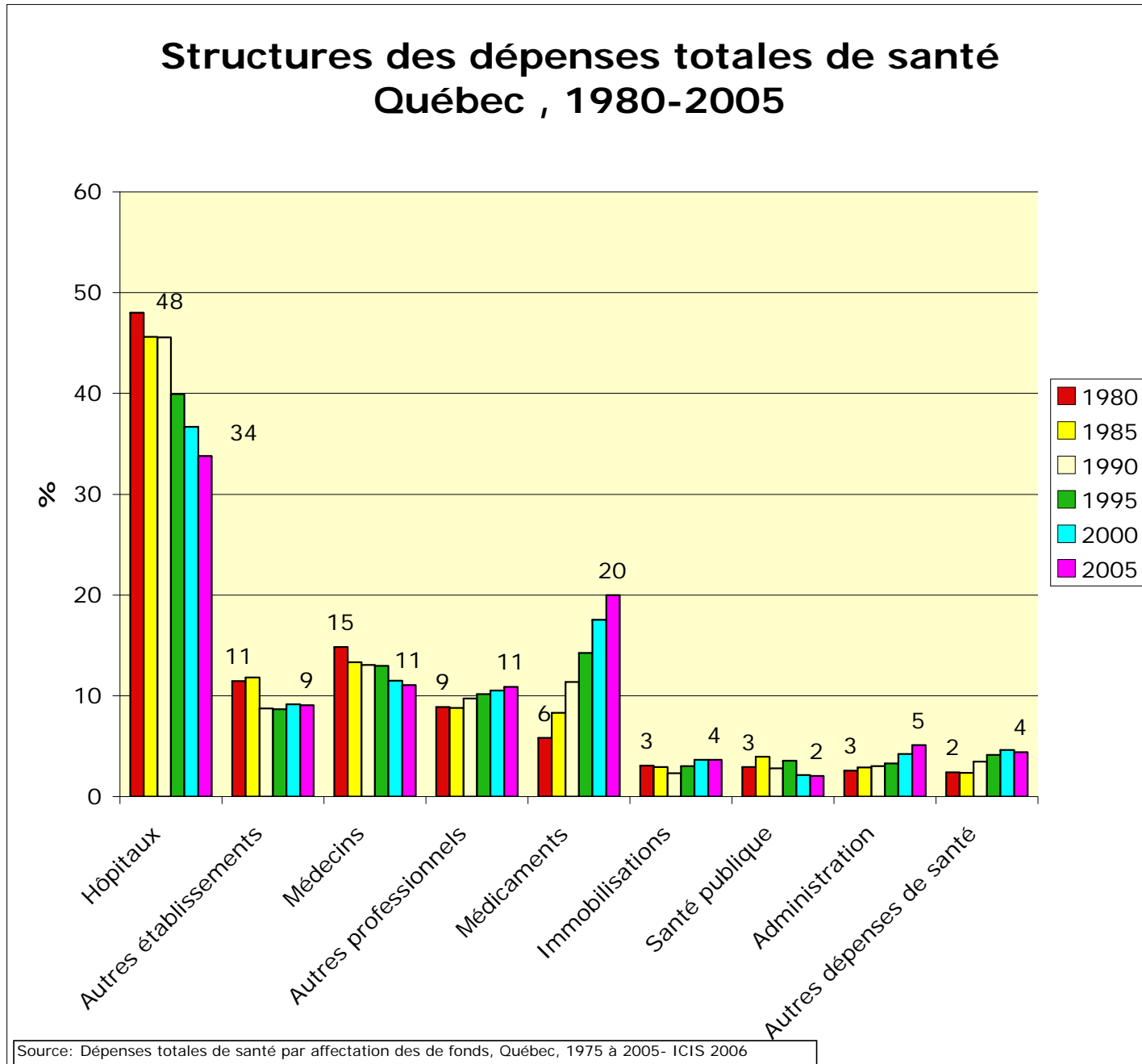


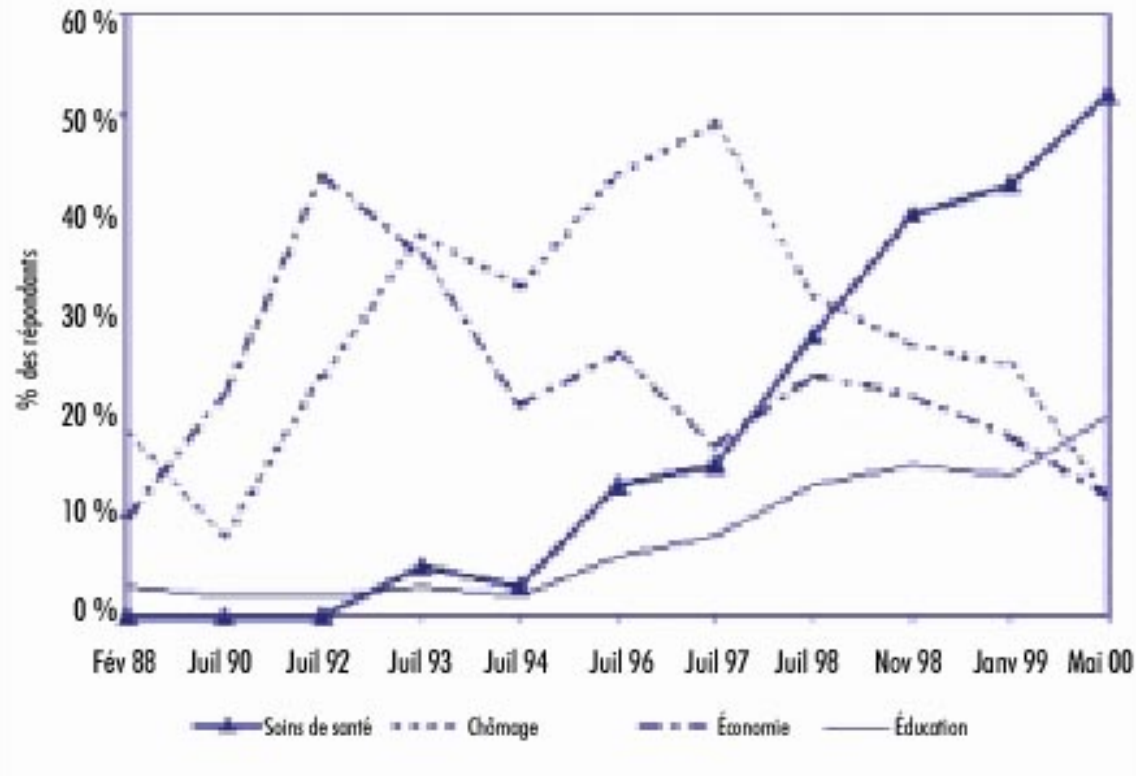
Figure 6



Une priorité pour les Canadiens

4

Si vous deviez vous arrêter pour penser à tous les enjeux auxquels le Canada doit faire face à l'heure actuelle, lequel, selon vous, devrait retenir le plus l'attention de nos dirigeants? Des sondages Angus Reid posent cette question aux Canadiens depuis plus de dix ans. Depuis 1998, la santé est le premier enjeu sur la scène nationale. En mai 2000, plus de la moitié des personnes interrogées ont indiqué que les soins de santé étaient la priorité, plus du double que le deuxième choix.

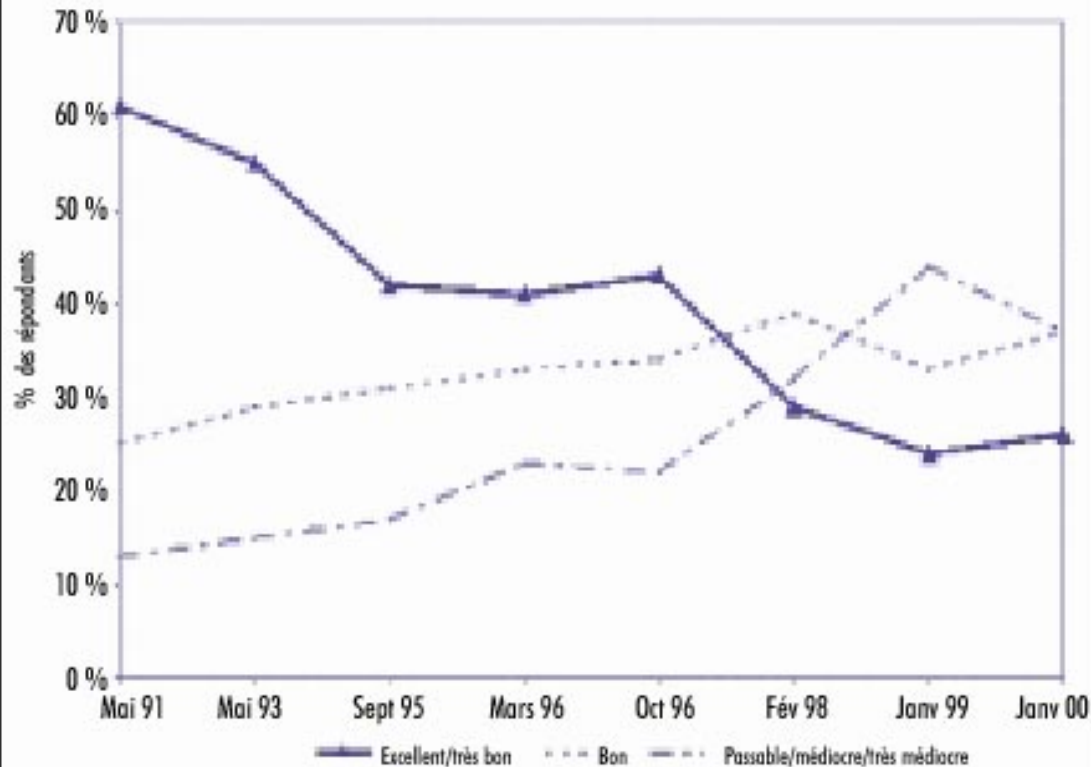


Source : Le Conference Board du Canada. Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results. Ottawa. Le Conference Board du Canada.

Comment les Canadiens ont évalué leur système de santé

6

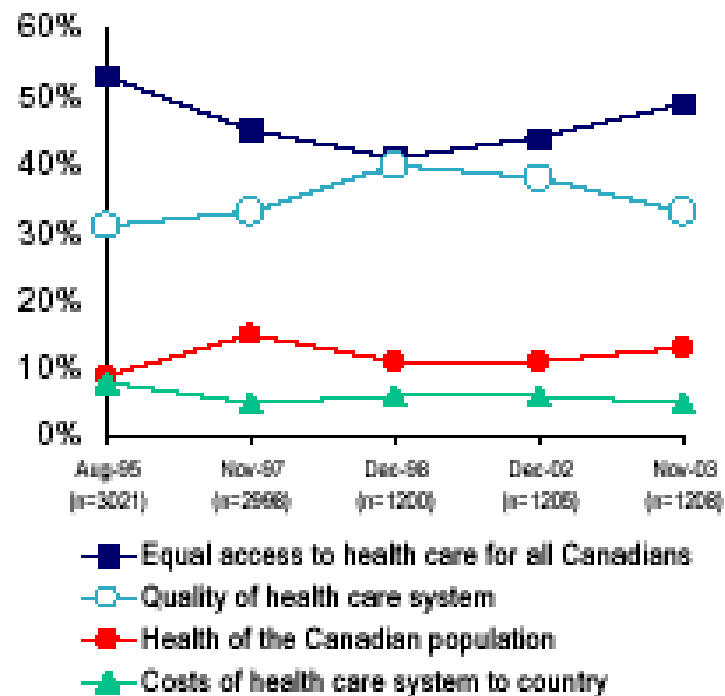
La plupart des répondants aux sondages Angus Reid des dix dernières années ont coté le système de santé comme bon ou meilleur qu'avant. Par contre, la proportion de ceux qui ont dit que le système était excellent ou bon est passée d'un peu plus de 60 % en 1991 à environ 25 % aujourd'hui. Remarque : Les résultats sont considérés comme justes dans une marge de 2,5 points de pourcentage, 19 fois sur 20.



Source : Le Conference Board du Canada (2000). Canadian's Values and Attitudes on Canada's Health Care System : A Synthesis of Survey Results. Ottawa. Le Conference Board du Canada.

Health Care: Ultimate Goals

Q: Which of the following aspects of health care is of greatest importance to you?



Copyright 2003
EKOS Research Associates Inc.
No Reproduction Without Permission

Tracking results from Rethinking Government

Apparition du concept de performance

- En réponse à la situation de crise les discours sur la nécessité de faire plus et mieux avec les ressources existantes se multiplient. Tous les projets de réforme parlent d'intégration, de qualité, de gains de productivité, de réingénierie des processus, de souplesse, d'innovation...
- Au début des années 90, la demande pour une plus grande imputabilité s'amplifie. Les concepts de performance et de gouvernance se répandent dans le domaine de la santé.
- Multiplication des démarches qualités, des tableaux de bord, des palmarès, des indicateurs de gestion...

Le dernier

QuickTime™ and a
TIFF (LZW) decompressor
are needed to see this picture.

QuickTime™ and a
TIFF (LZW) decompressor
are needed to see this picture.

Un malaise et une question

Un malaise :

À mesure que le nombre de ces démarches augmente, un malaise de plus en plus grand se manifeste chez les gestionnaires, les professionnels et les patients:

- ✓ Quels sens donner aux résultats ?
- ✓ Comment expliquer sa position par rapport à celle des autres ?
- ✓ Que faire pour améliorer sa position?

Une question :

Pourrait-on concevoir un système global et intégré d'évaluation de la performance qui serait en mesure d'orienter la gouverne des établissements de santé dans le sens d'une amélioration continue de leur performance ?

Plan

1. Pourquoi le concept de performance est-il devenu incontournable ?
- 2. La performance de quoi ?**
3. Comment définir la performance ?
4. Pourquoi et pour qui évaluer la performance?
5. Peut-on évaluer de façon opérationnelle la performance ? Un exemple.
6. L'évaluation de la performance, un moyen d'instrumenter la gouverne ?

