

# **CADRE DE RÉFÉRENCE EN GESTION INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE ET DE LA QUALITÉ**

Direction de la qualité, de l'évaluation,  
de la performance et de l'éthique

Adopté le 14 décembre 2017



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

## Édition

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) – 1<sup>re</sup> édition – Décembre 2017

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à la condition d'en citer la source.

## Dépôt légal

ISBN : 978-2-550-81137-4



# Table des matières

---

|                                                                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introduction.....</b>                                                                                          | <b>3</b>  |
| <b>Les fondements .....</b>                                                                                       | <b>5</b>  |
| <i>Obligations légales.....</i>                                                                                   | <i>5</i>  |
| <i>Mission, vision et planification stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) .....</i> | <i>5</i>  |
| Mission et vision du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) .....                                   | 5         |
| Entente annuelle de gestion et d'imputabilité .....                                                               | 6         |
| <i>Modèle théorique de la performance .....</i>                                                                   | <i>7</i>  |
| <b>Le modèle de la performance et le Vrai Nord pour s'évaluer et s'orienter.....</b>                              | <b>7</b>  |
| <i>Le Vrai Nord du CIUSSS-EMTL.....</i>                                                                           | <i>9</i>  |
| <i>L'intégration des concepts comme recherche de cohérence organisationnelle vers un but commun.....</i>          | <i>11</i> |
| <b>La gestion intégrée de la performance et de la qualité .....</b>                                               | <b>11</b> |
| <i>L'approche intégrée des risques.....</i>                                                                       | <i>11</i> |
| <i>La démarche d'Agrément et autres certifications .....</i>                                                      | <i>15</i> |
| <b>Démarches structurantes pour la gestion intégrée de la performance et de la qualité .....</b>                  | <b>15</b> |
| <i>Le déploiement d'un système de gestion intégrée de la performance .....</i>                                    | <i>15</i> |
| <i>La démarche d'évaluation.....</i>                                                                              | <i>17</i> |
| Évaluation du niveau macro (stratégique) .....                                                                    | 17        |
| Évaluation du niveau méso (tactique) .....                                                                        | 18        |
| Évaluation du niveau micro (opérationnelle) .....                                                                 | 19        |
| Évaluation multiniveau .....                                                                                      | 20        |
| <b>Les méthodologies de la gestion intégrée de la performance et de la qualité .....</b>                          | <b>21</b> |
| <i>Démarche d'amélioration de la performance – DMAIC .....</i>                                                    | <i>21</i> |
| <i>Boucle d'amélioration de la performance – PAEA .....</i>                                                       | <i>22</i> |
| <i>« Marcher le processus » – Gemba.....</i>                                                                      | <i>22</i> |
| <b>Facteurs de succès.....</b>                                                                                    | <b>25</b> |
| <i>Participation des usagers, des proches et des citoyens.....</i>                                                | <i>25</i> |
| <i>Réflexion éthique.....</i>                                                                                     | <i>25</i> |
| <i>Culture juste .....</i>                                                                                        | <i>26</i> |
| <i>Culture de la mesure .....</i>                                                                                 | <i>26</i> |
| <i>Gestion de l'information .....</i>                                                                             | <i>27</i> |
| <i>Développement des compétences .....</i>                                                                        | <i>27</i> |
| <i>Communication .....</i>                                                                                        | <i>27</i> |



# Table des matières

---

|                                                                                                   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Rôles et responsabilités .....</b>                                                             | <b>29</b> |
| <i>Président-directeur général .....</i>                                                          | <i>29</i> |
| <i>Comité de direction .....</i>                                                                  | <i>29</i> |
| <i>Conseil d'administration .....</i>                                                             | <i>29</i> |
| <i>Comité de vigilance et de la qualité .....</i>                                                 | <i>29</i> |
| <i>Comité de vérification .....</i>                                                               | <i>30</i> |
| <i>Conseils professionnels .....</i>                                                              | <i>30</i> |
| <i>Comité de gestion des risques .....</i>                                                        | <i>31</i> |
| <i>Comité des usagers .....</i>                                                                   | <i>32</i> |
| <i>Gestionnaires .....</i>                                                                        | <i>32</i> |
| <i>Personnel, médecins, stagiaires et bénévoles .....</i>                                         | <i>32</i> |
| <i>Comités partenaires du modèle de gestion intégrée de la performance et de la qualité .....</i> | <i>33</i> |
| <i>Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique .....</i>          | <i>33</i> |
| <b>Bibliographie .....</b>                                                                        | <b>37</b> |



# Liste des acronymes

---

|               |                                                                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------|
| AQESSS :      | Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux |
| CA :          | Conseil d'administration                                                |
| CII :         | Conseil des infirmières et infirmiers                                   |
| CIUSSS :      | Centre intégré universitaire de santé et services sociaux               |
| CIUSSS-EMTL : | CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal                                    |
| CM :          | Conseil multidisciplinaire                                              |
| CMDP :        | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens                          |
| CODIR :       | Comité de direction                                                     |
| CVQ :         | Comité de la vigilance et de la qualité                                 |
| DQÉPÉ :       | Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique             |
| EGI :         | Ententes de gestion et d'imputabilité                                   |
| ETMIS :       | Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé        |
| INESSS :      | Institut national d'excellence en santé et en services sociaux          |
| LSSSS :       | <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>            |
| MSSS :        | Ministère de la Santé et des Services sociaux                           |
| PACQ :        | Plans d'amélioration continue de la qualité                             |
| POR :         | Pratiques organisationnelles requises                                   |





# Introduction

---

La réforme du réseau de la santé et des services sociaux vise à favoriser et à simplifier l'accès aux soins et services, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et augmenter l'efficacité et l'efficacités du réseau de la santé<sup>1</sup>. Pour ce faire, les établissements doivent mettre en œuvre des stratégies, des outils et des actions concrètes pour soutenir les démarches d'amélioration continue de la qualité afin d'accroître la performance des soins et services offerts à la population en partenariat avec les usagers et les partenaires internes et externes. Ce cadre de référence vise à soutenir le conseil d'administration et les gestionnaires dans l'atteinte des objectifs suivants :

- Développer une culture d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la performance organisationnelle;
- Développer une culture de la mesure et de la mise en commun des données afin d'avoir un portrait intégré de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins et services;
- Définir les rôles et responsabilités en matière de gestion intégrée de la performance, de la qualité et de la sécurité;
- Consolider une compréhension commune des principes clés de la performance, de la qualité, de la sécurité;
- Mettre en place des stratégies et mécanismes pour implanter l'approche du patient partenaire et mesurer l'expérience patient;
- Harmoniser l'ensemble des activités reliées aux démarches de performance, de qualité, de sécurité et d'évaluation;
- Engager les acteurs impliqués au CIUSSS-EMTL vers l'excellence des soins et services.

En somme, ce cadre établit les bases d'une approche systémique, structurée et cohérente de la performance et de l'amélioration continue de la qualité pour le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL).

---

<sup>1</sup> QUÉBEC. (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (L.R.Q., chapitre O-7.2, c.1, a.1). Québec : Éditeur officiel du Québec.





# Les fondements

---

Les fondements sont les balises qui encadrent le cadre de référence de la gestion intégrée de la performance et de la qualité des soins et services du CIUSSS-EMTL. Ces fondements s'appuient sur les obligations légales qui guident la pratique ou, plus largement, qui soutiennent l'action quotidienne de tout citoyen œuvrant à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux au service de la population.

## Obligations légales

Le cadre de référence repose sur les textes légaux suivants :

- *Loi sur l'administration publique* (R.L.R.Q, c. A-6.01);
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (R.L.R.Q, c S-4.2);
- *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (R.L.R.Q, c. P-31.1);
- *Charte des droits et libertés de la personne* (R.L.R.Q, c. C-12);
- *Charte canadienne des droits et libertés, partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982*, (Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada 1982, c.11(R-U));
- *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (R.L.R.Q, c. O-7.2);
- *Loi sur la protection de la jeunesse* (R.L.R.Q, c. P-34.1);
- *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé* (R.L.R.Q, c. P-9.0001);
- *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (R.L.R.Q, c. A-2.1);
- *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* (P.L. 20, 1ère session, 41e législature, Québec, 2015 (sanctionné le 10 novembre));
- *Code des professions* (R.L.R.Q, c. C-26).

## Mission, vision et planification stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

### Mission et vision du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a pour mission « de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité contribuant ainsi au développement social et économique du Québec »<sup>2</sup>. Pour ce faire,

---

<sup>2</sup> QUÉBEC – MSSS. (2016). *Mission*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/mission.php>



la vision du MSSS est que les établissements de santé et services sociaux offrent des soins et services accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins de la population. En 2015, dans le but d'atteindre cette vision, le MSSS a élaboré une planification stratégique qui regroupe vingt-deux objectifs à atteindre d'ici 2020<sup>3</sup>.

## Entente annuelle de gestion et d'imputabilité

« L'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) traduit, sur le plan opérationnel, les exigences du MSSS quant aux orientations à donner au réseau de services et à son évaluation<sup>4</sup>. » L'EGI présente les attentes spécifiques, les indicateurs et les engagements de l'établissement afin de donner suite aux exigences ministérielles. Cette entente soutient la gestion efficace des ressources du CIUSSS-EMTL ainsi que la réponse aux besoins spécifiques de la population en considérant les ressources humaines et financières mises à sa disposition.

Ainsi, tout en respectant ses obligations légales, l'établissement endosse le plan stratégique du MSSS, prend les moyens pour atteindre les engagements émis dans l'entente de gestion et d'imputabilité et mesure les résultats obtenus par le biais de différents indicateurs de performance. Afin d'être en mesure de s'évaluer, le CIUSSS-EMTL a adopté un modèle théorique de la performance traduit sous la forme du Vrai Nord, tel que présenté dans la deuxième section du cadre de référence.

---

<sup>3</sup> QUÉBEC – MSSS (2016) Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-717-01W.pdf>

<sup>4</sup> QUÉBEC – MSSS. (2016). *Entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal*. Repéré à [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/EGI-2016-2017\\_MSSS\\_CIUSSS\\_Est-de-l'Île-de-Montreal.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/EGI-2016-2017_MSSS_CIUSSS_Est-de-l'Île-de-Montreal.pdf)



# Le modèle de la performance et le Vrai Nord pour s'évaluer et s'orienter

## Modèle théorique 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 et projets »<sup>5</sup>. Le CIUSSS-EMTL a choisi de retenir la définition de la performance développée par le MSSS<sup>6</sup> en l'adaptant pour tenir compte des réalités spécifiques de l'établissement. Si l'organisation est considérée comme un système alors le CIUSSS-EMTL est « un système de santé et de services sociaux qui est performant quand il atteint ses objectifs en matière de santé et de bien-être de la population, d'accessibilité des services, de qualité des services, d'efficacité des ressources et de mobilisation du personnel »<sup>7</sup>. Il met ainsi de l'avant les quatre dimensions de son modèle de la performance qui sont : l'accessibilité, la qualité, l'efficacité et la mobilisation.

Dans une perspective d'évaluation, les quatre dimensions du modèle de la performance ne sont pas en concurrence les unes avec les autres, mais complémentaires entre elles. Cette complémentarité permet de comprendre la performance de l'organisation dans son ensemble. Le choix des actions à mettre en œuvre par l'organisation est établi en fonction des besoins de la population, des priorités du MSSS, de la perception des usagers et des employés ou de la situation spécifique de l'établissement suite à l'évaluation réalisée.

Afin d'affiner l'évaluation de la performance, chaque dimension principale de la définition de la performance retenue est subdivisée en sous-dimensions pour faciliter une compréhension commune des composantes du modèle. Le tableau 1 présente les quatre dimensions de la performance, leurs sous-dimensions et leurs définitions.

**Tableau 1 : Les définitions des dimensions et sous-dimensions de la performance**

| Dimensions                 | Sous-dimensions | Définitions                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Accessibilité des services | Accessibilité   | Capacité de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportun                                                                                                                 |
|                            | Équité d'accès  | Capacité de fournir les soins et les services en fonction des besoins et sans égard aux caractéristiques personnelles non reliées aux besoins, comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc. |

<sup>5</sup> QUÉBEC – AQESSS. (2009). *Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé*. Repéré à <http://www.aqesss.qc.ca/docs/pdf/Informatique-Sante%202009/Nguyen.pdf>

<sup>6</sup> QUÉBEC – MSSS. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre\\_de\\_reference\\_ministeriel\\_devaluation\\_de\\_la\\_performance.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf)

<sup>7</sup> QUÉBEC – MSSS. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre\\_de\\_reference\\_ministeriel\\_devaluation\\_de\\_la\\_performance.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf)



# Le modèle de la performance et le Vrai Nord pour s'évaluer et s'orienter

| Dimensions                | Sous-dimensions                      | Définitions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qualité des services      | <b>Efficacité</b>                    | Capacité d'améliorer la santé et le bien-être.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                           | <b>Sécurité</b>                      | Capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population.                                                                                                                                                                                 |
|                           | <b>Réactivité</b>                    | Capacité de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers.                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                           | <b>Continuité</b>                    | Capacité de fournir les soins et les services requis, de façon intégrée et coordonnée. Dans le contexte d'une organisation des services par niveau (services de première ligne, deuxième ligne (services spécialisés), troisième ligne (services surspécialisés)), la continuité doit s'opérer à l'intérieur d'un niveau et entre les niveaux. |
|                           | <b>Pertinence</b>                    | Capacité de s'appuyer sur un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés, permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des usagers <sup>8</sup> (CIUSSS MCQ).                                                                                                                                            |
| Efficience des ressources | <b>Efficience</b>                    | Capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles) de façon optimale.                                                                                                                                                                                                    |
|                           | <b>Viabilité</b>                     | Capacité, considérée sous l'angle des ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles, de répondre aux besoins de la population.                                                                                                                                                                            |
| Mobilisation du personnel | <b>Développement des leaders</b>     | Capacité, en misant sur le développement de ses employés, d'avoir actuellement et pour l'avenir les meilleurs talents au bon poste, au bon moment dans le but de répondre à ses besoins <sup>9</sup> .                                                                                                                                         |
|                           | <b>Santé et sécurité au travail</b>  | Capacité d'offrir un environnement de travail sans risque pour la santé physique, psychologique et psychosociale des employés <sup>10</sup> .                                                                                                                                                                                                  |
|                           | <b>Développement des compétences</b> | Capacité d'assurer l'acquisition, le maintien ou le perfectionnement des connaissances, habiletés, attitudes et comportements des employés essentiels à l'exécution de leur travail et conformes aux exigences et objectifs de l'organisation <sup>11</sup> .                                                                                  |

Les définitions sont exprimées en termes de capacité. En effet, les acteurs peuvent contribuer à améliorer chacune des capacités par des initiatives d'amélioration continue. Enfin, comme le CIUSSS-EMTL a une mission universitaire, la pertinence clinique qui repose sur des données

<sup>8</sup> CIUSSS MCQ. (2017). *Une organisation en amélioration continue... qu'est-ce que ça signifie?* Repéré à <http://ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/qualite-et-performances-des-soins-et-services/amelioration-continue>

<sup>9</sup> ORDRE DES CONSEILLERS EN RESSOURCES HUMAINES AGRÉÉES. (2017). *Dilemme du développement des leaders*. Repéré à <http://www.portailrh.org/ReperesRH/fiche.aspx?p=486373>

<sup>10</sup> ORDRE DES CONSEILLERS EN RESSOURCES HUMAINES AGRÉÉES. (2017). *Santé, sécurité et mieux-être au travail*. Repéré à <http://www.portailrh.org/Ressources/AZ/specialites/ssmt/>

<sup>11</sup> ORDRE DES CONSEILLERS EN RESSOURCES HUMAINES AGRÉÉES. (2017). *Développement des compétences*. Repéré à [http://www.portailrh.org/Ressources/AZ/specialites/developpement\\_compétences](http://www.portailrh.org/Ressources/AZ/specialites/developpement_compétences)



# Le modèle de la performance et le Vrai Nord pour s'évaluer et s'orienter

probantes accessibles est une composante incontournable de la qualité des soins et services. Les dimensions sont évaluables du point de vue du MSSS, de l'organisation, des employés, des usagers ou de la population.

## Le Vrai Nord du CIUSSS-EMTL

Le concept de Vrai Nord (cf. figure 1), adopté par l'organisation, représente symboliquement une boussole qui constitue un repère guidant nos actions et nos comportements de gestion au sein de l'organisation. Les pôles de cette boussole organisationnelle sont établis en fonction des dimensions du modèle de la performance : l'accessibilité, la qualité, la mobilisation et l'efficacité. Le Vrai Nord du CIUSSS-EMTL, désigné comme étant une organisation universitaire, repose également sur trois piliers que sont l'enseignement, la recherche et l'innovation. Le filigrane de la participation citoyenne rappelle que la participation de l'utilisateur et du citoyen est au cœur des démarches pour une organisation réseau-partenaire. Le CIUSSS-EMTL porte dans son cœur des années d'implication auprès des communautés qu'il dessert. La figure 1 représente en un coup d'œil le Vrai Nord.