Des organisations de santé

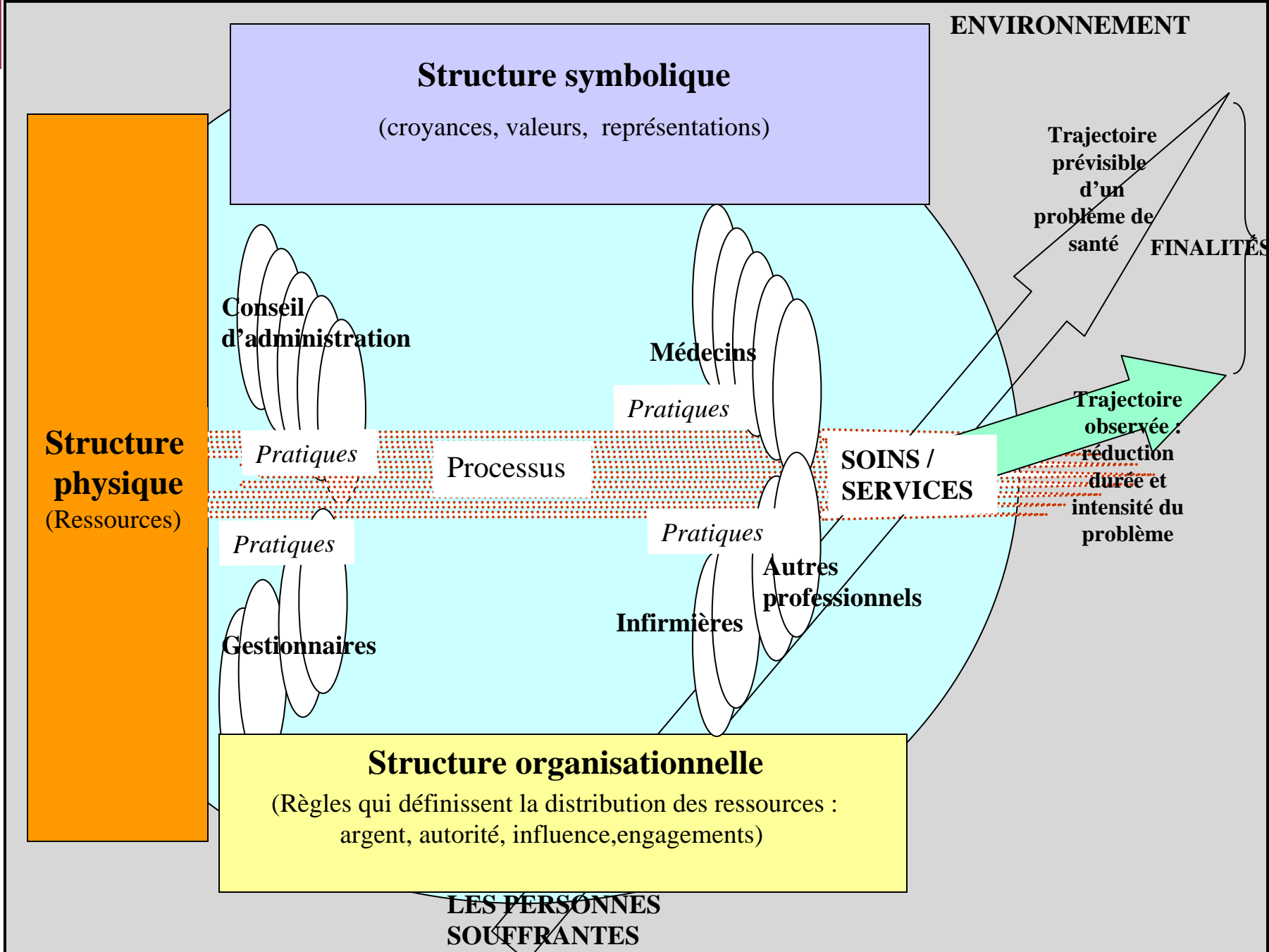
- Le système des services de santé et des services sociaux du Québec
- Les systèmes régionaux de soins coordonnés par les agences régionales
- Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
- Les CSSS
- Les hôpitaux spécialisés
- Les programmes cliniques (jeunes, diabète, MPOC,.....)

Une organisation de santé (CSSS, CHU) peut être conçue comme un système organisé d'action situé dans un contexte particulier (un pays, une région), à un moment donné.

Sa structure est constituée par l'interaction d'une structure physique particulière (bâtiments, architecture, plateaux techniques, ressources financières publiques et privées, information), d'une structure organisationnelle (lois, règlements, règles de fonctionnement, qui définissent comment sont distribuées les ressources) et d'une structure symbolique spécifique qui permet aux acteurs de communiquer et de trouver du sens à leurs actions.

La structure délimite un espace social structuré dans lequel des acteurs interdépendants (professionnels, gestionnaires, administrateurs, soignants,...) pratiquent. Leurs activités s'enchaînent dans des processus pour réaliser un ou des projets collectifs concourant à l'atteinte des finalités de l'organisation.

SYSTÈME ORGANISÉ D'ACTION



Les quatre fonctions des établissements de santé

Les établissements de santé, comme tout **système organisé d'action complexe**, doivent, au cours du temps, assumer quatre grandes fonctions, pour maintenir leur existence et se développer :

S'adapter, puiser dans leurs environnements les ressources nécessaires pour offrir des services.

Atteindre des buts qui sont valorisés (prévenir, diagnostiquer et traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux, réduire les inégalités à l'égard des soins et de la santé).

Produire de façon intégrée, organiser la coordination entre les parties, assurer la qualité, être productif.

Préserver et produire des valeurs et du sens.

Hôpitaux promoteurs de santé

Déclaration de Vienne, OMS 1997

Les hôpitaux promoteurs de la santé doivent :

- (1) Promouvoir la dignité, l'équité et la solidarité et l'éthique professionnelle et reconnaître les différences dans les besoins, valeurs et cultures des différents groupes de la population.
- (2) Être orienté vers l'amélioration de la qualité, le bien-être des patients, des proches et du personnel, la protection de l'environnement et devenir des organisations apprenantes.
- (3) Mettre l'accent sur la santé dans une perspective holistique et non pas seulement curative.
- (4) Focaliser sur le personnel qui fournit les meilleurs services possibles aux patients et à leurs proches pour faciliter le processus de guérison et contribuer à l'empowerment des patients.
- (5) Utiliser les ressources de manière efficiente en respectant l'aspect coût-efficacité et attribuer les ressources en fonction de leur contribution à l'amélioration de la santé.
- (6) Établir des liens aussi étroits que possibles avec les autres niveaux du système de santé et la communauté.

FINALITÉS DES ORGANISATIONS DE SANTÉ

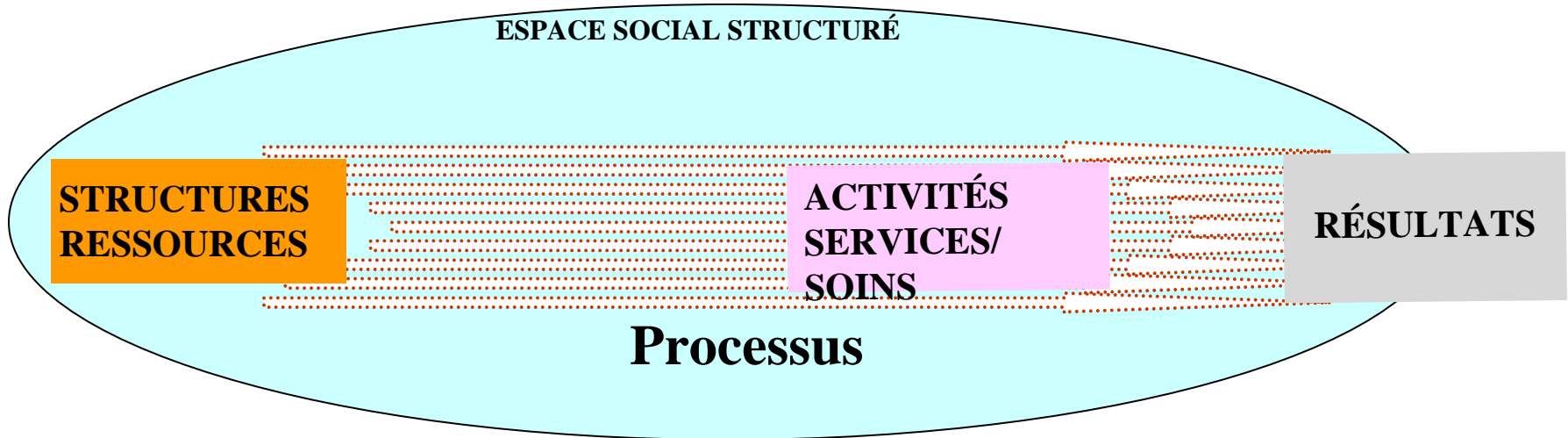
Finalité première : réduire l'incidence, la durée, l'intensité et les conséquences des problèmes de santé et des problèmes sociaux.

Autres finalités : contribuer à

- ⇒ créer de l'**équité**,
- ⇒ la **formation** et la **recherche**,
- ⇒ maintenir un sentiment collectif de **sécurité** par rapport à la maladie dans la communauté,
- ⇒ **améliorer la santé de la population**

mais elles n'ont **pas de responsabilité directe et encore moins exclusive** sur l'ensemble des conditions sociales, économiques, culturelles, démographiques qui affectent la capacité des personnes à vivre bien et longtemps.

Définition d'un processus



Un processus est :

- Un ensemble cohérent d'activités reliées entre elles par des flux matériels et informationnels,
- se déroulant dans un espace et un temps déterminé,
- produisant des bien ou des services à partir de ressources
- et répondant à une finalité commune (résultat),
- à destination d'un client interne ou externe.

Claveranne, JP; Pascal, C (2004) *Repenser les processus à l'hôpital*. Paris : Médica Édition (p 17)

Pour réduire l'incidence, la durée, la gravité et les conséquences des problèmes de santé et des problèmes sociaux, il faut élaborer et mettre en œuvre des processus pour :

- Accueillir
- Observer
- Diagnostiquer
- Traiter
- Orienter
- Pallier
- Suivre
- Prévenir

Les patients et leurs problèmes

En étant attentif aux aspects techniques et interpersonnels de la qualité des soins

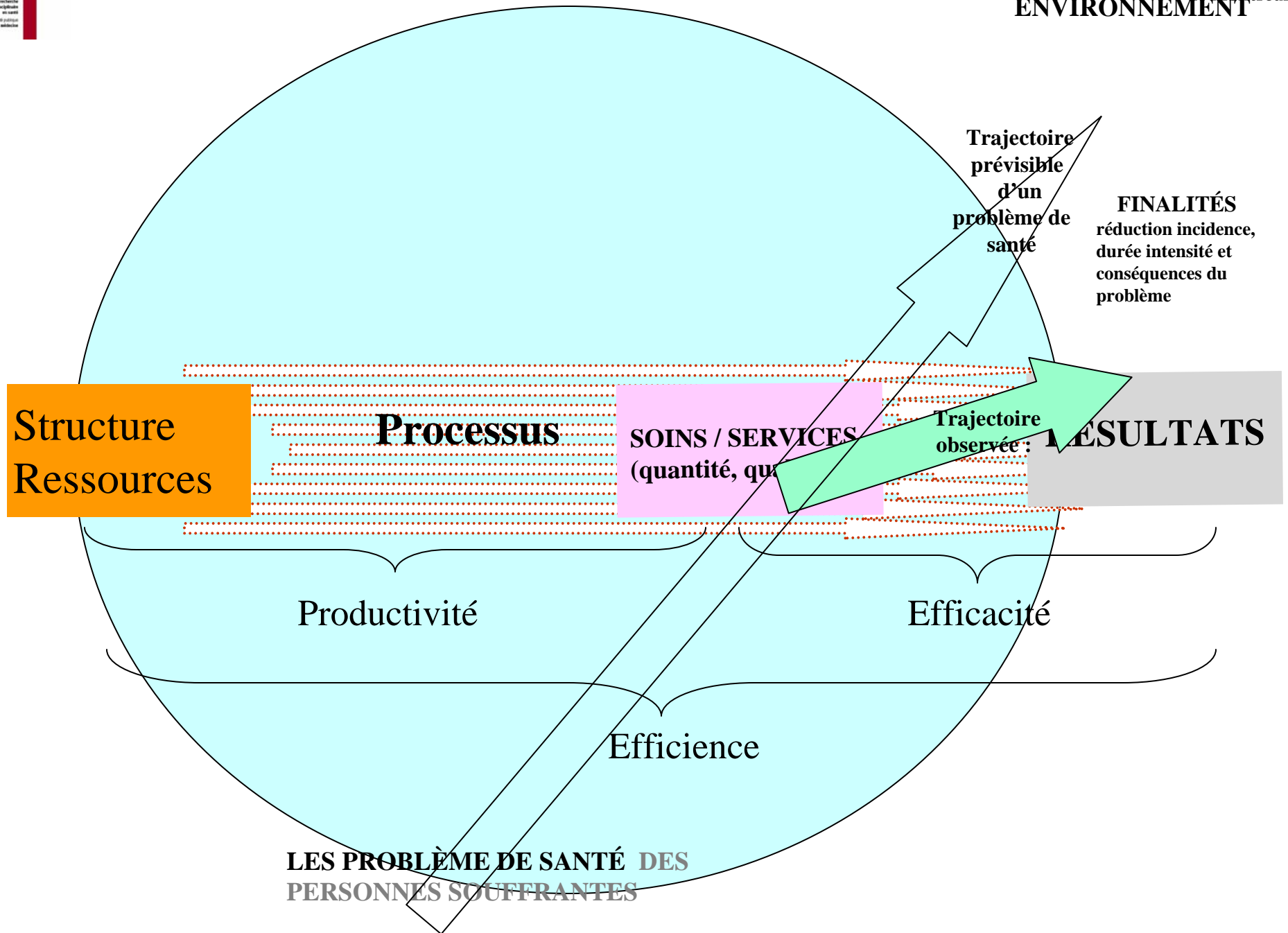
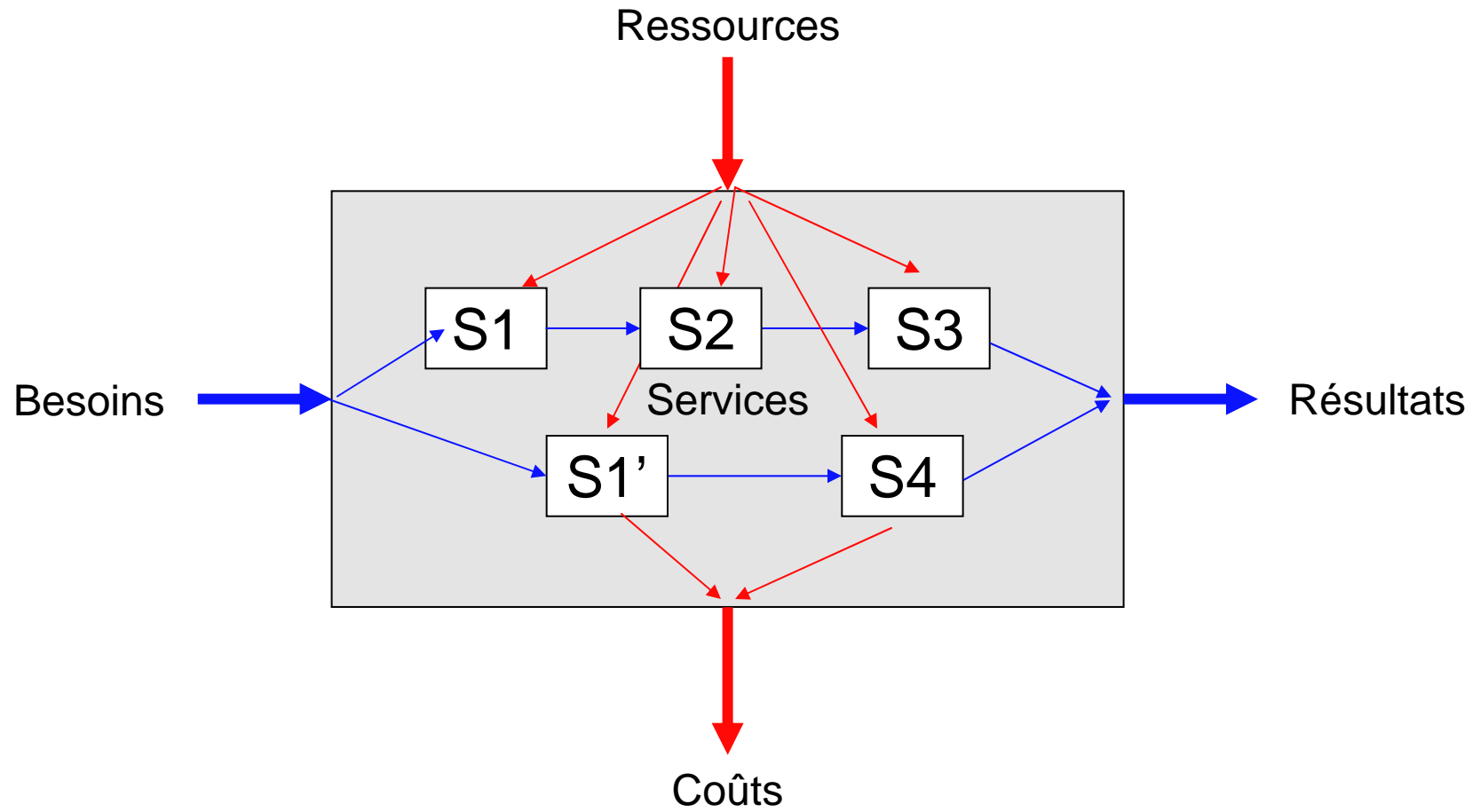
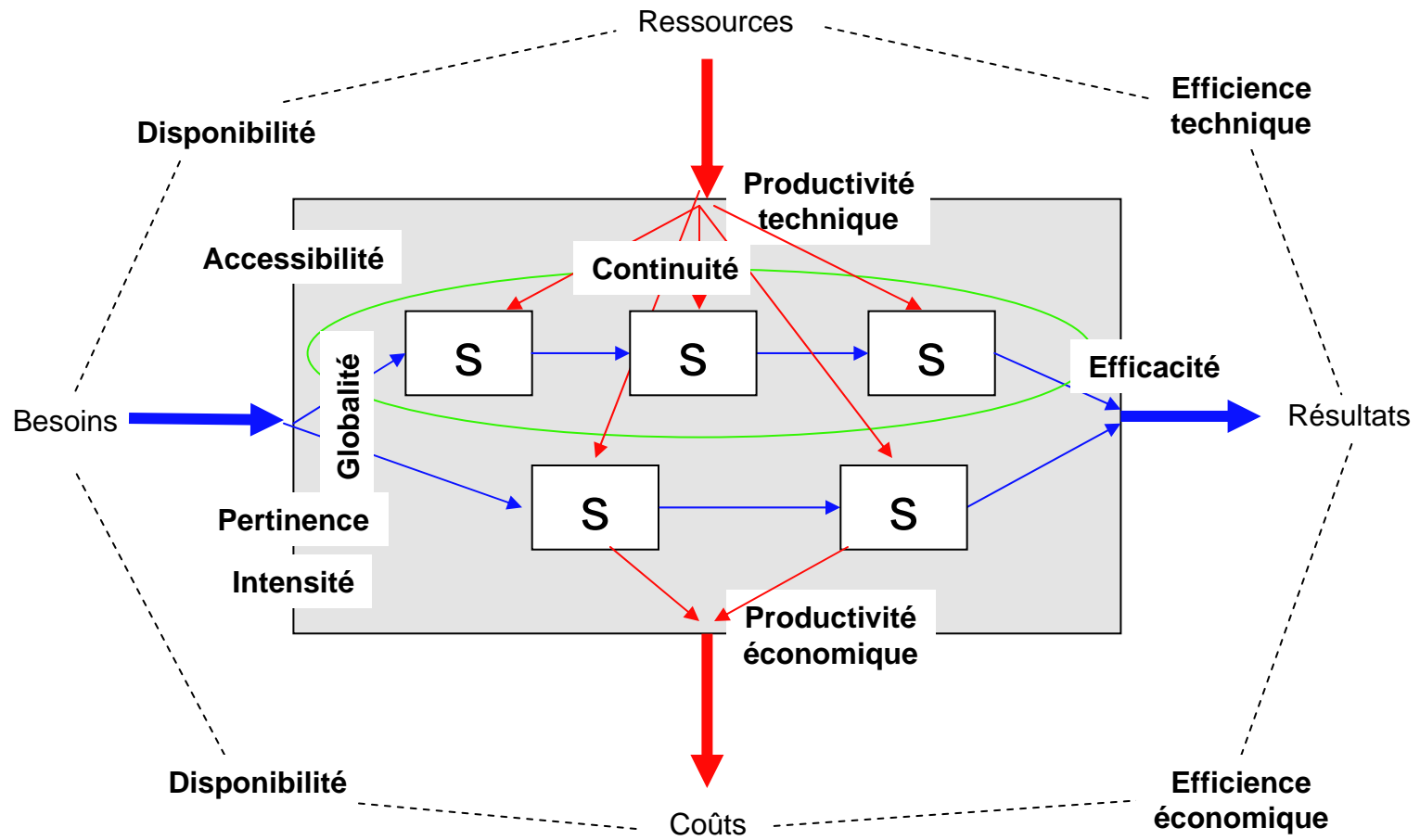