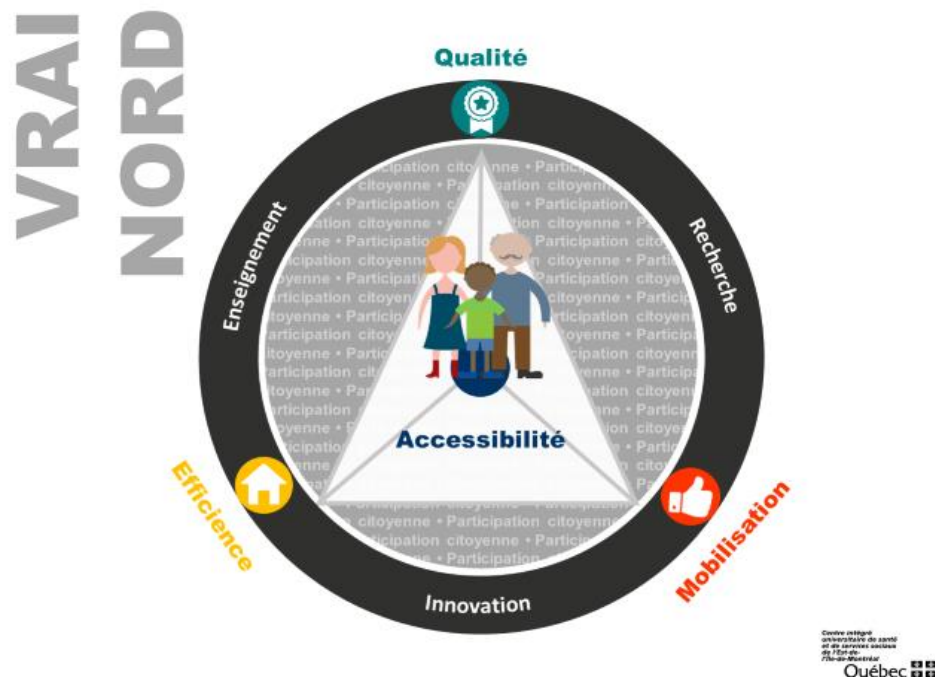


Figure 1. Le Vrai Nord du CIUSSS-EMTL



# Le modèle de la performance et le Vrai Nord pour s'évaluer et s'orienter

---

Le CIUSSS-EMTL a également défini des engagements afin de rendre concrètes les dimensions du Vrai Nord. En effet, en tenant compte de la disponibilité des ressources, les personnes œuvrant au CIUSSS-EMTL poursuivent au quotidien des engagements pour atteindre les priorités de l'établissement.

En somme, les fondements et le modèle de la performance permettent de placer les repères clés quant à ce qui est attendu et voulu, de et par le CIUSSS-EMTL, en termes de performance organisationnelle, incluant la qualité et la sécurité des soins et services offerts. Ayant établi les assises du présent cadre de référence, la troisième section précise, quant à elle, ce qu'est la gestion intégrée de la performance et de la qualité au CIUSSS-EMTL.



# La gestion intégrée de la performance et de la qualité

## L'intégration des concepts comme recherche de cohérence organisationnelle vers un but commun

Selon l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), une gestion intégrée permet de contrer le travail en silo, les chevauchements, la perte de vue d'ensemble, la fragmentation des activités et les dysfonctionnements dans les processus cliniques et administratifs<sup>12</sup>. Ainsi, plusieurs démarches telles que le déploiement des salles de pilotage, la gestion intégrée des risques, les démarches de certification dont celle obligatoire de l'Agrément, traduite concrètement dans les plans d'amélioration continue de la qualité (PACQ) des équipes, visent toutes le même objectif, soit améliorer les soins et services et l'état de santé de la population dans les limites des ressources disponibles. Ces démarches sont donc influentes les unes sur les autres et nourrissent des actions quotidiennes d'innovation, de résolution de problèmes, d'optimisation de processus, de révision des pratiques cliniques par les différents acteurs de l'organisation, en collaboration avec les usagers et leur famille.

Cette gestion intégrée se vit dans l'ensemble de l'organisation tant dans les secteurs cliniques qu'administratifs. L'approche intégratrice, fondée sur des objectifs communs, encourage la communication et facilite l'action cohérente de l'ensemble des acteurs du CIUSSS-EMTL. « Chacun des paliers de gouvernance, selon les composantes dont il a la responsabilité, pourra y reconnaître ses leviers d'action et les dimensions de la qualité sur lesquels il peut agir <sup>13</sup> ». Bref, cette approche supporte la synergie où chaque personne est responsable de l'atteinte des objectifs de l'amélioration et dont cette amélioration a une influence sur l'ensemble du système.

## L'approche intégrée des risques

Dans un monde où les risques sont plus présents et toujours plus complexes, l'approche intégrée des risques est une réponse à cette réalité dans laquelle évoluent les organisations. Cette approche vise à fournir une assurance raisonnable quant à l'atteinte des objectifs du CIUSSS-EMTL. La gestion intégrée des risques s'étend à l'ensemble des risques pouvant interférer avec la conduite des affaires du CIUSSS-EMTL et, donc à l'atteinte de sa performance. Dans le CIUSSS-EMTL, les principales catégories de risques sont celles reliées aux soins et aux services prodigués aux usagers, aux ressources humaines, aux équipements et aux immeubles, aux opérations financières, aux responsabilités reliées aux missions cliniques et universitaires ainsi qu'aux relations avec les parties prenantes. La figure 2 présente les grandes catégories de risques reliées à l'atteinte du Vrai Nord.

<sup>12</sup> AQESSS. (2009). *Guide de la gestion intégrée de la qualité*. Québec : Agence Médiapresse Inc.

<sup>13</sup> QUÉBEC - INESSS. (2017). Document de travail : *Énoncé d'orientation de l'INESSS sur l'évaluation de l'excellence clinique des services de santé et des services sociaux*. Document inédit.



# La gestion intégrée de la performance et de la qualité

PRINCIPAUX RISQUES COUVERTS PAR LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

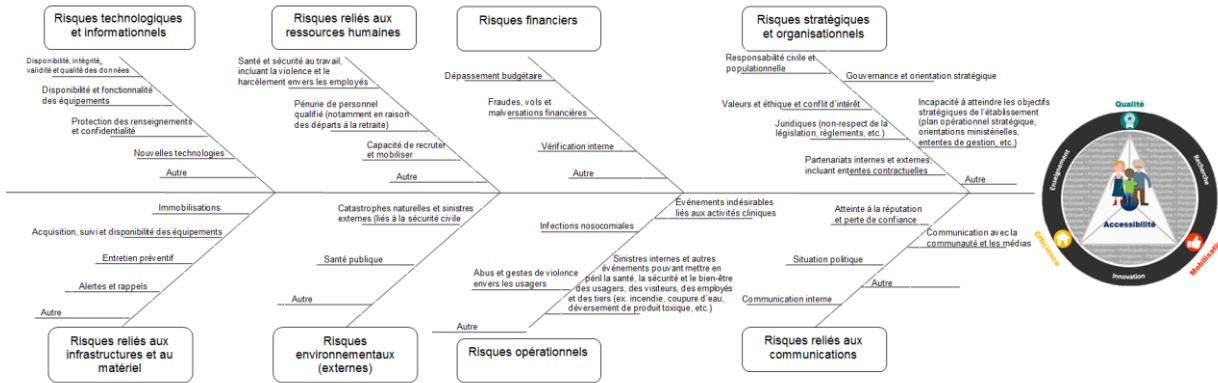


Figure 2. Catégories de risques

Le CIUSSS-EMTL met en place une évaluation intégrée des risques potentiels afin de s'assurer que des actions seront mises en œuvre pour prévenir leur apparition ou en contrer leurs conséquences. L'amélioration de la performance organisationnelle dépend de celle de la qualité des soins et services puisque cette dernière constitue le cœur de l'organisation. Par amélioration continue, des plans d'action sont produits suite à des évaluations régulières des différents secteurs de l'organisation. L'avancement de cette amélioration et les actions à réaliser pour vivre cette amélioration se concrétisent par le suivi de différents indicateurs à court, moyen et long terme. L'identification des risques vers cette quête du Vrai Nord permet aux acteurs de l'organisation la mise en place d'une gestion préventive en amont de ces derniers (cf. figure 3).



Figure 3. L'approche de gestion intégrée de la performance, de la qualité et des risques



# La gestion intégrée de la performance et de la qualité

---

Le modèle de la gestion intégrée des risques permet de réagir adéquatement à l'évolution du milieu en favorisant la proactivité et l'adaptation aux risques émergents. En plus, la gestion intégrée des risques favorise le travail en collaboration pour fournir une vision globale des risques permettant d'utiliser de manière efficiente les ressources, de contrôler les coûts et d'assurer la conformité.

La gestion intégrée de la performance, de la qualité et des risques se traduit au sein du CIUSSS-EMTL par l'engagement de l'établissement au sein de trois démarches structurantes que sont :

- la démarche d'amélioration continue de la qualité telle que l'Agrément;
- le déploiement d'un système de gestion intégrée de la qualité; et
- la démarche d'évaluation telle qu'elle est présentée à la quatrième section du cadre de référence.





# Démarches structurantes pour la gestion intégrée de performance et de la qualité

## La démarche d'Agrément et autres certifications

Le CIUSSS-EMTL a une obligation légale d'obtenir l'Agrément de ses services de santé et de services sociaux auprès d'un organisme d'accréditation reconnu (R.L.R.Q., c. S-4.2, art 107.1). Les démarches d'Agrément et de certification comme Ami des bébés, Santé Canada, etc. sont des leviers organisationnels qui permettent au CIUSSS-EMTL de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins et des services. Ces démarches d'Agrément et de certification mettent en lumière les forces et les pistes d'amélioration au regard de plusieurs pratiques normées qui sont identifiées comme des standards à atteindre. Ces standards ont démontré avoir des effets directs ou à plus long terme sur la qualité et la sécurité des soins et des services offerts. Les organismes d'Agrément ou de certification viennent régulièrement évaluer les soins et services dans le CIUSSS-EMTL et sont des références sûres en termes de pratiques concrètes à appliquer pour améliorer les soins et services offerts. Les démarches d'Agrément sont élaborées par des organismes qui ont une vision intégrée d'amélioration continue de la qualité.

## Le déploiement d'un système de gestion intégrée de la performance

Dans le cadre de la transformation du réseau, le CIUSSS-EMTL déploie un système de gestion intégrée de la performance, soit la mise en place de salles de pilotage stratégiques et tactiques, ainsi que des stations visuelles opérationnelles. La figure 4 présente les niveaux de pilotage organisationnels.

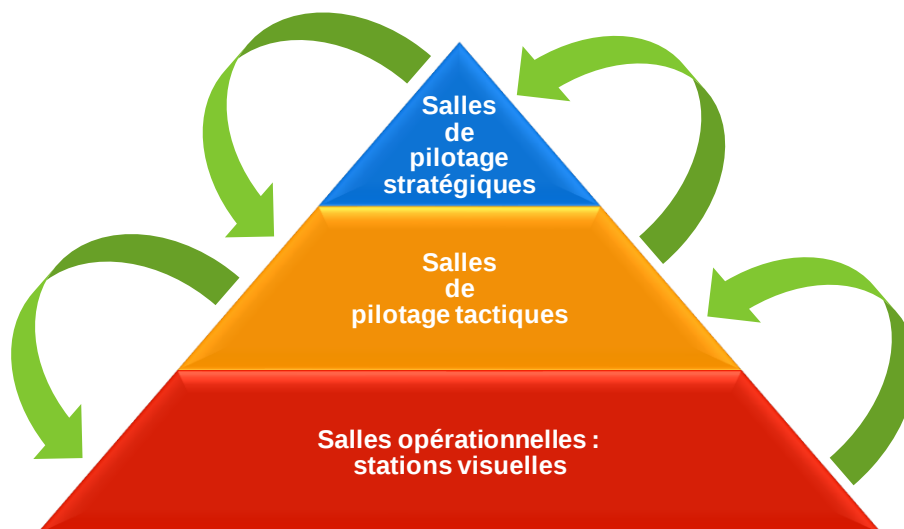


Figure 4. Les différents niveaux de pilotage organisationnels



# Démarches structurantes pour la gestion intégrée de performance et de la qualité

Cet outil de gestion, demandé par le MSSS aux organisations, fonctionne sur un principe de cascade-escalade des obstacles rencontrés, des actions proposées, des résultats attendus et des résultats obtenus dans une chaîne d'actions et de mises en priorité qui se déclinent du niveau stratégique, au niveau tactique et au niveau opérationnel, et vice versa (cf. figure 5).

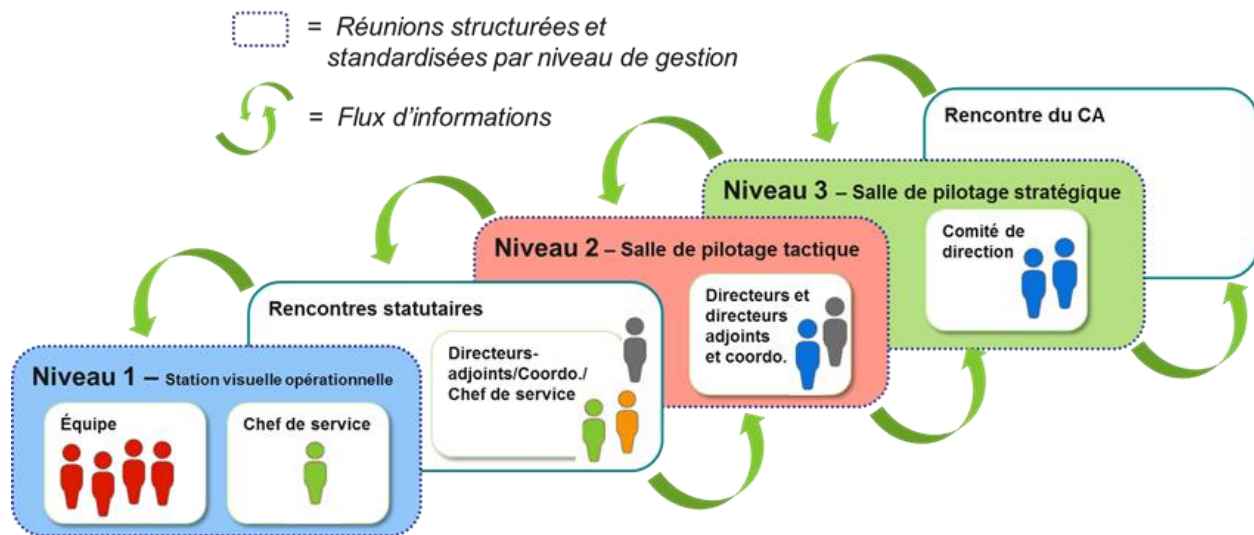


Figure 5. Cascade-Escalade du système de gestion intégrée de la performance

La salle de pilotage stratégique a pour objectifs spécifiques de faire le point sur la performance actuelle via des objectifs et indicateurs choisis sur la base du modèle de performance, d'engager la discussion pour améliorer la performance future et de mettre à contribution les membres de l'organisation pour agir sur la performance organisationnelle grâce à la mise en place de plans d'action et de projets concrets. Au sein de chacune des salles de pilotage tactiques et opérationnelles, qui sont animées sur une base régulière par les gestionnaires de l'établissement, il y a une section sur le suivi des projets organisationnels, une sur le suivi des indicateurs de performance et une sur l'amélioration continue. De façon complémentaire, les normes de qualité et de sécurité liées aux démarches d'agrément et de certification sont intégrées aux projets organisationnels et aux initiatives d'amélioration continue de l'établissement. Ainsi, le système de gestion intégrée de la performance constitue un levier de la transformation de la performance organisationnelle de l'organisation en plus d'assurer une meilleure cohérence organisationnelle.



# Démarches structurantes pour la gestion intégrée de performance et de la qualité

---

## La démarche d'évaluation

L'évaluation se définit comme « l'appréciation systématique de la conception, de la mise en œuvre ou des résultats d'une initiative pour des fins d'apprentissage ou de prise de décision<sup>14</sup> ». L'évaluation consiste à porter un jugement en fonction des données fiables, crédibles et utiles permettant la prise de décisions, de tirer des conclusions, de connaître des résultats, de s'assurer que nous faisons les bonnes choses et de développer de nouvelles connaissances. Un cadre de référence sur l'évaluation sera développé, au courant de l'année 2018, au CIUSSS-EMTL pour soutenir et harmoniser les démarches d'évaluation.

Il existe une multitude de moyens pour réaliser une évaluation. Le choix du moyen de l'évaluation dépend de l'objectif attendu. Par conséquent, les moyens d'évaluation seront influencés par les niveaux d'organisation (macro, méso et micro)<sup>15</sup>. Le niveau macro reflète l'évaluation globale du CIUSSS-EMTL d'un point de vue de la performance organisationnelle et de la qualité globale des soins et services offerts. Le niveau méso permet d'aborder l'évaluation des trajectoires, des programmes services et peut concerner l'évaluation de la qualité de la pratique professionnelle. Le niveau micro porte sur l'évaluation des interventions et des programmes et les processus cliniques et administratifs. Chacun des niveaux d'organisation correspond à un niveau décisionnel (stratégique, tactique et opérationnel). La perspective de l'utilisateur et celle des parties prenantes doivent être incluses dans tous les niveaux de l'évaluation.

## Évaluation du niveau macro (stratégique)

Ce niveau correspond à l'évaluation stratégique de la performance et de la qualité globale d'une organisation. La démarche d'évaluation de la performance tient compte des redditions de comptes envers le MSSS et des engagements envers la population et ses employés. Les salles de pilotage, les suivis des EGI, les tableaux de bord et les indicateurs de gestion représentent quelques moyens pour évaluer le niveau de la performance et de la qualité organisationnelle. Pour le MSSS, l'évaluation de la performance repose principalement sur l'analyse d'indicateurs et des liens qui les unissent<sup>16</sup>. Ces indicateurs sont des guides importants qui permettent de cibler les zones de performance et d'amélioration. L'évaluation de la performance soutient les décideurs dans leurs efforts de planification des services et des programmes. En effet, l'identification des forces et des faiblesses fournit des indicateurs aux décideurs sur les priorités

---

<sup>14</sup> SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ÉVALUATION. (Octobre 2015). *Qu'est-ce que l'évaluation?* Repéré à <https://evaluationcanada.ca/fr/quest-ce-que-levaluation>

<sup>15</sup> CRDITED MCQ IU. (2012). *Cadre de référence sur l'évaluation organisationnelle au CRDITED MCQ IU*. Repéré à <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?17460>

<sup>16</sup> QUÉBEC – MSSS. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre\\_de\\_reference\\_ministeriel\\_devaluation\\_de\\_la\\_performance.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf)



# Démarches structurantes pour la gestion intégrée de performance et de la qualité

---

et les objectifs à poursuivre. Les comités du conseil d'administration, soutenus par la haute direction, suivent les évaluations de ce niveau.