Figure 1

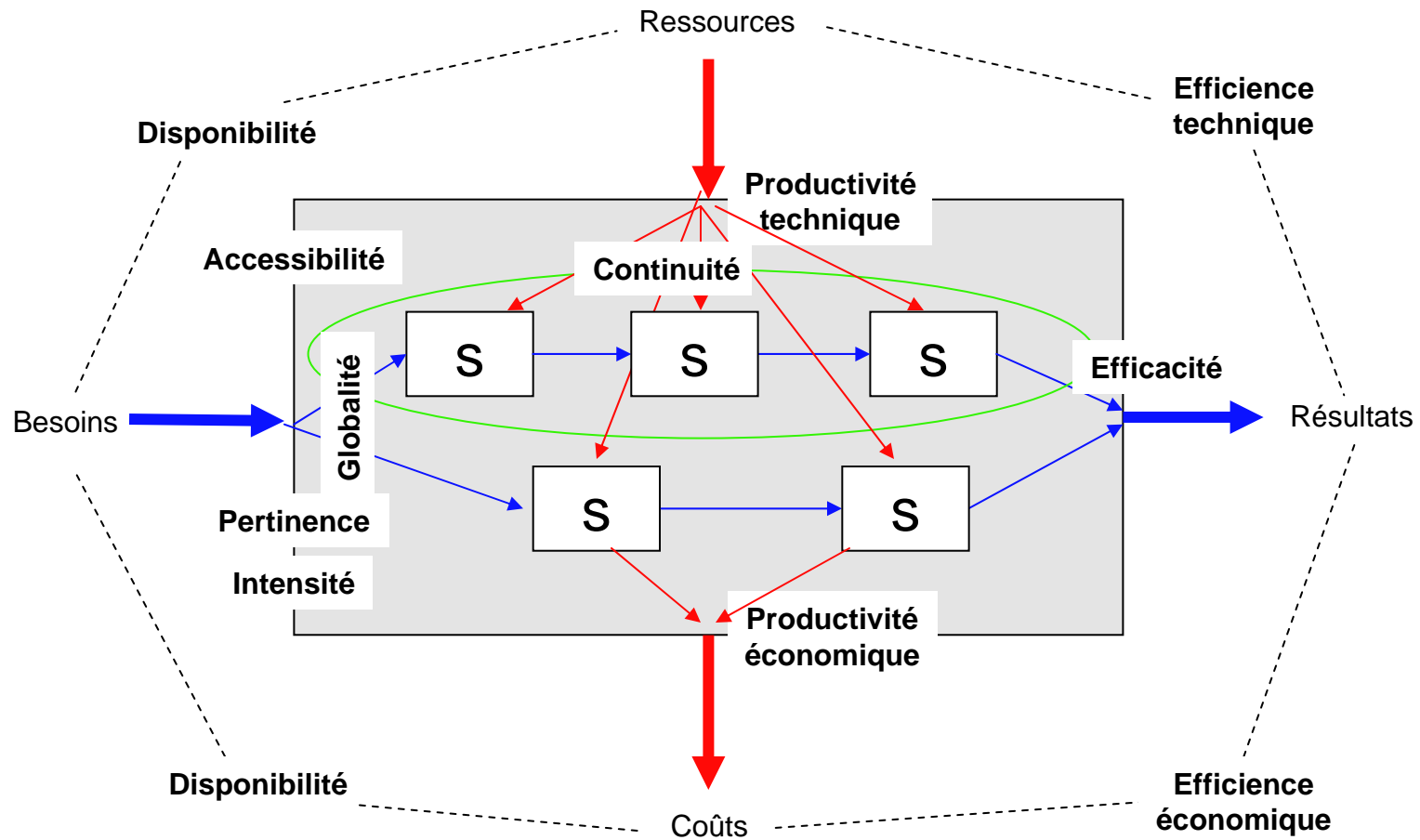


Plan

1. Pourquoi le concept de performance est-il devenu incontournable ?
2. La performance de quoi ?
- 3. Comment définir la performance ?**
4. Pourquoi et pour qui évaluer la performance?
5. Peut-on évaluer de façon opérationnelle la performance ? Un exemple.
6. L'évaluation de la performance, un moyen d'instrumenter la gouverne ?



Performance



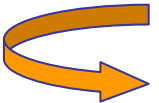
Modèles de performance organisationnelle

1. «Modèle rationnel»



Une organisation est performante si elle atteint ses buts officiels

2. «Modèle d'acquisition des ressources»



Une organisation est performante si elle parvient à obtenir les ressources dont elle a besoin pour survivre et croître

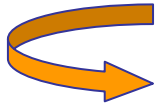
3. «Modèle des processus internes»



Une organisation est performante si elle fonctionne sans heurt. L'emphase est sur la qualité des processus de production

Modèles de performance organisationnelle

4. «Modèle des relations humaines»



Une organisation est performante si elle parvient à créer et maintenir un milieu de travail sain et des relations harmonieuses entre les différents acteurs

5. «Modèle des groupes d'intérêt»



Une organisation est performante si elle parvient à satisfaire minimalement les divers groupes d'intérêt (parties prenantes) internes et externes

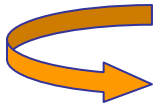
6. «Modèle de la légitimité sociale»



Une organisation est performante si elle survit et se maintient en s'engageant dans des activités considérées légitimes par sa communauté d'appartenance

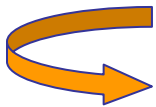
Modèles de performance organisationnelle

7. «Modèle centré sur l'erreur»



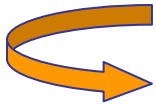
Une organisation est performante si elle montre une absence de fautes ou de caractéristiques de non-performance

8. «Modèle comparatif»



Une organisation est performante si elle est jugée meilleure que des organisations similaires (bench marking).

9. «Modèle du système d'action rationnelle»



Suivant les théories de l'action en sociologie (Weber), de la science des systèmes (Von Bertalanffy), de Donabedian, la performance peut s'appréhender par des indicateurs de structure, de processus et de résultats et par des indicateurs de productivité, d'efficiency et d'efficacité.

Réconciliation des modèles de performance organisationnelle

I. La performance est contingente

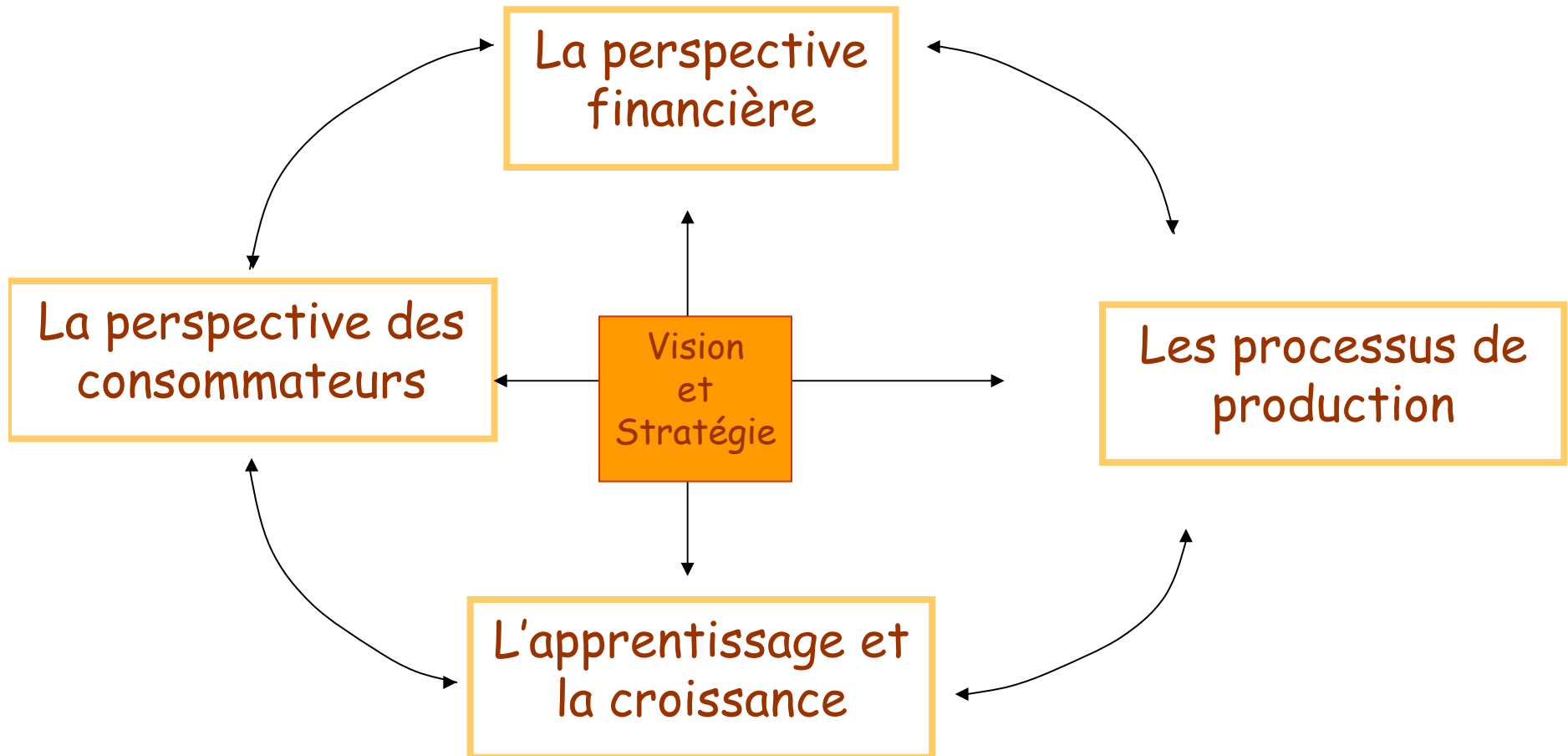
TOUS LES MODÈLES DONNENT DES INFORMATIONS PERTINENTES À DES MOMENTS DIFFÉRENTS, POUR DES ACTEURS DIFFÉRENTS.

II. La performance est paradoxale

L'évaluation de la performance selon différents modèles peut produire des résultats contradictoires. La performance doit refléter ses paradoxes.