Tel que vu précédemment, l'évaluation de la qualité, incluse dans l'évaluation de la performance, a pour objet le cœur de la production de soins et de services. C'est donc un choix d'établissement que de porter une attention particulière à l'évaluation globale de la qualité des soins et services offerts. Dès lors, l'évaluation de la qualité permet d'identifier les forces et les faiblesses en lien avec l'efficacité, la sécurité des soins et services, l'adéquation aux besoins, aux valeurs et attentes de la population, la coordination et la continuité des soins et services ainsi que la capacité organisationnelle de s'adapter aux besoins changeants de la population.

Par ailleurs, la systématisation de l'évaluation de la performance organisationnelle et, spécifiquement de la qualité globale des soins et services offerts au sein du CIUSSS-EMTL, permet de faire des comparaisons avec d'autres réseaux de santé locaux, nationaux et internationaux. Ainsi, une évaluation de la performance organisationnelle et de la qualité globale des soins et services sera réalisée annuellement par l'établissement à partir de plusieurs sources d'information et selon le modèle de performance présenté à la section 2 du présent document.

## Évaluation du niveau méso (tactique)

Le niveau tactique de l'évaluation correspond à l'évaluation des trajectoires de soins et de services et des programmes-services. Une trajectoire est une représentation graphique à haut niveau d'une succession d'étapes interdépendantes cliniques ou administratives qui décrit le parcours d'un usager à travers des lieux et programmes différents à l'occasion d'un ou de plusieurs épisodes de soins et services ayant pour objectif ultime de répondre à ses besoins. Ainsi, une trajectoire est, par définition, centrée sur les besoins d'un groupe spécifique d'individus et correspond à ce qu'ils reçoivent réellement comme soins et services. Elle se réfléchit à partir de l'expérience de l'usager et par chaîne de valeurs. Elle peut inclure différentes perspectives d'évaluation, telles que les meilleures pratiques à offrir, des indicateurs de qualité, mais aussi au niveau de l'efficience et de la valeur.

Afin de favoriser une meilleure intégration des services de santé et des services sociaux, il est proposé de soutenir et d'évaluer l'excellence des trajectoires offertes aux usagers. Selon l'INESSS<sup>17</sup>, l'excellence couvre trois axes clés, soit l'obtention des meilleurs résultats de santé et de bien-être, une meilleure expérience de soins et de services, et ce, au meilleur coût.

Ce niveau inclut également les évaluations des compétences professionnelles. Ces dernières évaluations sont sous la responsabilité du volet professionnel des directions de santé physique en fonction de leur organisation et mandat respectif. Par exemple, du point de vue médical,

---

<sup>17</sup> QUÉBEC - INESSS. (2017). Document de travail : *Énoncé d'orientation de l'INESSS sur l'évaluation de l'excellence clinique des services de santé et des services sociaux*. Document inédit.



# Démarches structurantes pour la gestion intégrée de performance et de la qualité

---

l'évaluation de la qualité de l'acte est sous la responsabilité du comité des médecins, dentistes et pharmaciens de l'organisation. Les pratiques cliniques sont le moteur de la qualité des soins et services. Il s'agit d'une évaluation de la qualité et de la pertinence clinique des soins par rapport à une norme scientifiquement reconnue, notamment par la vérification de l'observance des règles de soins. L'évaluation de l'acte permet de s'assurer le respect des normes des meilleures pratiques dans l'exercice professionnel et d'améliorer les soins aux patients.

## Évaluation du niveau micro (opérationnelle)

Ce niveau correspond à l'évaluation opérationnelle d'un programme d'interventions ou de modes d'intervention. L'évaluation de programme permet de réaliser un suivi clinico-administratif du programme<sup>18</sup>. En d'autres termes, cette évaluation porte un jugement sur l'atteinte des objectifs du programme et sur la manière dont il est implanté. Ce type d'évaluation assure une vigie du programme d'interventions en vue d'une amélioration continue de ce dernier.

## Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS), quant à elle, contribue à la mission universitaire, critère obligatoire de désignation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Selon l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (2003), l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé repose sur la synthèse et l'analyse de l'information scientifique, dont le but est de guider la prise de décision dans le système de santé<sup>19</sup>. Pour l'INESSS, l'ETMIS est une approche multidimensionnelle des connaissances (données scientifiques, contextuelles et expérientielles) fondée sur la collaboration et les interactions avec les parties prenantes afin de produire des recommandations en vue d'un changement de pratique<sup>20</sup>. Ce type d'évaluation peut être fait pour porter un jugement sur un programme existant ou innovant afin d'éclairer la décision de son implantation ou de sa pertinence, sur une nouvelle intervention, sur la révision d'un programme existant ou sur une nouvelle technologie. Les principaux produits de l'ETMIS sont des rapports de recommandations concernant l'introduction, la mise à jour ou le retrait d'une technologie ou d'un mode d'intervention ou des rapports de recommandations sur la mise en œuvre d'une pratique prometteuse ou éprouvée.

---

<sup>18</sup> CRDITED MCQ IU. (2012). *Cadre de référence sur l'évaluation organisationnelle au CRDITED MCQ IU*. Repéré à <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?17460>

<sup>19</sup> AETMIS. (2003). *L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé dans les hôpitaux universitaires*. Québec. SHC Production.

<sup>20</sup> INESSS. (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*. Repéré à [https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Cadre\\_elaboration\\_guides\\_pratique\\_services\\_sociaux.pdf](https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Cadre_elaboration_guides_pratique_services_sociaux.pdf)



# Démarches structurantes pour la gestion intégrée de performance et de la qualité

---

## Évaluation multiniveau

Certains types d'évaluation, tels que la recherche évaluative<sup>21</sup>, celle sur l'expérience patient ou encore les audits, peuvent se situer à tous les niveaux de l'organisation. Le moyen d'évaluation est influencé par la finalité de l'évaluation et son objet (l'évaluation du système à l'évaluation du processus).

Après avoir présenté les démarches structurantes sur lesquelles s'appuient la gestion intégrée de la performance et de la qualité, la cinquième section du cadre de référence traite brièvement de trois méthodologies utilisées afin de soutenir des projets ou des initiatives d'amélioration de la performance et de la qualité auxquels participent activement des gestionnaires, des médecins, des membres des équipes et des usagers de l'établissement.

---

<sup>21</sup> La recherche évaluative vise à accroître les connaissances scientifiques.



# Les méthodologies de la gestion intégrée de la performance et de la qualité

L'amélioration continue de la performance et de la qualité est un ensemble d'actions qui identifie des zones de vulnérabilité, cherche des solutions, améliore et évalue constamment les soins et services. Ainsi, l'amélioration continue désigne le fait de toujours chercher à améliorer les soins et services en fonction des besoins des usagers et des standards les plus élevés. Il existe plusieurs méthodologies pour agir sur l'amélioration de la performance et de la qualité dont fait partie les trois méthodologies suivantes utilisées au CIUSSS-EMTL.

## Démarche d'amélioration de la performance – DMAIIC

Le DMAIIC est un acronyme désignant la séquence de six étapes de résolution de problèmes lors d'un projet d'amélioration de la performance :



Figure 6. Étapes de réalisation d'un projet d'amélioration de la performance employant la méthodologie DMAIIC

- 1. Définir :** Définir le problème ou l'opportunité d'amélioration;
- 2. Mesurer :** Mesurer la performance actuelle du processus concerné (voix du client, voix des employés et voix du processus);
- 3. Analyser :** Analyser le processus pour déterminer les causes racines de la non-performance;
- 4. Innover :** Identifier des solutions pour enrayer les causes fondamentales (souvent lors d'un atelier Kaizen en impliquant des usagers, s'il y a lieu);
- 5. Implanter :** Mettre en œuvre les solutions;
- 6. Contrôler :** Contrôler le processus amélioré pour s'assurer de maintenir les gains.

Chaque étape possède ses propres outils et biens livrables assurant ainsi de meilleurs résultats à la fin de la démarche.