Besoin d'une approche globale, intégrative, configurationnelle qui puisse tenir compte de TOUS LES MODÈLES EN MÊME TEMPS

Le tableau de bord équilibré Balanced Scorecard



Source : Kaplan et Norton, 1992, 1993, 1996

Conceptualisation de la performance

Pour concevoir un **modèle global et intégré** de la performance, deux idées :

- S'appuyer sur une conceptualisation générique des organisations de santé. Les considérer comme des système organisé d'action (Parson, Bouricaud, Rocher, Bourdieu,.....)
- Définir la performance à partir des grandes fonctions que doit en permanence accomplir un système organisé d'action.

Un article synthèse

- SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.C., BARNSLEY, J., BÉLAND, F., LEGGAT S.G., DENIS, J.L., BILODEAU, H., LANGLEY, A., BRÉMOND, M., BAKER, G.R. (1998). «A conceptual framework analysis of health care organizations performance», *Health services management research*, n°11.

Au fond être performant pour une organisation c'est assumer de façon équilibrée les quatre grandes fonctions que doit remplir tout système organisé d'action :

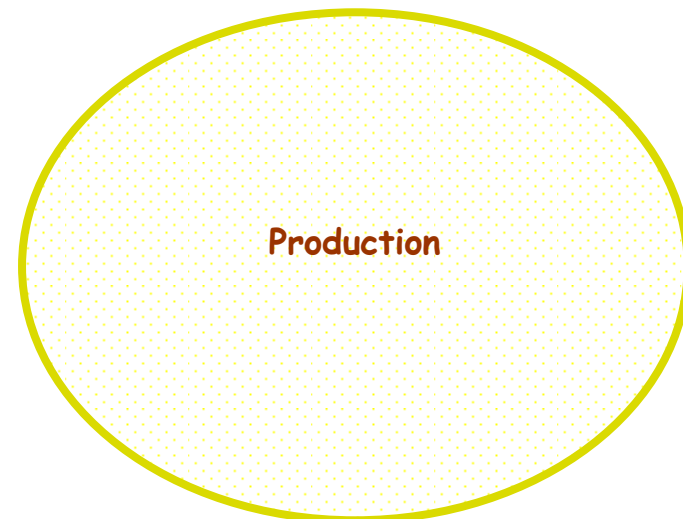
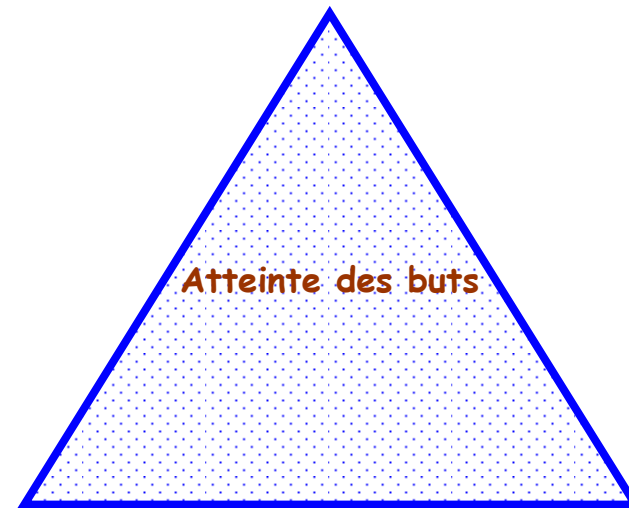
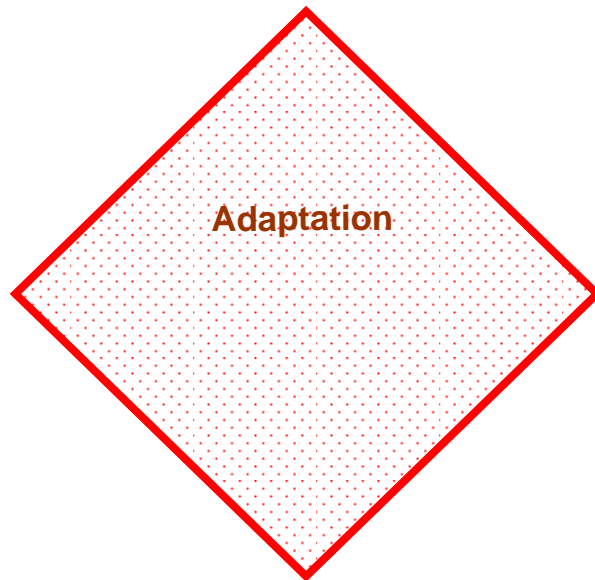
S'adapter, puiser dans leurs environnements les ressources nécessaires pour offrir des services.

Atteindre des buts qui sont valorisés (prévenir, diagnostiquer et traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux, réduire les inégalités à l'égard des soins et de la santé).

Produire de façon intégrée, organiser la coordination entre les parties, assurer la qualité, être productif.

Préserver et produire des valeurs et du sens.

Modèle intégrateur de la performance



Modèle intégrateur de la performance

Adaptation

- 2- Acquisition des ressources
- 5- Groupes d'intérêts
- 6- Légitimité sociale
- 9- Système d'action rationnelle (structure)
- 8- Comparatif

Atteinte des buts

- 1- Atteinte des buts
- 9- Système d'action rationnelle (résultats)
- 8- Comparatif

Maintien des valeurs

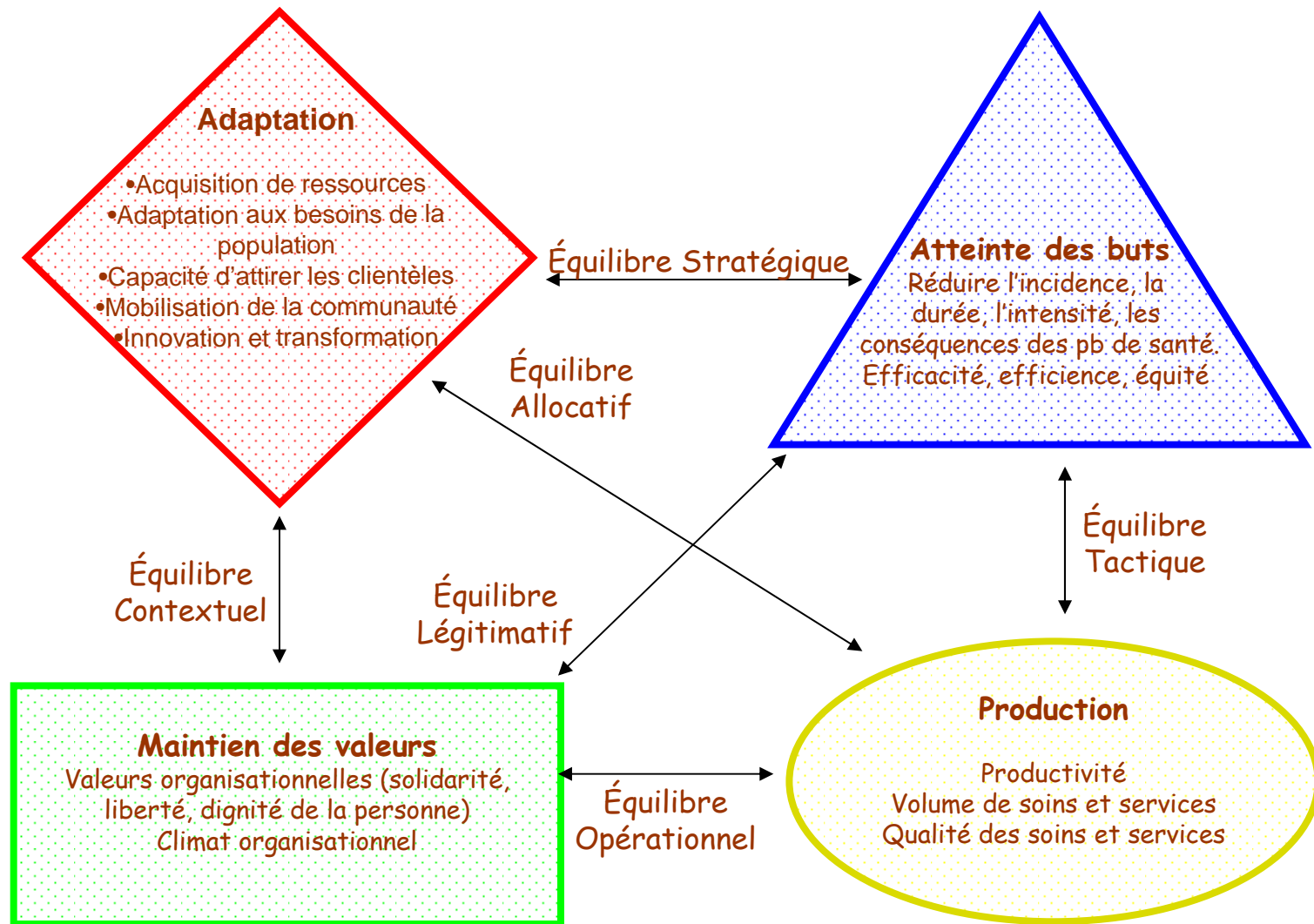
- 4- Relations humaines
- 5- Groupes d'intérêts

Production

- 3- Processus internes
- 7- Les erreurs
- 9- Système d'action rationnelle (processus)
- 8- Comparatif

Modèle d'Évaluation Générale et Intégré de la Performance du système de santé (EGIPSS)

Dimensions et sous-dimensions de la performance



DÉFINITION DE LA PERFORMANCE

La performance d'une organisation se manifeste par sa capacité **1)** à réaliser sa mission (*goal achievement*), à acquérir et contrôler des ressources (argent, prestige), à produire des services de qualité avec productivité et à maintenir et développer des valeurs communes (culture organisationnelle) et **2)** à établir et à maintenir une tension dynamique entre la réalisation de ces quatre fonctions.

L'appréciation de la performance repose ainsi, non seulement, sur la mesure d'indicateurs de réussite dans chacune des quatre fonctions de l'organisation, mais aussi sur le caractère dynamique de la tension qui existe entre les quatre pôles, c'est-à-dire sur la capacité de la gouverne à orchestrer les échanges et les négociations entre les quatre fonctions par les différents acteurs.

DÉFINITION DE LA PERFORMANCE (suite)

La performance d'une organisation ne peut se concevoir qu'en relation avec la performance de chacune de ses composantes et avec celle du réseau constitué par les autres organisations avec lesquelles elle interagit.

C'est seulement dans la mesure où la performance d'une organisation contribue à la performance du réseau qu'elle est véritablement performante.

Définition de la performance

La performance organisationnelle est un construit multidimensionnel qui devrait permettre aux différentes parties prenantes de **débattre et d'élaborer un jugement** sur les qualités essentielles et spécifiques de l'organisation en fonction de leurs croyances, connaissances, responsabilités, intérêts, projets.....

Plan

1. Pourquoi le concept de performance est-il devenu incontournable ?
2. La performance de quoi ?
3. Comment définir la performance ?
- 4. Pourquoi et pour qui évaluer la performance?**
5. Peut-on évaluer de façon opérationnelle la performance ? Un exemple.
6. L'évaluation de la performance, un moyen d'instrumenter la gouverne ?

Pourquoi?

1. Demandes croissantes d'imputabilité :

- . Le public, et donc l'appareil politique et technocratique, s'inquiète
- . L'impact des réformes et des restructurations reste à démontrer

Pour répondre à ce besoin il faut des indicateurs peu nombreux dont la validité et la pertinence fait l'objet d'un large consensus

Pourquoi?

2. Volonté d'amélioration continue de la performance :

Confronté à l'accroissement continue des attentes de la population envers le système de santé, à la nécessité de contrôler les coûts et à l'existence de variations importantes de productivité et de qualité, les pouvoirs publics exercent des pressions croissantes sur les gestionnaires et les professionnels pour qu'ils **améliorent de façon continue** l'utilisation des ressources, la qualité et les résultats.

Pour cela il faut des informations en temps réel sur les processus de fonctionnement de l'hôpital. La qualité intrinsèque des indicateurs est moins importante que le sens que les décideurs leur donnent.

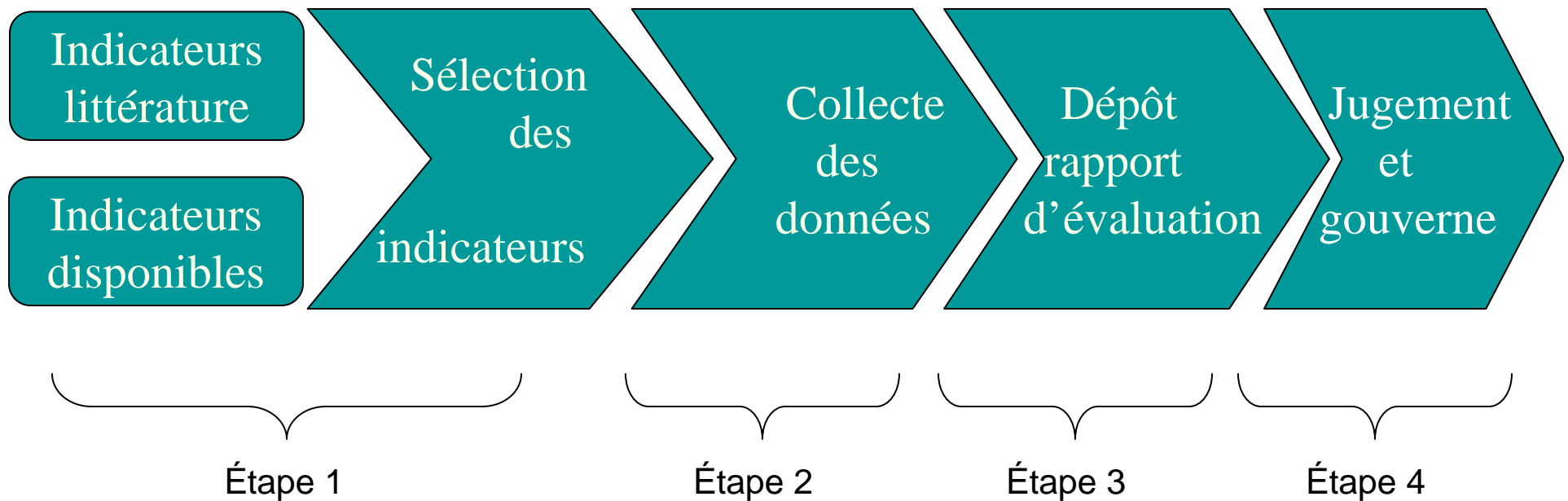
Caractéristiques de différents systèmes de mesure de la performance

	Amélioration	Imputabilité	Recherche
Pour qui?	Professionnels Équipes AQ Administrateurs	Gouvernement Public Assureurs	Scientifiques Public Professionnels et gestionnaires
Pourquoi?	Compréhension des processus Motivation Évaluation des changements But formatif	Comparaison Choix Motivation Génération de changement But sommatif	Créer de nouvelles connaissances But fondamental
Quoi? Indicateurs Collecte Validité Période Variables confondantes	Peu Simple Approximative Courte, actuelle À considérer mais rarement mesurées	Très peu Complexe Robuste Longue, passée Décrire et tenter de mesurer	Plusieurs Complexe Très robuste Longue, passée Essentiel de mesurer et d'analyser

Plan

1. Pourquoi le concept de performance est-il devenu incontournable ?
2. La performance de quoi ?
3. Comment définir la performance ?
4. Pourquoi et pour qui évaluer la performance?
- 5. Peut-on évaluer de façon opérationnelle la performance ? Un exemple.**
6. L'évaluation de la performance, un moyen d'instrumenter la gouverne ?

Les étapes de l'opérationnalisation d'un système de mesure de la performance



Étape 1: Sélection des indicateurs



Pour mesurer la performance deux exigences

Exigences de **parcimonie et d'exhaustivité**
dans le choix **des indicateurs** en fonction
du pourquoi et pour qui.

Exigences de **disponibilité et de qualité**
des données

Ce que l'on **mesure** dépend

- . de nos valeurs
- . de nos intentions

Ce qu'on choisit de mesurer est **un message** de ce qui est valorisé et de ce l'on veut valoriser.

Systeme d'appréciation de la performance: Expérience pilote en Montérégie

- Contexte du mandat:
 - La Montérégie a besoin d'un système intégré de mesure de la performance
 - Le GRIS a développé une expertise
 - PATH
 - EGIPSS
 - Accord pour élaborer et mettre au point un système de mesure de la performance des CSSS en Montérégie
 - Phase préliminaire (court terme) : 2005-2006
 - Phase finale (moyen terme) : 2006-2009

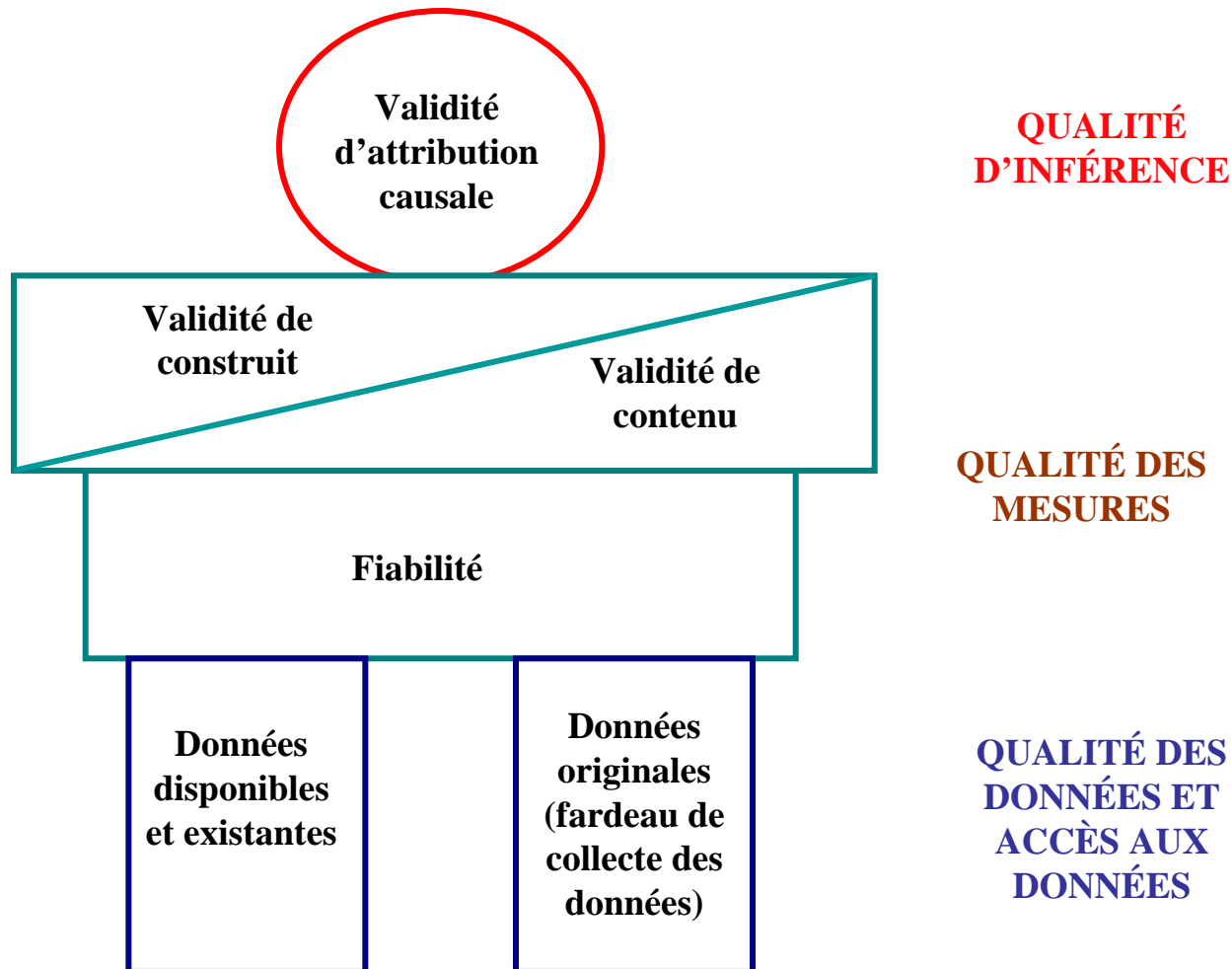
Recension des indicateurs de la littérature

- **Sources reconnues**
 - OMS, OCDE, ICIS, OHA, AHRQ, ACHS, NHS, ...
- **Liste importante**
 - 1739 entrées,
 - 717 indicateurs
- **Classés par sous-dimensions du modèle EGIPSS**

Recension des indicateurs de la Montérégie

- **Sources multiples**
 - **ACCÈS, CONSOM, I-CLSC, Rapports financiers, indicateurs de gestion/ententes de gestion, banque de données ressource humaine, indicateur de santé publique (Portraits Québec, plan de surveillance Québec, Éco-Santé), ressources institutionnelles santé, rapport sur les organismes communautaires, données sur les infections nosocomiales**
- **Liste d'indicateurs**
 - **908 entrées**
 - **données recensées ne sont cependant pas toute mises à jour régulièrement**
- **Classés par sous-dimensions du modèle EGIPSS**
 - **174 sur l'adaptation**
 - **10 sur le maintien des valeurs**
 - **267 sur la production**
 - **457 sur l'atteinte des buts**

Stratégie de sélection des indicateurs en fonction des exigences de disponibilité, faisabilité et qualité



De la phase 1 à la phase 2

Dimension	Sous-dimension	Sous-sous-dimension	Nombre d'indicateurs		
			Phase 1	Phase 2	A développer
Adaptation	Acquisition des ressources	Capacité	13	23	
		Viabilité	3	11	
	Adaptation aux besoins de la population		14	18	
	Capacité d'attirer les clientèles		3	6	
	Innovation et transformation		3	3	*
	Mobilisation de la communauté		1	3	
Maintien des valeurs	Climat organisationnel		6	12	*
	Valeurs organisationnelles		0	1	*
Production	Productivité		14	14	
	Qualité	Accessibilité	7	11	*
		Continuité/Coordination	1	6	*
		Globalité	0	2	*
		Humanisation	2	4	*
		Qualité technique et sécurité	12	10	
Volume de soins et de services		0	9		
Atteinte des buts	Efficacité		3	14	
	Efficience		0	3	*
	Équité	Équité d'accès	2	8	*
	Satisfaction des groupes d'intérêt		1	2	*
Total			85	160	

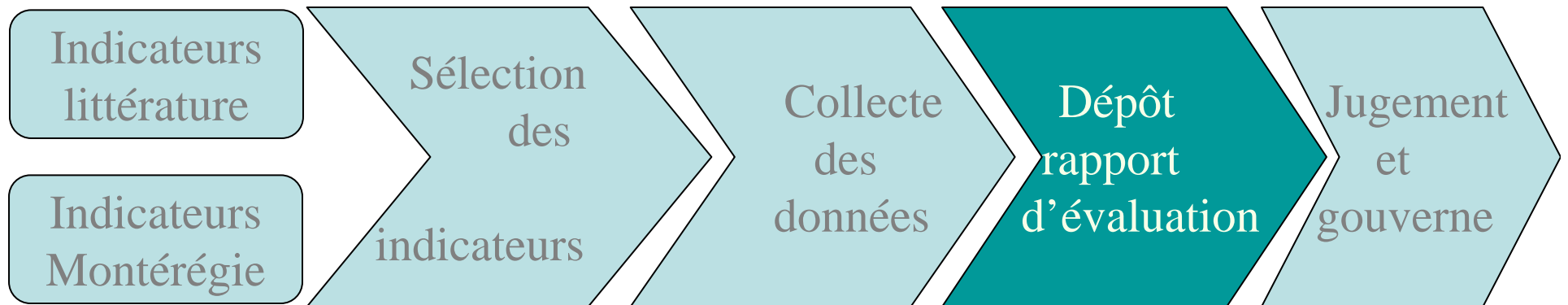
Étape 2: Collecte des données



Collecte des données avec la collaboration de l'Agence

- **Med-Écho:** hospitalisation, réadmission, complications, etc
- **SIFO:** coûts par capita, taux administratif
- **Données ressources humaines:** effectifs non médicaux, taux d'absentéisme, roulement, heures en formation
- **Indicateurs de santé publique (les portraits):** taux de mortalité et hospitalisation évitables, taux de vaccination, espérances de vie, AVPP, bébé faible poids, etc
- **Données CONSOM:** offre de médecins, indice d'accès, coûts et utilisation des services médicaux
- **Données I-CLSC:** utilisation par programme, taux d'usagers
- **Données ACCÈS:** délais d'attente pour r place, ratio demandes/admission, nombre de places en CHSLD, ...
- **Rapports de l'Agence:** organismes communautaires, séjours de plus de 48h à l'urgence, ...
- **Site du ministère:** listes d'attente

Étape 3: Rapport d'évaluation



Le logiciel EGIPSS

- Il s'agit d'un logiciel d'exploitation de données qui présente les résultats sous forme de tableaux et graphiques par dimension, par sous-dimension ainsi que par indicateur.

Rapport détaillé des indicateurs par CSSS

1. ADAPTATION

Exemple de rapport - à titre illustratif seulement

1A. Acquisition des ressources

1A1. Capacité

1A1.1a Coûts par capita - CHCD

	CSSS	RÉGION	QUÉBEC
2001-2002	536	495	893
2002-2003	563	516	924
2003-2004	576	550	966

1A1.1c i) Coûts par capita - CLSC soutien à domicile

	CSSS	RÉGION	QUÉBEC
2001-2002	41	39	n.d.
2002-2003	45	43	n.d.
2003-2004	51	48	n.d.

1A1.1b Coûts par capita - CLSC et CHSLD combinés

	CSSS	RÉGION	QUÉBEC
2001-2002	261	324	459
2002-2003	271	338	473
2003-2004	287	363	509

1A1.1c ii) Coûts par capita - CLSC jeunesse*

	CSSS	RÉGION	QUÉBEC
2001-2002	124	136	n.d.
2002-2003	144	153	n.d.
2003-2004	159	172	n.d.

*population de moins de 20 ans

1A1.1c iii) Coûts par capita - CLSC services de santé

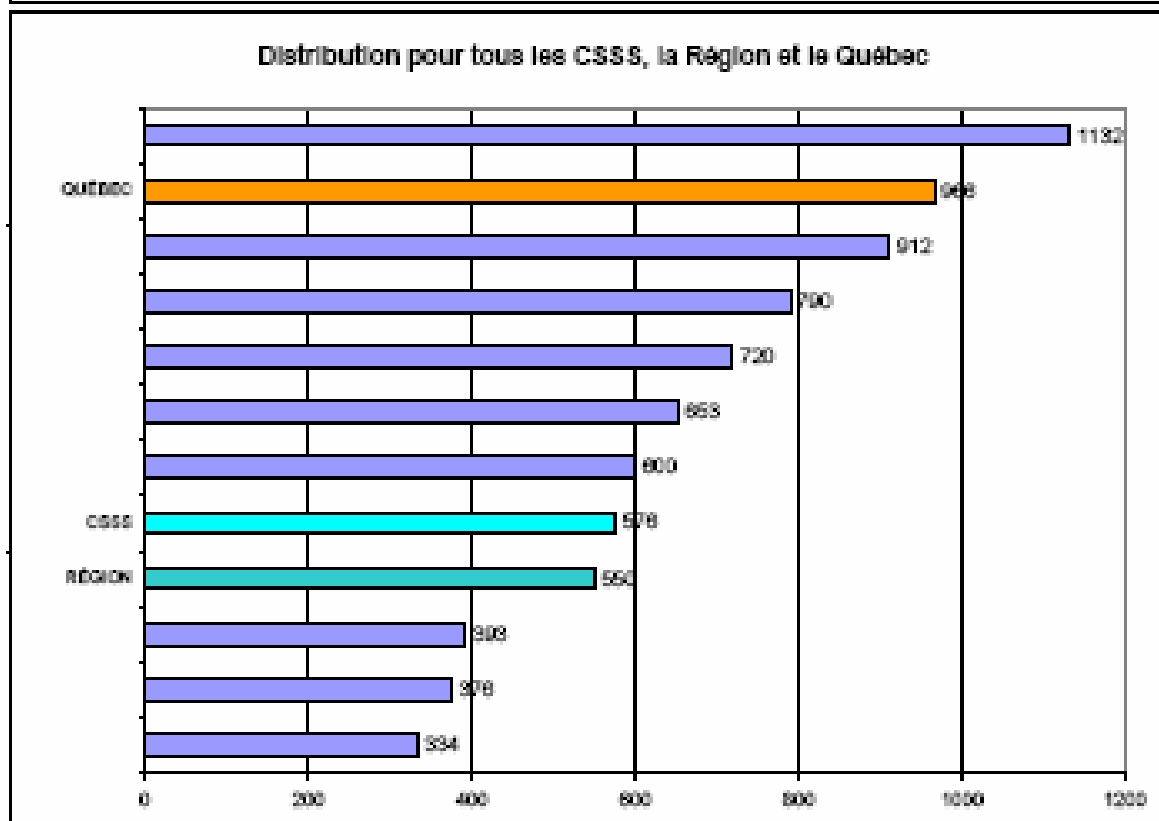
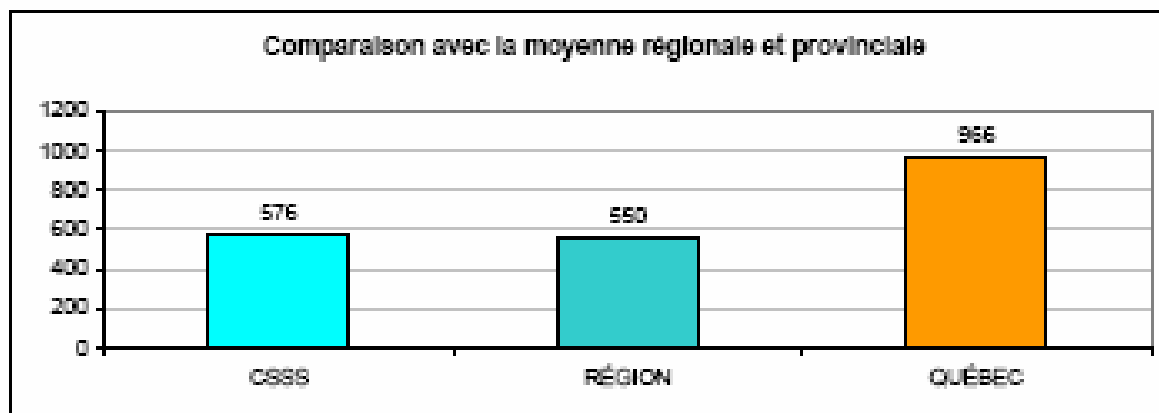
	CSSS	RÉGION	QUÉBEC
2001-2002	4	6	n.d.
2002-2003	5	7	n.d.
2003-2004	5	8	n.d.