# Les méthodologies de la gestion intégrée de la performance et de la qualité

## Boucle d'amélioration de la performance – PAEA

Le PAEA est un processus d'amélioration continue créé par Deming, dont les étapes sont résumées par l'acronyme PAEA « PDCA en anglais » :

1. **Planifier « Plan »** : Définir les objectifs et le processus à mettre en œuvre
2. **Agir « Do »** : Mettre en place le processus défini
3. **Évaluer « Check »** : Surveiller et vérifier le processus mis en œuvre et l'atteinte des objectifs fixés
4. **Améliorer « Act »** : Entreprendre les actions pour améliorer en permanence le processus

La méthode comporte quatre étapes que l'on répète, l'une à la suite de l'autre, et qui vise à établir des boucles d'amélioration continue. Le modèle est représenté par une roue sans fin permettant à l'organisation de s'améliorer en

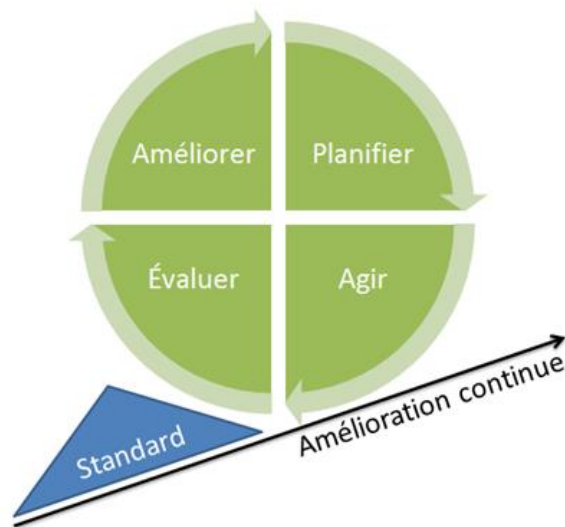


Figure 7. Étapes de réalisation d'une boucle d'amélioration de la performance employant la méthodologie du PAEA

permanence. De plus, pour éviter de « revenir en arrière », on représente une cale sous la roue qui l'empêche de redescendre et qui symbolise, par exemple, un système d'audits réguliers qui assure le maintien des standards. Comparativement à la méthodologie DMAIC, le PAEA est utilisé pour résoudre des problèmes de plus petite envergure.

## « Marcher le processus » – Gemba

Un des meilleurs moyens d'identifier des opportunités d'amélioration est d'aller voir sur le terrain pour mieux comprendre les processus en place, d'où l'expression « marcher le processus ». On fait aussi référence au terme *Gemba*, le mot japonais désignant « là où se situe l'action » et « là où se situe la valeur réelle pour le client »<sup>22</sup>. Le but de cette démarche est de permettre aux gestionnaires de mieux comprendre la réalité sur le terrain par l'observation et de promouvoir le

<sup>22</sup> LAMONTAGNE Alexandrine J. (Septembre 2017). *Marcher le processus : un pas à la fois vers l'amélioration*. Le 360. Repéré à <http://le360.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/septembre-2017/dossier-360/marcher-le-processus-un-pas-a-la-fois-vers-lamelioration/>  
ASSS DE LA MONTÉRÉGIE – JANCARIK, Arinka-Sabina et VERMETTE, Lorraine. (2013). *Recension des écrits relatifs à des méthodes de type LEAN*. Repéré à [http://liferay.cess-labs.com/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=36380&folderId=47202&name=DLE-6485.pdf](http://liferay.cess-labs.com/c/document_library/get_file?p_l_id=36380&folderId=47202&name=DLE-6485.pdf)



# Les méthodologies de la gestion intégrée de la performance et de la qualité

---

questionnement dans l'action, tout en valorisant les idées et propositions émises par leurs employés.

Cette pratique est également un incontournable dans le cadre des démarches d'Agrément et de certification. En marchant le processus administratif ou clinique, il est possible d'évaluer la conformité aux normes et de vérifier dans quelle mesure elles sont mises en œuvre au sein du CIUSSS-EMTL.

Les trois méthodologies présentées, qui encouragent la participation des membres de l'organisation et des usagers, visent à favoriser le développement d'une culture d'amélioration continue par la standardisation des processus et le maintien des améliorations réalisées. La sixième section du cadre de référence met en lumière l'importance de valider la présence de facteurs de succès afin de favoriser la réussite de ces démarches, projets ou initiatives d'amélioration continue de la performance et de la qualité.





# Facteurs de succès

En plus de la mobilisation des membres de l'organisation qui est l'une des quatre dimensions du modèle de la performance, les facteurs de succès suivants guident l'ensemble des actions du cadre de référence de la gestion intégrée de la performance et de la qualité. Les facteurs qui sont décrit ci-dessous doivent être au cœur de toute démarche d'amélioration. La figure 8 résume ces derniers.

## Participation des usagers, des proches et des citoyens

La participation des usagers et de leur famille est partie prenante du Vrai Nord du CIUSSS-EMTL. Ils contribuent activement à la définition de leurs besoins et à l'élaboration de solutions qui les touchent. Les soins centrés sur les usagers permettent de détecter des opportunités d'amélioration et d'identifier des pistes de solutions qui ont un sens pour les usagers et leurs proches. La contribution et la responsabilisation de l'utilisateur à ses soins sont également des facteurs importants pour faciliter sa compréhension, son avis libre et éclairé aux soins qu'il reçoit et a des effets bénéfiques sur l'observance thérapeutique. Finalement, l'utilisation des données populationnelles permet au CIUSSS-EMTL d'évaluer les besoins de la population en vue de planifier ses structures et ses services.

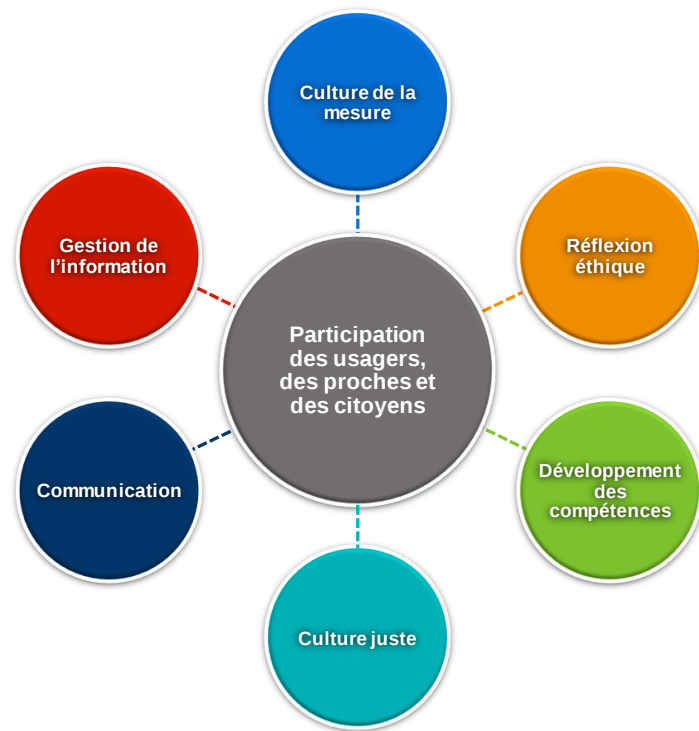


Figure 8. Les facteurs de succès

## Réflexion éthique

Il est important de garder à l'esprit que les usagers et leur famille, les intervenants et les gestionnaires sont confrontés à des situations délicates, des décisions difficiles à prendre et qu'ils peuvent vivre de l'incertitude. Autrement dit, les enjeux de l'éthique clinique et organisationnelle sont une réalité qui se matérialise régulièrement au cœur des soins et services en santé et services sociaux. Selon Fox et collaborateurs, la réflexion éthique est une composante indissociable dans une démarche de qualité<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> FOX Ellen et al. (2010). *Integrated ethics: An innovative program to improve ethics quality in health care*. The Innovation Journal : The Public Sector Innovation Journal, Vol. 15(2), article 8. Repéré à <https://www.ethics.va.gov/IEoverview.pdf>



# Facteurs de succès

Tel que présenté dans le Cadre conceptuel en éthique du CIUSSS-EMTL (2017) : « L'éthique cherche à éclairer l'agir humain dans son contexte vivant et à prendre la meilleure décision en situation. »<sup>24</sup> Il s'agit d'une pratique, d'une approche critique et dialogique qui cherche à analyser nos manières de vivre et de faire, les contextes personnels, sociaux et légaux pour arriver à prendre de meilleures décisions et pouvoir les justifier à partir des valeurs en présence.

Le processus préconisé se développe ainsi :

- **Que devrais-je faire?** (Quelles actions semblent les meilleures, les plus justes du point de vue des valeurs?)
- **Pourquoi devrais-je le faire?** (Quels sont les arguments et raisons qui motivent les choix, les décisions?)
- **Comment devrais-je le faire?** (Quel plan d'action est le meilleur et quelles sont les valeurs privilégiées et mises de côté?)

## Culture juste

La culture juste prend racine dans un engagement partagé par l'ensemble des professionnels, des stagiaires, des médecins et des gestionnaires qui œuvrent dans les établissements de santé et de services sociaux, qu'ils soient cliniques ou administratifs, afin d'assurer que la sécurité des usagers soit une priorité. Pour ce faire, il est important de reconnaître que des événements indésirables peuvent survenir lors de la prestation de soins et de services. Lorsqu'un tel événement survient, il est nécessaire de s'assurer que les préjudices et les conséquences soient traités de manière efficace et qu'une analyse soit réalisée pour que les mesures visant à éviter ou réduire les risques soient mises en œuvre au sein du CIUSSS-EMTL. La culture juste s'épanouit dans un contexte d'organisation apprenante qui permet aux individus de partager les leçons apprises de toute initiative ou erreur avec le reste de l'organisation pour faire progresser cette dernière grâce aux connaissances issues de ces expériences. Enfin, la culture juste favorise l'équité, tant pour les usagers que pour les membres de l'organisation.

## Culture de la mesure

La culture de la mesure est l'élément fondamental pour toute organisation qui désire être performante. Ainsi, la mesure est essentielle afin d'évaluer l'état initial d'une situation tout comme la progression vers un objectif désiré. Elle est centrale à tout effort d'ajouter de la rationalité et de la rigueur dans le fonctionnement et dans la gestion d'une organisation. « Ce que vous ne pouvez pas mesurer, vous ne pouvez pas le gérer, et ce que vous ne pouvez pas gérer, vous ne pouvez pas l'améliorer<sup>25</sup> ». Par conséquent, la mesure permet de déterminer

<sup>24</sup> CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. (2017). Document de travail : *Cadre conceptuel en éthique*. Document inédit.

<sup>25</sup> THEDACARE CENTER FOR HEALTHCARE VALUE. (Février 2012). *Measuring healthcare value*. Repéré à <https://createvalue.org/wp-content/uploads/Value-Measurements-Revised-4-8-15.pdf> (traduction libre)



# Facteurs de succès

---

un point de départ et l'atteinte d'un résultat souhaité, tout en permettant de fournir de l'information quant à la progression entre les deux. Autrement dit, la mesure de la performance est un stimulus au changement, car elle permet de déterminer si les changements ont mené à de réelles améliorations. La performance du système qu'est le CIUSSS-EMTL doit se mesurer de façon continue, à partir de résultats tangibles et en tenant compte des quatre dimensions du modèle de performance.

## Gestion de l'information

L'accès aux données, à la qualité et à l'intégrité des informations est essentiel à toute démarche de qualité. Pour ce faire, le CIUSSS-EMTL doit établir une saine gestion documentaire afin d'assurer l'accès à ses documents et ainsi protéger ses droits et l'exercice de ses activités.

De plus, pour être crédible toute démarche d'amélioration repose sur un suivi régulier de données populationnelles, cliniques et financières fiables. Le CIUSSS-EMTL doit être en mesure de recueillir, d'organiser, d'analyser et de diffuser de l'information. Parallèlement, la qualité et l'intégrité des informations des bases de données cliniques et administratives sont essentielles. Ce faisant, des mécanismes doivent valider et ajuster les informations. Ainsi, pour appuyer une culture de la mesure, le CIUSSS-EMTL doit pouvoir se baser sur des données de qualité et accessibles en temps opportun.

## Développement des compétences

Un facteur additionnel de succès concerne le développement des connaissances et des compétences en amélioration de la performance et de la qualité des acteurs qui œuvrent au sein du CIUSSS-EMTL, des usagers et de leurs proches. Le modèle de gestion développé par le CIUSSS-EMTL intègre les notions de performance et d'amélioration continue comme des fonctions incontournables dont le gestionnaire a la responsabilité quelle que soit sa position dans la ligne de gestion. Un programme de formation en amélioration de la performance est d'ailleurs offert aux gestionnaires de l'établissement. De la formation et de l'accompagnement sont également offerts aux gestionnaires et aux équipes lors de leur participation à des projets ou à des initiatives d'amélioration continue. Enfin, l'établissement encourage la participation des usagers et de leurs proches à ces mêmes activités d'amélioration continue.

## Communication

Tout au long des démarches d'amélioration, il est important de communiquer la raison d'être et les impacts qui peuvent survenir pour les usagers, les employés ou la communauté. Le plan de communication et de consultation doit être élaboré et mis en place dès le début de tout processus d'amélioration. Celui-ci doit inclure l'analyse de l'environnement et les moyens de consultation des parties prenantes, incluant la voix du client. L'accent doit être mis sur l'efficacité des communications internes et externes afin de s'assurer que les parties prenantes



## Facteurs de succès

---

et les personnes chargées de mettre en œuvre le processus d'amélioration comprennent les éléments sur lesquels les décisions sont fondées et les raisons qui les sous-tendent. Par ailleurs, la communication permet de stimuler et d'encourager l'adhésion et l'implication des acteurs. Ce sont les principes essentiels des bonnes pratiques en gestion du changement.

En plus de ces sept facteurs de succès qui constituent des conditions gagnantes lors de la mise en place de toute démarche d'amélioration, il importe de connaître les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués à la gestion intégrée de la performance et de la qualité, tel qu'énoncé dans la septième section du cadre de référence.



# Rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités en gestion intégrée de la performance et de la qualité sont tenus par différents acteurs du CIUSSS-EMTL.

## Président-directeur général

Le président-directeur général est responsable de l'administration et du fonctionnement du CIUSSS-EMTL. Il veille à l'exécution des décisions du conseil d'administration et s'assure que soit transmise à ce dernier toute l'information qu'il requiert ou qui lui est nécessaire pour assumer ses responsabilités. Il doit également s'assurer de la coordination et de la surveillance de l'activité clinique au sein de l'établissement.

## Comité de direction

Le comité de direction (CODIR) promeut et développe une culture de performance et de l'amélioration continue de la qualité. Les orientations et les décisions sont éclairées, entre autres, par les démarches de qualité, de sécurité et d'évaluation. Le CODIR coordonne le déploiement du système de gestion intégrée de la performance. Il est composé de l'ensemble des directeurs du CIUSSS-EMTL.

## Conseil d'administration

Le conseil d'administration (CA) a pour mandat de s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services rendus, ainsi que du respect des droits des usagers. Le CA mandate ses comités pour exercer une partie de son rôle de surveillance<sup>26</sup>.

## Comité de vigilance et de la qualité

Selon l'article 181.0.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*<sup>27</sup> :

« Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, (...).

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

1. recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
2. établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe 3;

<sup>26</sup> CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. (s.d.). *Conseil d'administration*. Repéré à <http://ciuss-estmtl.gouv.qc.ca/a-propos/comites-et-conseils/conseil-administration/>

<sup>27</sup> QUÉBEC. (2017). *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (R.L.R.Q, c S-4.2). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>



# Rôles et responsabilités

---

3. faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
4. assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites en application du paragraphe 3;
5. favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par le paragraphe 1;
6. veiller à ce que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
7. exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié en vertu du premier alinéa. »

## Comité de vérification

Selon l'article 181.0.0.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*<sup>28</sup> :

« Le comité de vérification a notamment pour fonctions :

1. de s'assurer qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement est mis en place et d'en assurer le suivi;
2. de s'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
3. de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
4. d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
5. de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
6. de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et de s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces. »

## Conseils professionnels

Les conseils professionnels participent à la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité du CIUSSS-EMTL. De par leur mandat envers la qualité des actes professionnels, ils jouent un rôle de premier plan quant à l'actualisation des améliorations, tant du point de vue de la réalisation des objectifs que de celui de la promotion et du développement professionnel des équipes d'intervenants qu'ils représentent.

---

<sup>28</sup> QUÉBEC. (2017). *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (R.L.R.Q, c S-4.2). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>



# Rôles et responsabilités

---

Les conseils professionnels sont responsables d'apprécier la qualité des actes professionnels posés par leurs membres et de recommander au conseil d'administration toute action susceptible de les améliorer. Ils ont aussi le mandat de se prononcer sur le maintien et la promotion de leurs compétences professionnels et techniques, l'amélioration de la distribution des services offerts aux usagers et le développement de l'organisation scientifique et technique du travail.

Le CIUSSS-EMTL compte trois conseils professionnels, soit le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le conseil des infirmiers et infirmières (CII) et le conseil multidisciplinaire (CM).

À noter que la LSSSS article 207 donne un rôle à la direction des services infirmiers quant à la surveillance et le contrôle de la qualité des soins infirmiers dispensés dans l'organisation.

## Comité de gestion des risques

Selon l'article 183.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*<sup>29</sup> :

« Le plan d'organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation d'un comité de gestion des risques.

Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d'administration de l'établissement.

La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de services, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité. »

Le mandat de ce comité est de rechercher, développer et promouvoir des moyens pour assurer la sécurité et le soutien aux personnes. Il assure également la mise en place d'un système de surveillance des incidents et des accidents et recommande au comité de vigilance et de la qualité des recommandations et mesures visant à prévenir la fréquence de ces incidents/accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

---

<sup>29</sup> QUÉBEC. (2017). *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (R.L.R.Q, c S-4.2). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>



# Rôles et responsabilités

---

## Comité des usagers

Le comité des usagers (CU) doit notamment promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus de l'établissement<sup>30</sup>. Il favorise la participation des usagers et de leurs proches aux démarches d'amélioration continue de la performance et de la qualité de l'établissement. Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) est un comité qui regroupe un représentant de chaque CU du CIUSSS-EMTL. Le CUCI permet le partage des activités et des constats des différents comités des usagers, ainsi que la mise en commun des actions et consultations qui concernent l'ensemble des sites de l'organisation.