1A1.1c iv) Coûts par capita - CLSC services psychosociaux

	CSSS	RÉGION	QUÉBEC
2001-2002	7	7	n.d.
2002-2003	7	7	n.d.
2003-2004	7	7	n.d.

Performance comparative par indicateur pour l'année la plus récente

1A1.1a Coûts par capita - CHCD (\$) (2003-2004)



Bilan par sous-dimension

CSSS X

1.ADAPTATION 1A. Acquisition des ressources

indicateur	période	ratio	
		CSSS Montérégie	constat ¹ évaluatif
Coûts par capita - CHCD	2003-2004	1,19	+
Coûts par capita - CLSC et CHSLD combinés	2003-2004	0,85	-
Taux de lits par 1000 habitants en CHCD	2003-2004	1,22	+
Taux de places par 1000 habitants en CHSLD	2004-2005	0,98	=
Taux de médecins (offre ETP) par 1000 habitants - omnipraticiens	2004	1,02	=
Taux de médecins (offre ETP) par 1000 habitants - spécialistes	2004	1,02	=
Taux de personnels soignants (ETP) par 1000 habitants - Équipe de soins	2003-2004	1,11	+
Taux de personnels (ETP) par 1000 habitants - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2003-2004	0,65	-
Taux de personnels (ETP) par 1000 habitants - Personnel de support	2003-2004	0,83	-
Proportion des employés détenteurs de poste à temps complet régulier (%)	2003-2004	0,95	=
Proportion des employés détenteurs de poste à temps partiel régulier (%)	2003-2004	1,17	+
*Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire (%)	2003-2004	0,98	=
*Proportion des heures travaillées par la main d'œuvre indépendante (%) - Équipe de soins	2003-2004	1,12	-
*Taux de dépenses en administration et en soutien aux services - CHSGS et CHSP	2003-2004	0,94	=
*Taux de dépenses en administration et en soutien aux services - CLSC et CHSLD combinés	2003-2004	0,74	+
*Proportion de la population insatisfaite des services de santé offert dans sa région	2000	1,11	=

4 + (performance élevée)

7 = (performance moyenne)

5 - (performance basse)

sur un total de 16 indicateurs

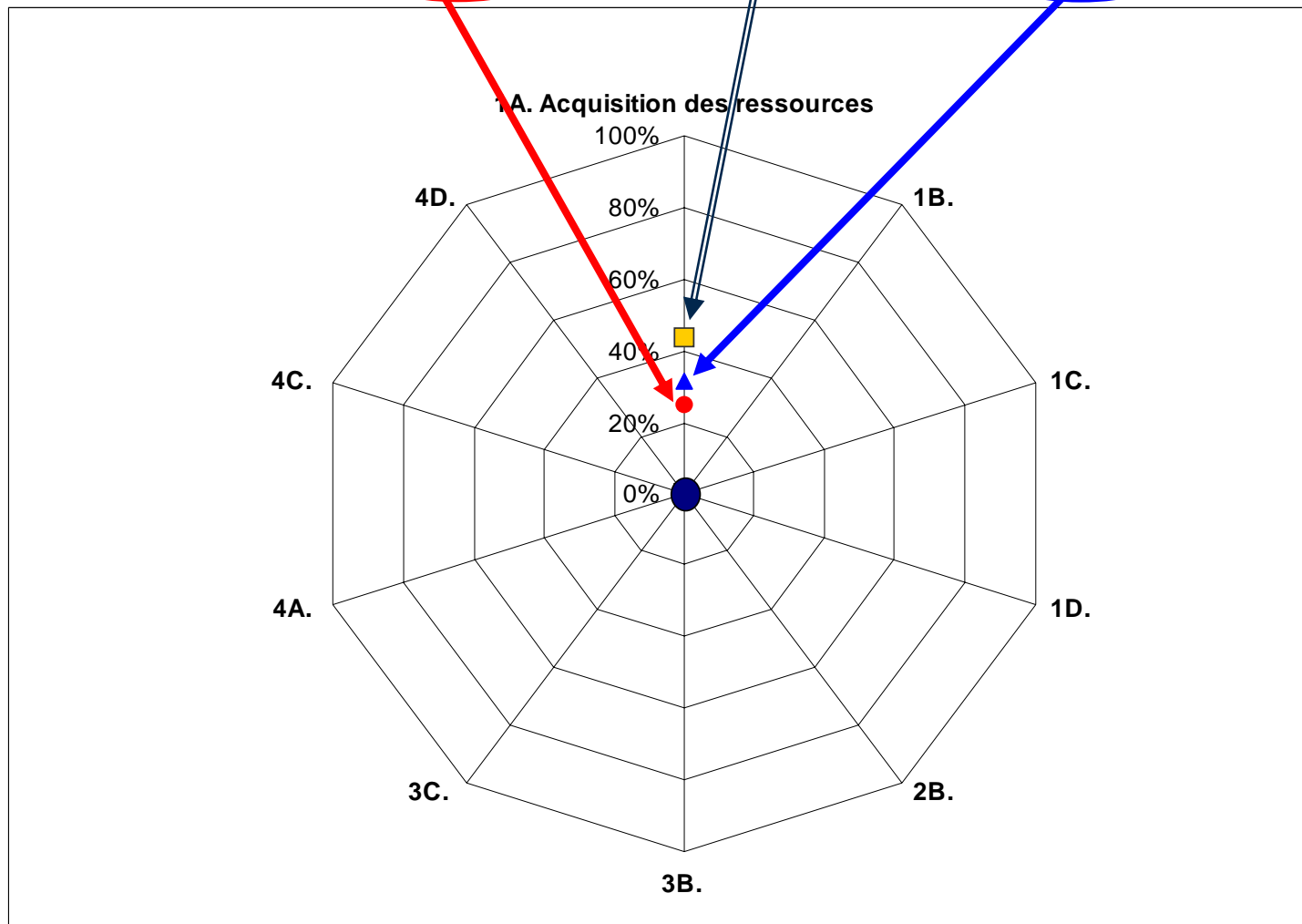
16 indicateurs

Bilan comparatif

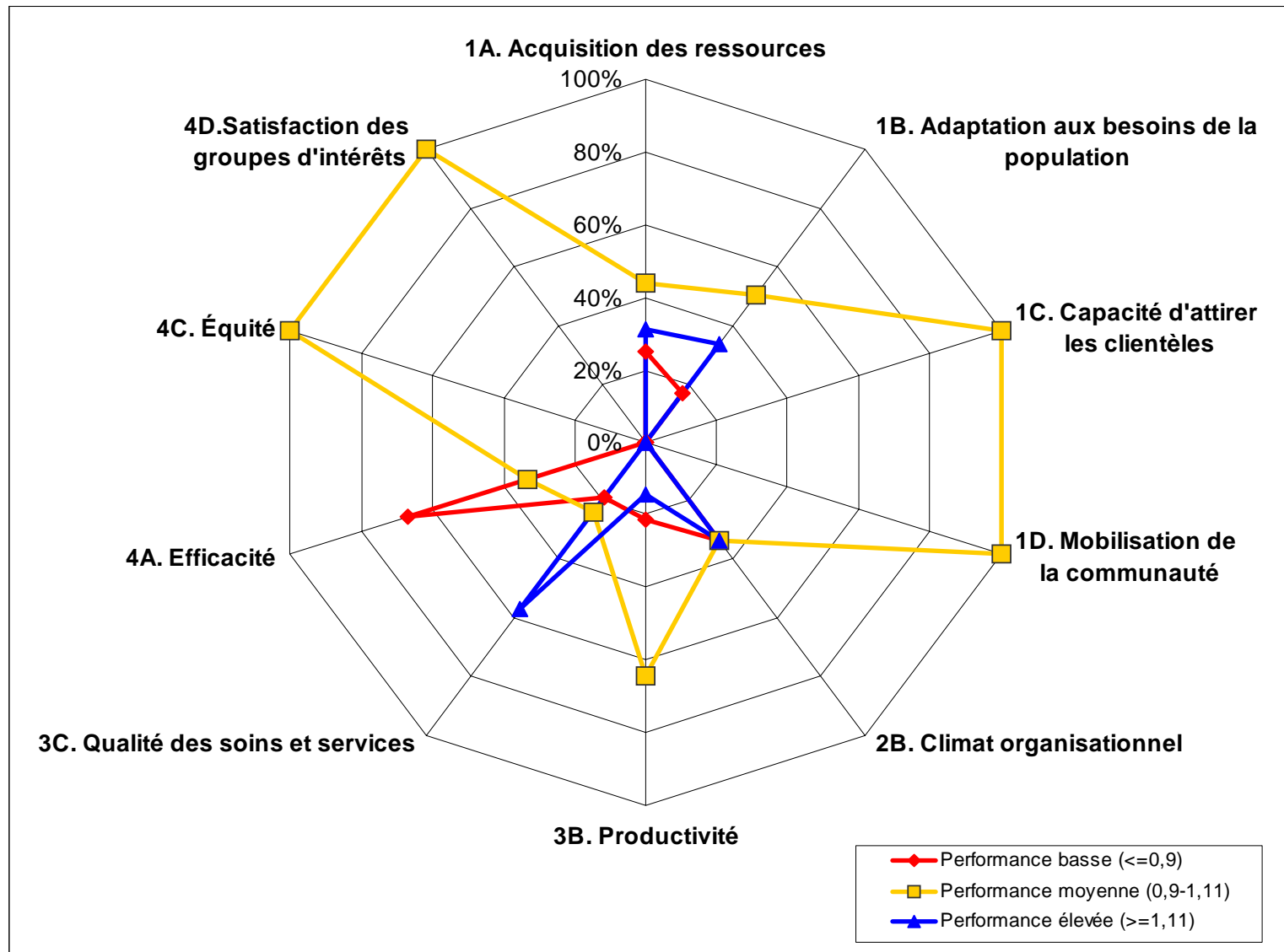
	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3	CSSS 4	CSSS 5	CSSS 6	CSSS 8	CSSS 9	CSSS 10
	Ratio CSSS/r gion	Ratio CSSS/r gion	Ratio CSSS/R gion	Ratio CSSS/R gion	Ratio CSSS/R gion	Ratio CSSS/R gion	Ratio CSSS/R gion	Ratio CSSS/R gion	Ratio CSSS/R gion
Dimension : 1. ADAPTATION									
1A. Acquisition des ressources									
1A1. Capacité									
Coûts par capita - CHCD (\$)	1.31	0.68	1.19	2.06	0.61	1.66	1.05	0.72	1.09
Taux de lits par 1000 habitants en CHCD	1.01	0.80	1.22	2.38	1.18	1.85	0.75	0.9	1.14
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire (%)	1.13	1.32	0.98	1.50	0.43	1.01	0.97	0.91	0.69
1A2. Viabilité									
Taux des dépenses en administration et soutien aux services (%) - CLSC et CHSLD combinés	0.90	1.12	0.74	0.98	1.03	1.03	0.94	1.03	1.16
1B. Adaptation aux besoins de la population									
Taux de mortalité vitale par les soins par 100E00X	1.05	0.92	0.98	1.31	1.8	1.28	0.96	0.89	1.24
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civile - toute population (%)	1.46	0.40	0.87	1.36	0.1	2.45	1.23	0.57	1.89
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civile - 75 ans et plus (%)	1.55	0.33	1.11	1.29	0.09	2.13	1.17	0.48	1.99
Proportion des jours-présence de LD en CD (%)	1.63	0.68	0.53	0.00	0.3	2.16	1.63	0.64	0.92
Taux de chirurgie d'un jour ajusté par âge par 100X	1.08	1.04	1.26	1.27	1.25	1.38	0.88	0.88	0.96
1C. Capacité d'attirer les clients									
Ratio d'entrées et de sorties hospitalières	1.14	0.84	1.09	1.69	0.7	1.27	0.81	0.97	1.28
1D. Mobilisation de la communauté									
1E. Innovation et transformation									
% personnes de 65 ans et plus ayant reçu le vaccin contre la grippe	1.05	0.97	0.97	1.08	1.02	0.94	1.04	1.05	1.05
Dimension : 2. MAINTIEN DES VALEURS									
2A. Valeurs organisationnelles									
2B. Climat organisationnel									
Ratio d'absentéisme sur les heures travaillées - Assurance-salaire (%)	0.80	0.91	1.15	1.15	0.76	1.04	1.11	0.97	0.83
Ratio d'absentéisme sur les heures travaillées - CSST (%)	0.72	1.77	0.92	0.88	0.39	1.35	1.36	1.15	0.85
Ratio d'absentéisme sur les heures travaillées - Autres congés sans soldes (%)	0.84	1.18	1.10	0.90	0.92	0.96	0.99	0.87	0.96
Dimension : 3. PRODUCTION									
3A. Volume de soins et services									
3B. Productivité									
Médiane de la durée de séjour - accident vasculaire cérébral (jours)	1.77	1.08	0.77	0.85	1.77	0.62	1.38	0.77	1.08
Médiane de la durée de séjour - accouchement naturel (jours)	1.00	1.00	1.50	1.00	N/A	1.00	1.00	1.00	0.75
Médiane de la durée de séjour - hystérectomie (jours)	1.00	1.00	1.33	1.33	1.67	1.00	1.00	1.00	1.00
Médiane de la durée de séjour - infarctus du myocarde (jours)	0.86	1.14	1.00	1.14	0.71	1.00	1.14	1.00	1.14
3C. Qualité									
3C1. Accès									
Taux d'attente de chirurgie par 100 lits - cataracte (6 mois et plus)	0.84	1.53	0.34	1.10	n.d.	3.12	0.49	1.77	0.31
Taux d'attente de chirurgie par 100 lits - arthroplastie de la hanche (3 mois et plus)	1.83	1.58	0.60	0.40	n.d.	1.33	0.00	1.29	2.89
Taux d'attente de chirurgie par 100 lits - arthroplastie du genou (3 mois et plus)	0.71	1.90	0.90	1.55	n.d.	1.00	0.13	1.05	1.38
3C2. Continuité/Coordination									
3C3. Globalité: Données collectées									
3C4. Personnalisation									
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civile - toute population	1.46	0.40	0.87	1.36	0.38	2.45	1.23	0.57	1.89
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civile - population 75 ans et plus (%)	1.55	0.38	1.11	1.29	0.33	2.13	1.17	0.48	1.99
3C5. Qualité technique									
Taux de réadmission (28 jours; ajusté selon la sévérité) - Asthme Primaires de 10 mois (%)	2.03	1.19	0.34	1.13	2.98	n.a.	0.28	1.27	na
Taux de réadmission (28 jours; ajusté selon la sévérité) - Hystérectomie Primaires de 10 mois (%)	0.32	0.94	2.36	1.18	n.a.	1.40	0.28	1.55	na
Taux de réadmission (28 jours; ajusté selon la sévérité) - Infarctus du myocarde Primaires de 10 mois (%)	0.92	1.15	1.11	0.74	0.68	0.76	0.98	1.26	1.10
Taux de réadmission (28 jours; ajusté selon la sévérité) - Prostatectomie Primaires de 10 mois (%)	0.74	0.32	0.31	1.81	n.a.	6.44	0.87	1.84	0.62
3C6. Satisfaction des patients quant à la qualité									
Dimension : 4. ATTEINTE DES BUTS									
4A. Efficacité									
Proportion des naissances de bébés de faible poids (%)	1.07	0.95	1.07	1.18	1.42	1.24	0.82	0.96	0.95
% mortalité hospitalière (30 jours; ajusté selon la sévérité) - Infarctus du myocarde (11 mois)	0.77	0.87	1.24	0.72	0.79	0.82	1.06	0.95	1.33
% mortalité hospitalière (30 jours; ajusté selon la sévérité) - Accident vasculaire cérébral (11 mois)	0.87	1.10	1.34	0.76	1.21	0.94	0.01	0.73	1.31
4B. Efficience									
4C. Équité									
4D. Satisfaction globale de la population									
Proportion de la population insatisfaite des services de santé offerts dans sa région (%)	0.74	0.92	1.11	1.03	0.72	1.00	1.03	0.97	0.48

Illustration par sous-dimension

Sous-dimension	Performance basse (<=0,9)	Performance moyenne (0,9-1,11)	Performance élevée (>=1,11)	Nombre d'indicateurs
1A. Acquisition des ressources	4 25%	7 44%	5 31%	16

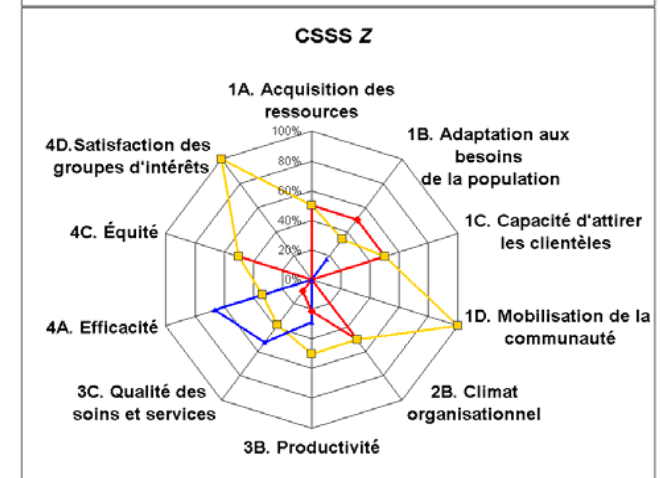
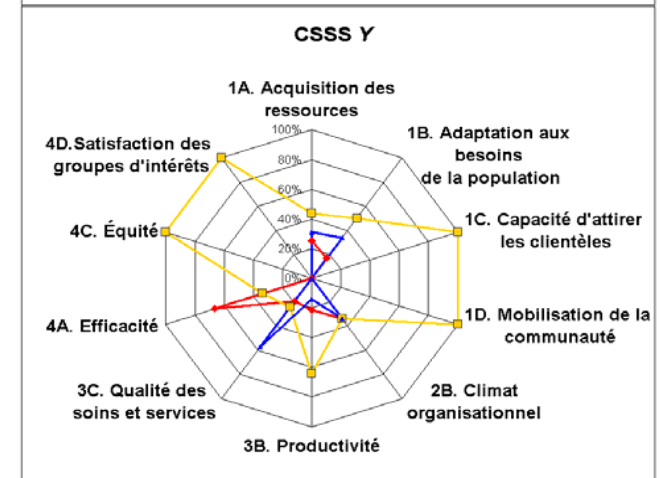
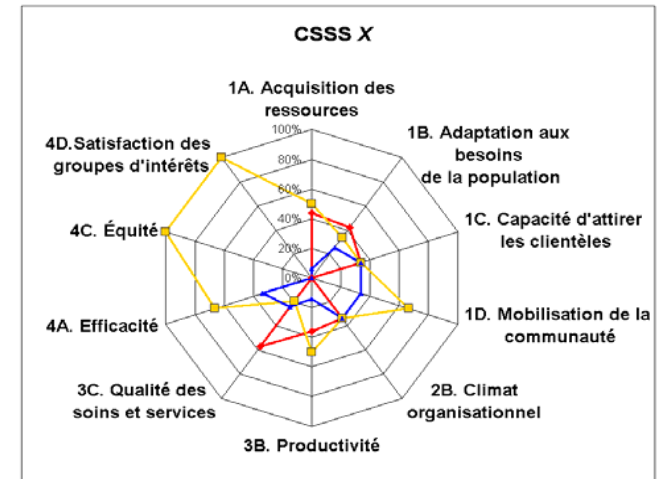


Configuration par sous-dimension



3 CSSS – 3 configurations

- Les configurations sont différentes
- Le modèle est sensible, permet de repérer des différences
- Outil peut aider à la gouverne, à la prise de décision dans une perspective d'amélioration continue de la performance

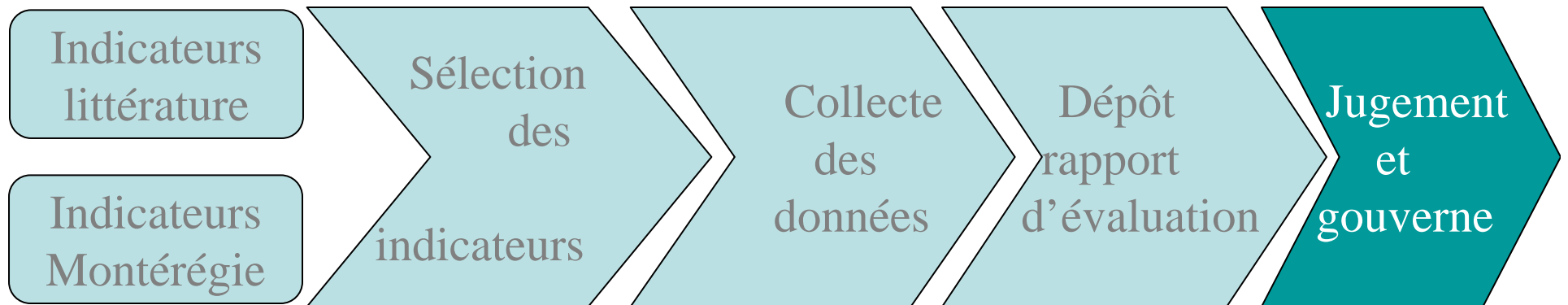


◆ Performance basse ($\leq 0,9$)
◆ Performance moyenne ($0,9-1,11$)
◆ Performance élevée ($\geq 1,11$)

Plan

1. Pourquoi le concept de performance est-il devenu incontournable ?
2. La performance de quoi ?
3. Comment définir la performance ?
4. Pourquoi et pour qui évaluer la performance ?
5. Peut-on évaluer de façon opérationnelle la performance ? Un exemple.
6. **L'évaluation de la performance, un moyen d'instrumenter la gouverne ?**

Étape 4 : élaboration du jugement et utilisation pour la gouverne

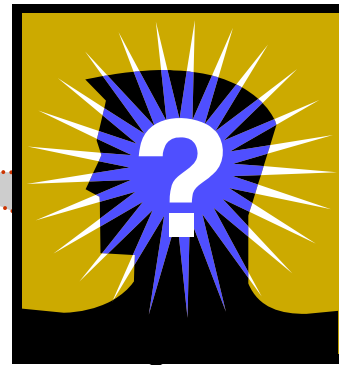


EGIPSS : Lunette pour porter un jugement sur la performance

- Aucun indicateur à lui tout seul, n'est suffisant pour révéler les problèmes ou la qualité des processus hospitaliers dans leurs complexités et leurs dynamiques.
- Pour porter un jugement sur la performance d'une organisation on a besoin de l'apprécier par des configurations d'indicateurs qui éclairent simultanément les quatre fonctions du modèle.
- Plus la conceptualisation des processus sous-jacents est valide et complète plus le jugement à de chance d'être valide

Indicateurs, jugement et actions

Jugement
Problématique? Peut-on agir?