## Gestionnaires

Les gestionnaires ont la responsabilité de diffuser, de soutenir et d'actualiser (intégrer et utiliser) le présent cadre de référence. Le modèle de gestion du CIUSSS-EMTL met en lumière les attentes spécifiques auprès de ces derniers. Les gestionnaires sont responsables de la bonne gestion des ressources (humaines, matérielles, financières et informationnelles) de leur secteur en fonction des valeurs organisationnelles. Ils animent les salles de pilotage tactiques et opérationnelles. Ils coordonnent des projets organisationnels et des démarches d'amélioration continue de la performance et de la qualité.

## Personnel, médecins, stagiaires et bénévoles

Le personnel, les médecins, les stagiaires et les bénévoles sont responsables de leurs gestes, comportements et attitudes. Ils s'approprient les valeurs organisationnelles, les engagements et contribuent au quotidien à l'atteinte du Vrai-Nord. Ils participent à des projets organisationnels et à des démarches d'amélioration continue de la performance et de la qualité. Les initiatives prises ainsi que les solutions trouvées par toutes les personnes qui œuvrent au CIUSSS-EMTL sont une richesse organisationnelle pour une offre de soins et services de qualité. Cette richesse s'exprime par des soins et services qui répondent aux besoins de la population et aux meilleures pratiques, tant cliniques que sécuritaires : une amélioration de leur accessibilité dans le cadre des ressources disponibles.

---

<sup>30</sup> CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. (s.d.) *Comité des usagers*. Repéré à <http://intranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/index.php?id=684>



# Rôles et responsabilités

---

## Comités partenaires du modèle de gestion intégrée de la performance et de la qualité

Les comités partenaires sont composés de personnes impliquées dans les projets touchant la performance, la qualité, la sécurité ou l'évaluation. Ces comités partenaires peuvent être permanents ou temporaires. Au CIUSSS-EMTL, il existe une structure organisationnelle d'amélioration continue reliée à l'Agrément. Cette structure est composée d'un niveau stratégique (comité de direction), d'un niveau tactique (comité de coordination clinique) et des comités opérationnels (comité DQÉPÉ élargie Agrément, équipes qualité normes, services et pratiques organisationnelles requises (POR)). Les structures de gouvernance de gestion de projets se mettent également en place pour soutenir l'actualisation et le suivi des projets organisationnels pour la durée de leur réalisation. Enfin, des comités tels que le comité de prévention des chutes et mesures de contrôle, le comité sur la prévention du suicide, le comité sur la prévention des infections, le comité des pratiques professionnelles, pour ne citer que quelques exemples, sont des comités dont le mandat soutient l'amélioration de la qualité des soins et services offerts.

## Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

La direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) a un rôle transversal et intégrateur pour une gestion intégrée de la performance et de la qualité. La DQÉPÉ soutient la prise de décision éclairée et la volonté d'amélioration en décloisonnant les expertises et en bâtissant des ponts pour garder le cap vers des continuums ou des trajectoires de soins et services qui apportent une valeur ajoutée au citoyen. Elle soutient la démarche d'amélioration continue de la qualité (ex. : la démarche d'Agrément) et le déploiement du système de gestion intégrée de la performance. Elle accompagne des projets organisationnels et des initiatives d'amélioration continue de la performance et de la qualité. La DQÉPÉ soutient le CIUSSS-EMTL dans l'atteinte des objectifs organisationnels, elle soutient les directions qui sont imputables de la performance et de la qualité rendue. Également, elle soutient le développement des meilleures pratiques et compétences au regard de l'évaluation de la performance, de la qualité, des trajectoires de soins et services, de programme d'intervention et des technologies et des modes d'intervention.





# Conclusion

---

L'application du cadre de référence permet de respecter les principes directeurs d'une culture de la performance et de la qualité. De plus, il énonce clairement que le CIUSSS-EMTL vise une démarche participative dans la recherche de solutions pour améliorer la qualité et la performance, et ce, le plus près possible de l'endroit où se vivent les obstacles et avec l'apport des membres de l'organisation, des usagers et des familles dans la mise en place de solutions concrètes et d'initiatives d'amélioration continue.

Ce cadre permet à l'organisation de développer une compréhension commune et partagée des principes clés de la performance et de la qualité. Une bonne gestion du cadre de référence permettra d'éviter les dédoublements et le travail en silo. Il appartient à chaque direction, programme et unité de services de mettre en place la démarche qualité et de faire connaître ses succès en termes d'amélioration de la qualité et de la performance.





# Bibliographie

---

AETMIS. (2003). *L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé dans les hôpitaux universitaires*. Québec. SHC Production.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE – JANCARIK, Arinka-Sabina et VERMETTE, Lorraine. (Mai 2013). *Recension des écrits relatifs à des méthodes de type LEAN*. Repéré à [http://liferay.cess-labs.com/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=36380&folderId=47202&name=DLFE-6485.pdf](http://liferay.cess-labs.com/c/document_library/get_file?p_l_id=36380&folderId=47202&name=DLFE-6485.pdf)

AQESSS. (2009). *Guide de la gestion intégrée de la qualité*. Québec : Agence Médiapresse Inc.

CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. (2017). Document de travail : *Cadre conceptuel en éthique*. Document inédit.

CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. (s.d.) *Comité des usagers*. Repéré à <http://intranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/index.php?id=684>

CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. (s.d.). *Conseil d'administration*. Repéré à <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/a-propos/comites-et-conseils/conseil-administration/>

CIUSSS MCQ. (2017). *Une organisation en amélioration continue... qu'est-ce que ça signifie?* Repéré à <http://ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/qualite-et-performances-des-soins-et-services/amelioration-continue>

CRDITED MCQ IU. (2012). *Cadre de référence sur l'évaluation organisationnelle au CRDITED MCQ IU*. Repéré à <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?17460>

FOX Ellen et al. (2010). *Integrated ethics: An innovative program to improve ethics quality in health care*. The Innovation Journal : The Public Sector Innovation Journal, Vol. 15(2), article 8. Repéré à <https://www.ethics.va.gov/IEoverview.pdf>

INESSS. (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Cadre\\_elaboration\\_guides\\_pratique\\_servicessociaux.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Cadre_elaboration_guides_pratique_servicessociaux.pdf)

LAMONTAGNE Alexandrine J. (Septembre 2017). *Marcher le processus : un pas à la fois vers l'amélioration*. Le 360. Repéré à <http://le360.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/septembre-2017/dossier-360/marcher-le-processus-un-pas-a-la-fois-vers-lamelioration/>

ORDRE DES CONSEILLERS EN RESSOURCES HUMAINES AGRÉÉES. (2017). *Développement des compétences*. Repéré à [http://www.portailrh.org/Ressources/AZ/specialites/developpement\\_competchances](http://www.portailrh.org/Ressources/AZ/specialites/developpement_competchances)

ORDRE DES CONSEILLERS EN RESSOURCES HUMAINES AGRÉÉES. (2017). *Dilemme du développement des leaders*. Repéré à <http://www.portailrh.org/ReperesRH/fiche.aspx?p=486373>

ORDRE DES CONSEILLERS EN RESSOURCES HUMAINES AGRÉÉES. (2017). *Santé, sécurité et mieux-être au travail*. Repéré à <http://www.portailrh.org/Ressources/AZ/specialites/ssmt/>

QUÉBEC – AQESSS. (2009). *Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé*. Repéré à <http://www.aqesss.qc.ca/docs/pdf/Informatique-Sante%202009/Nguyen.pdf>

QUÉBEC - INESSS. (2017). Document de travail : *Énoncé d'orientation de l'INESSS sur l'évaluation de l'excellence clinique des services de santé et des services sociaux*. Document inédit.

QUÉBEC – MSSS (2016) *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-717-01W.pdf>



# Bibliographie

---

QUÉBEC – MSSS. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre\\_de\\_reference\\_ministeriel\\_devaluation\\_de\\_la\\_performance.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf)

QUÉBEC – MSSS. (2016). *Entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et le CIUSSS de l'Est-l'Île-de-Montréal*. Repéré à [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/EGI-2016-2017\\_MSSS\\_CIUSSS\\_Est-de-Ille-de-Montreal.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/EGI-2016-2017_MSSS_CIUSSS_Est-de-Ille-de-Montreal.pdf)

QUÉBEC – MSSS. (2016). *Mission*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/mission.php>

QUÉBEC. (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (L.R.Q., chapitre O-7.2, c.1, a.1). Québec : Éditeur officiel du Québec

QUÉBEC. (2017). *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (R.L.R.Q, c S-4.2). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ÉVALUATION. (Octobre 2015). *Qu'est-ce que l'évaluation?* Repéré à <https://evaluationcanada.ca/fr/quest-ce-que-levaluation>

THEDACARE CENTER FOR HEALTHCARE VALUE. (Février 2012). *Measuring healthcare value*. Repéré à <https://createvalue.org/wp-content/uploads/Value-Measurements-Revised-4-8-15.pdf> (traduction libre)

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal*

Québec 