Ressources

Processus

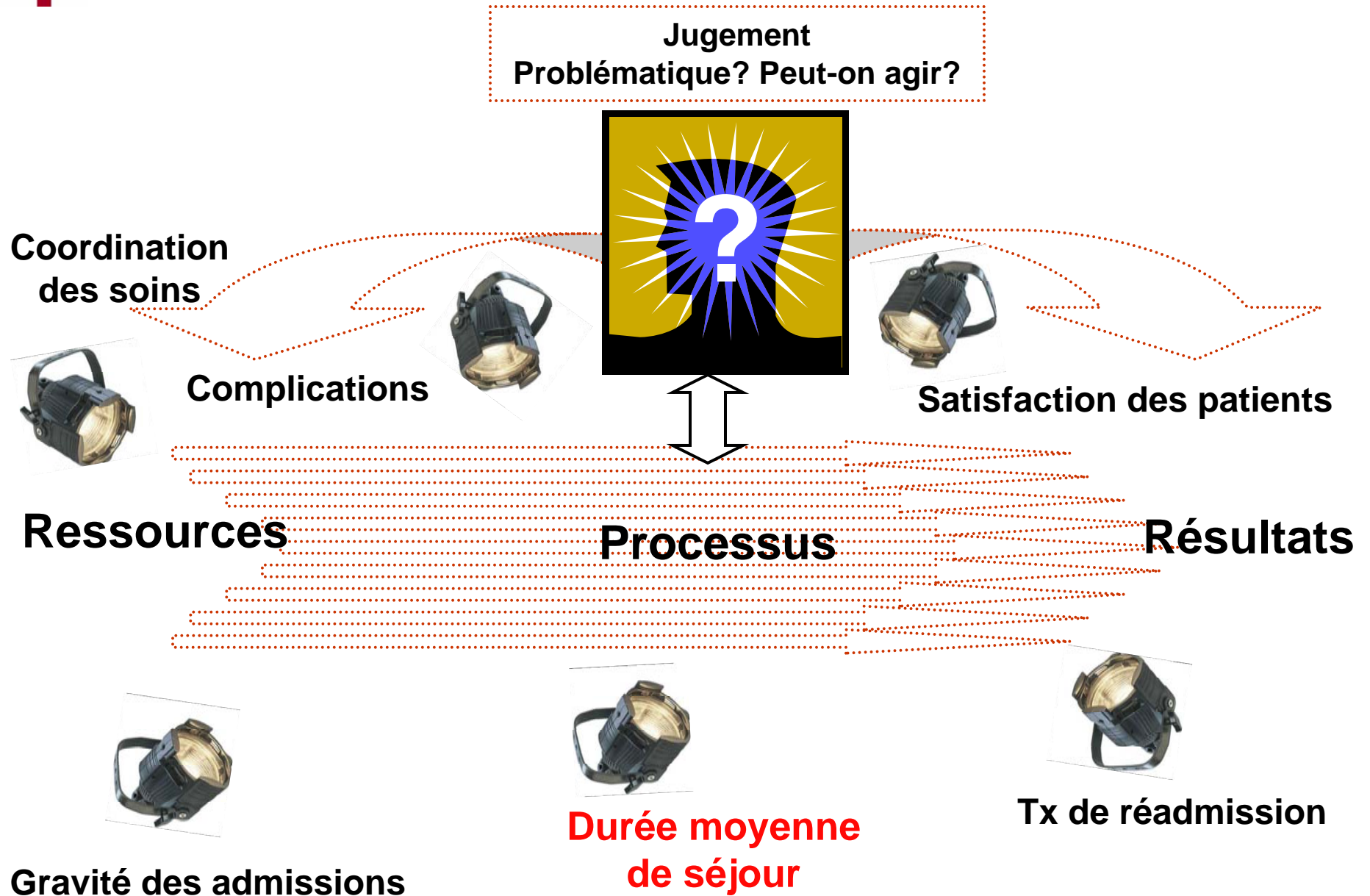
Résultats



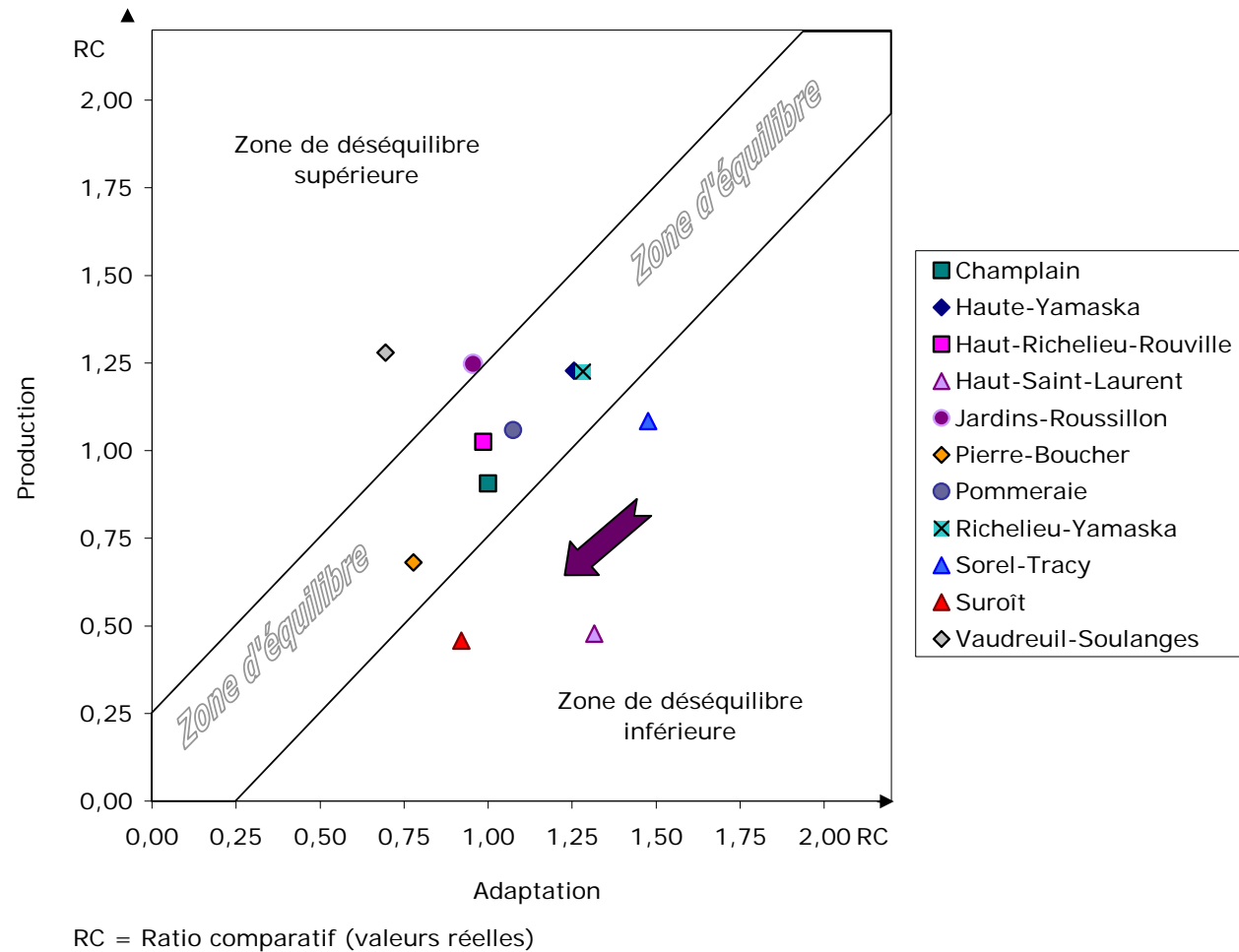
INDICATEUR

Durée moyenne de séjour

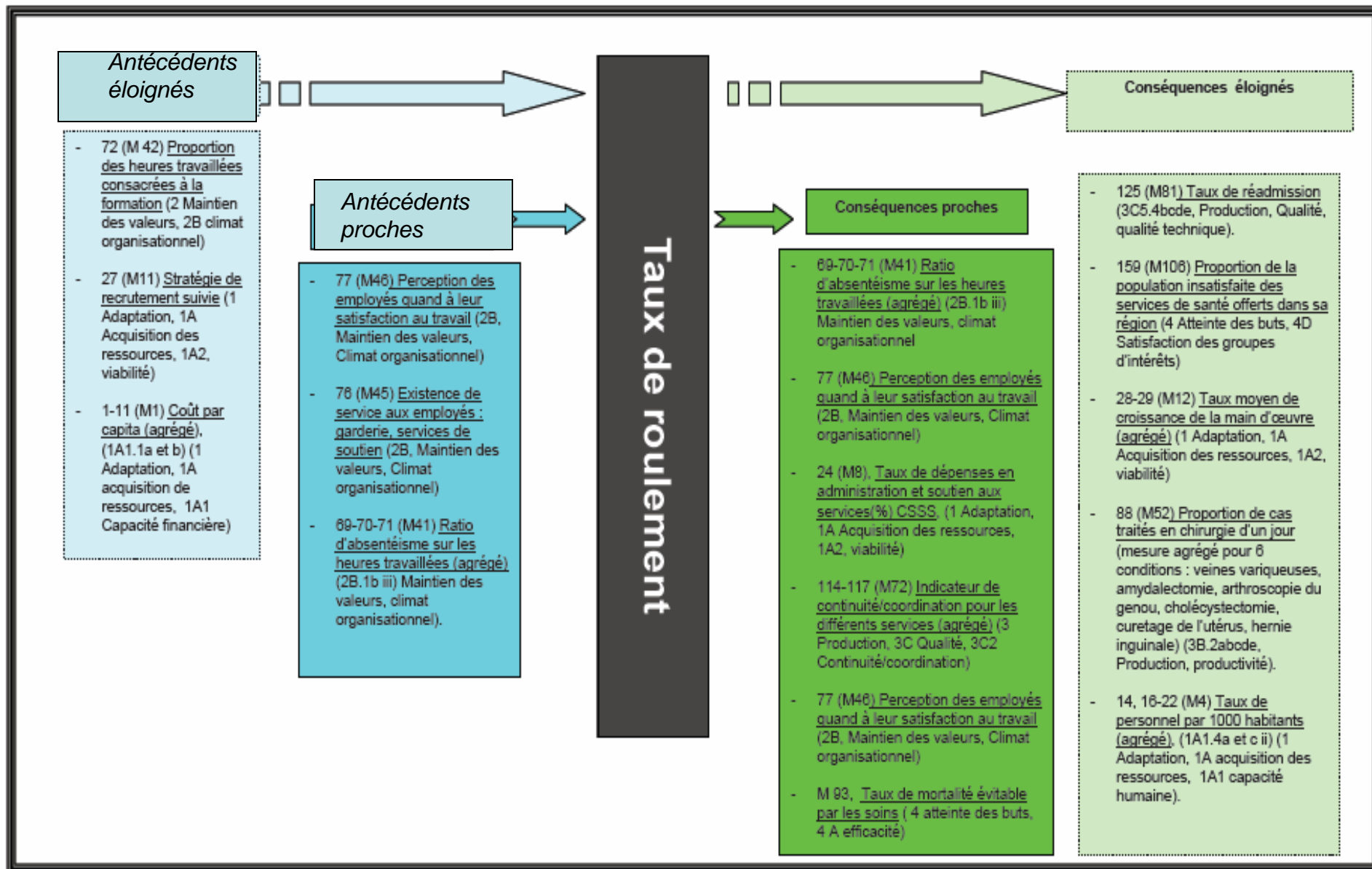
Indicateurs, jugement et actions



Adaptation-Production



Source : Comité santé mentale jeunes, Montérégie



PERFORMANCE ET GOUVERNANCE

Le système d'évaluation de la performance devient un instrument efficace et crédible de gouvernance à partir du moment où il permet aux différents groupes dans la société de comprendre dans leurs complexités les processus à l'œuvre et les logiques sous-jacentes.

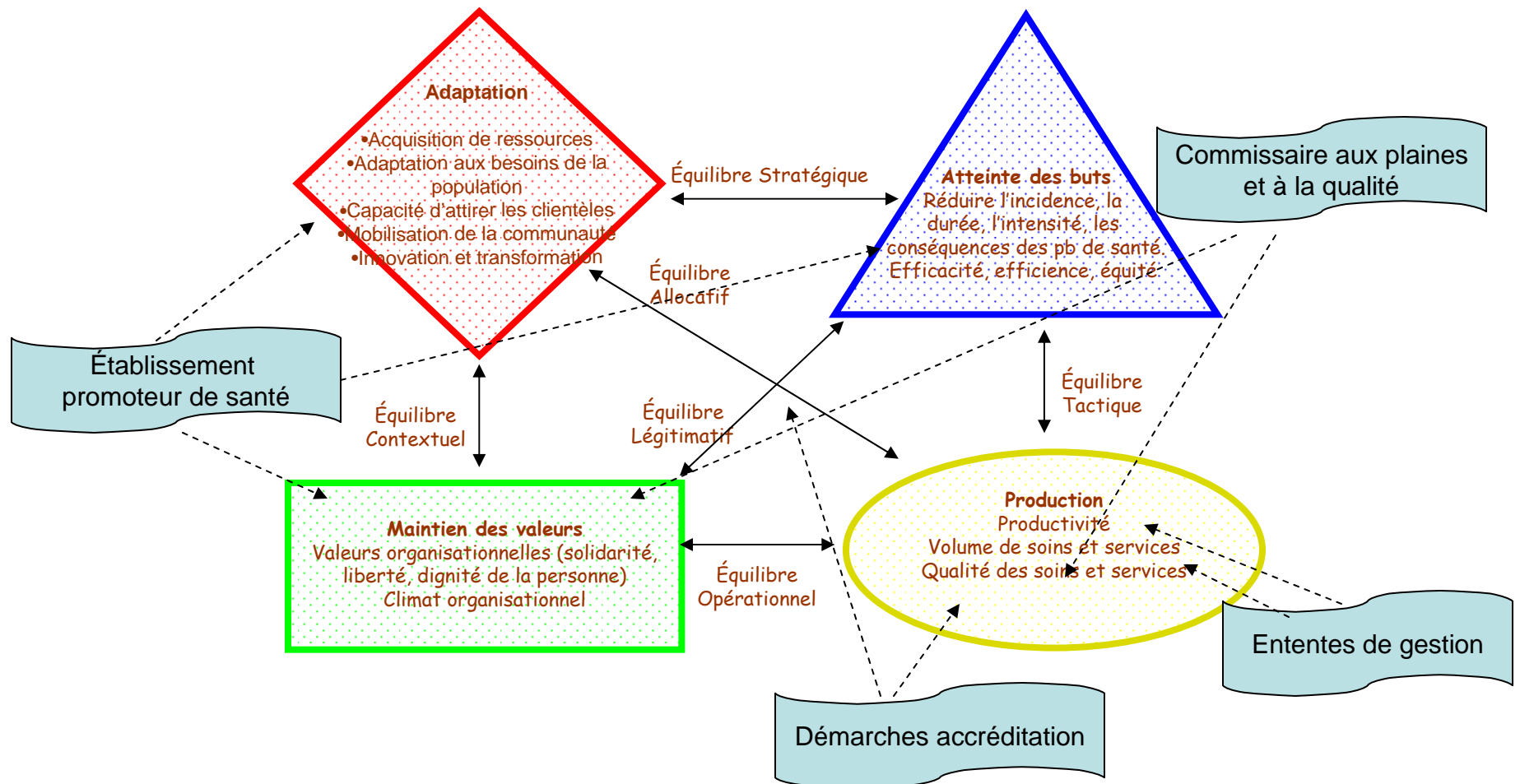
L'analyse et les débats autour de configurations d'indicateurs devraient alors orienter les pratiques, des planificateurs, des gestionnaires et des professionnelles dans le sens d'une amélioration continue de la performance.

EGIPSS : un cadre intégrateur

- Ententes de gestion
- Démarches qualité
- Agrément
- Établissement en santé (OMS)
- Oblige à maintenir une tension entre les logiques managériales et professionnelles

Modèle d'Évaluation Générale et Intégré de la Performance du système de santé (EGIPSS)

Dimensions et sous-dimensions de la performance

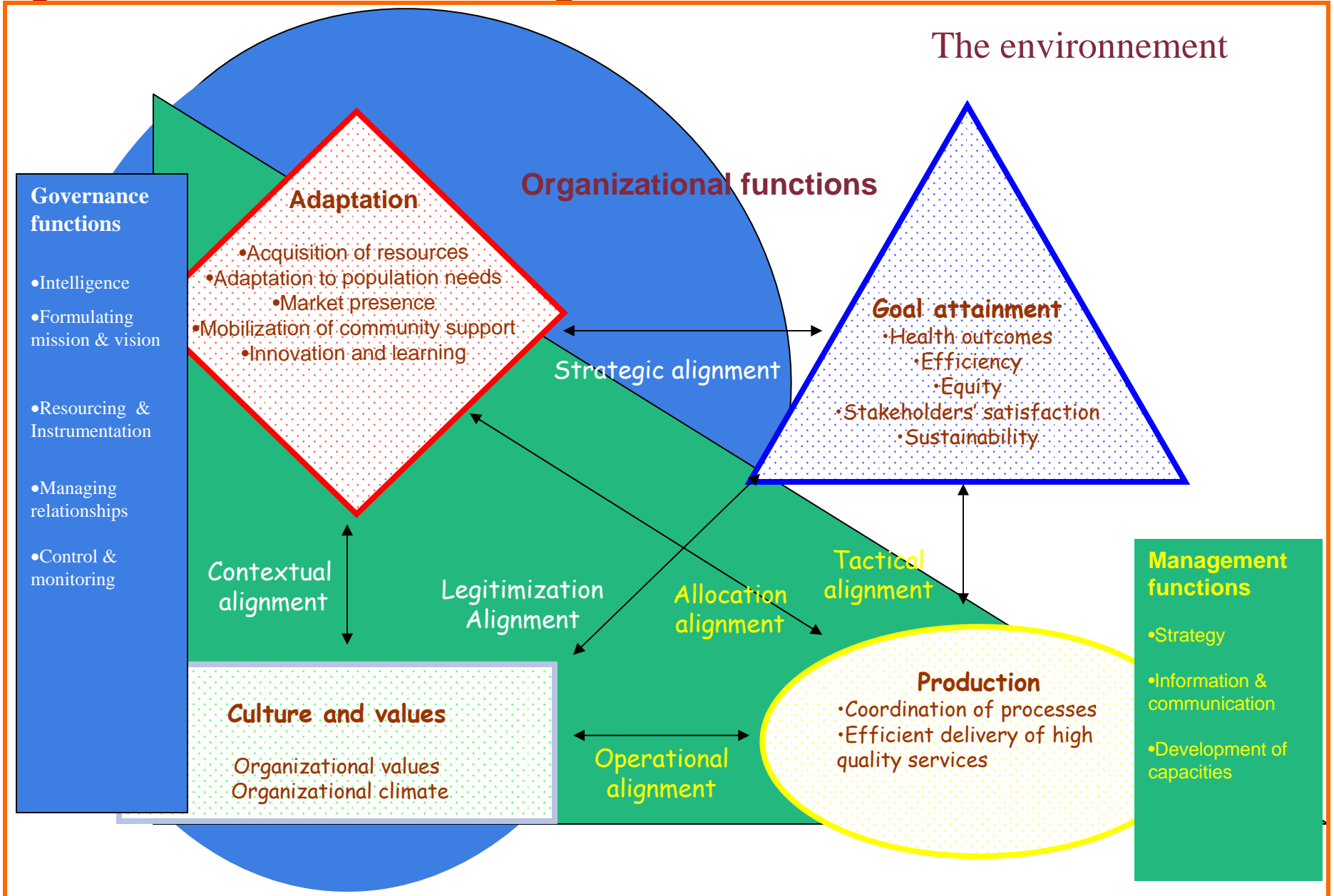


Bibliographie

- SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.C., BARNSELY, J., BÉLAND, F., LEGGAT S.G., DENIS, J.L., BILODEAU, H., LANGLEY, A., BRÉMOND, M., BAKER, G.R. (1998). «A conceptual framework analysis of health care organizations performance», *Health services management research*, n°11.
- CHAMPAGNE, F. (2003). *Defining a model of hospital performance assessment for European hospitals*, Barcelone, WHO regional office for Europe.
- CHAMPAGNE, F. CONTANDRIOPOULOS, A.P., PICOT-TOUCHÉ J., BÉLAND, F., NGUYEN, H. (2004). « Un cadre d'Évaluation de la performance des systèmes de services de santé » : Le modèle EGIPSS. Montréal, GRIS Université de Montréal, Rapport R05-05, (www.gris.umontreal.ca).
- SICOTTE, C. (2006) «Comment donner du sens à un système de santé complexe? Reddition de comptes et systèmes d'information». Dans Fleury M-J, Tremblay M, Nguyen, H, Bordeleau L. *Le système sociosanitaire au Québec: Gouverne, régulation et participation*. Gaëtan Morin Éditeur : 301 – 316.
- CONTANDRIOPOULOS, D. et Al. (2005) *L'hôpital en restructuration, regards croisés sur la France et le Québec*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; SOUTEYRAND, Y. (1996). *L'hôpital stratège* Paris :John Libbey Eurotexte

Governance and Management of Health Care Organizations : Université de Montréal

An Integrated Framework



De la phase 1 à la phase 2

Dimension	Sous-dimension	Sous-sous-dimension	Nombre d'indicateurs		
			Phase 1	Phase 2	A développer
Adaptation	Acquisition des ressources	Capacité	13	23	
		Viabilité	3	11	
	Adaptation aux besoins de la population		14	18	
	Capacité d'attirer les clientèles		3	6	
	Innovation et transformation		3	3	*
	Mobilisation de la communauté		1	3	
Maintien des valeurs	Climat organisationnel		6	12	*
	Valeurs organisationnelles		0	1	*
Production	Productivité		14	14	
	Qualité	Accessibilité	7	11	*
		Continuité/Coordination	1	6	*
		Globalité	0	2	*
		Humanisation	2	4	*
		Qualité technique et sécurité	12	10	
Volume de soins et de services		0	9		
Atteinte des buts	Efficacité		3	14	
	Efficience		0	3	*
	Équité	Équité d'accès	2	8	*
	Satisfaction des groupes d'intérêt		1	2	*
Total			85	160	