

# GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

pour l'élaboration des plans d'action  
des **projets cliniques**

Région de la Capitale-Nationale

2009

Suivi  
de gestion

Monitoring  
évaluatif

Évaluation

Suivi des  
plans d'action

Objectif  
cible



# GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

pour l'élaboration des plans d'action  
des **projets cliniques**

Nicole Brais

avec la collaboration de  
Lise Côté et Louise Grégoire

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
Direction régionale de la planification, des affaires corporatives,  
des communications et de l'Infocentre

Direction régionale de santé publique

**Juin 2009**



Recherche et rédaction : Nicole Brais  
Collaboration à la rédaction : Lise Côté  
Louise Grégoire  
Soutien administratif : Danielle Lessard  
Infographie : Danielle Dupont

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet [www.rrsss03.gouv.qc.ca](http://www.rrsss03.gouv.qc.ca), section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Isabelle Lindsay  
Centre de documentation  
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est  
Québec (Québec) G1M 3X7  
Téléphone : 418 525-1500, poste 250  
Télécopieur : 418 529-9043  
Courriel : [isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca](mailto:isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca)

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009  
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2009  
ISBN : 978-2-89616-081-5 (version imprimée)  
978-2-89616-082-2 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :  
AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Guide méthodologique pour l'élaboration des plans d'action des projets cliniques*, Québec, ASSS de la Capitale-Nationale, 2009, 37 p. et annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>1. LES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION</b> .....	<b>9</b>
1.1. LE CADRE LÉGISLATIF .....	9
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION.....	10
1.2.1. <i>Le suivi de gestion</i> .....	10
1.2.2. <i>Le monitoring évaluatif</i> .....	11
1.2.3. <i>La recherche évaluative</i> .....	12
1.2.4. <i>Les autres types de suivi et d'évaluation</i> .....	12
1.3. LA CONTRIBUTION DES ACTIVITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION .....	14
<b>TABLEAU 1 SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTS TYPES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION OBSERVÉS DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX</b> .....	<b>16</b>
<b>2. LE SUIVI ET LE MONITORAGE DES PROJETS CLINIQUES DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE</b> .....	<b>19</b>
2.1. LE SUIVI DES PLANS D'ACTION LOCAUX DES PROJETS CLINIQUES .....	19
2.2. LE MONITORAGE RÉGIONAL DES PROJETS CLINIQUES .....	20
2.3. LES LIENS ENTRE LE MONITORAGE RÉGIONAL ET LE SUIVI DES PLANS D'ACTION LOCAUX DES PROJETS CLINIQUES.....	21
<b>3. QUELQUES NOTIONS DE BASE</b> .....	<b>23</b>
3.1. QUANTITATIF PAR RAPPORT À QUALITATIF .....	23
3.2. LA TRIADE OBJECTIF – CIBLE – INDICATEUR.....	23
3.3. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICATEUR.....	27
3.3.1. <i>La définition</i> .....	27
3.3.2. <i>Les types d'indicateurs</i> .....	28
3.3.3. <i>Les critères</i> .....	30
3.3.4. <i>Les limites</i> .....	31
<b>4. LES GRILLES MODÈLES POUR L'ÉLABORATION DES PLANS D'ACTION LOCAUX POUR LES PROJETS CLINIQUES</b> .....	<b>33</b>
<b>5. CONCLUSION</b> .....	<b>35</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>37</b>
<b>ANNEXE 1 PRINCIPAUX CONCEPTS RELATIFS AUX PROJETS CLINIQUES</b> .....	<b>39</b>
<b>ANNEXE 2 QUANTITATIF PAR RAPPORT À QUALITATIF</b> .....	<b>45</b>
<b>ANNEXE 3 GRILLES MODÈLES POUR L'ÉLABORATION DES PLANS D'ACTION LOCAUX POUR LES PROJETS CLINIQUES</b> .....	<b>47</b>



## LISTE DES ACRONYMES

<b>AGENCE</b>	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>DSQ</b>	Dossier de santé du Québec
<b>ETC</b>	Équivalent temps complet
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>I-CLSC</b>	Système d'information clientèle en CLSC – Intégration CLSC
<b>ISO-SMAF</b>	ISO - Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
<b>MED-ÉCHO</b>	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PALV</b>	Perte d'autonomie liée au vieillissement
<b>PIJ</b>	Projet intégration jeunesse
<b>PROSI</b>	Projet régional d'organisation de services intégrés
<b>RAMQ</b>	Régie de l'assurance maladie du Québec
<b>RATSPL</b>	Réseau d'appui aux transformations des services de première ligne
<b>SICHELD</b>	Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>SIGDU</b>	Système d'information et de gestion des départements d'urgence
<b>SIMASS</b>	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
<b>SIURGE</b>	Système d'information pour la gestion des services d'urgence
<b>SIU-SM</b>	Système d'information sur les usagers – Santé mentale
<b>TED</b>	Trouble envahissant du développement



## INTRODUCTION

Le présent guide s'adresse principalement aux personnes du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale participant à l'élaboration et au suivi des projets cliniques à l'échelle locale ou régionale.

Il vise, d'une part, à situer les démarches de suivi et de monitoring des projets cliniques dans leur contexte général et, d'autre part, à fournir un cadre méthodologique commun afin de permettre l'acquisition de certaines notions de base nécessaires à ces activités de suivi. Le contenu du guide ne vise pas à former des spécialistes de la production d'indicateurs, mais à fournir un cadre de référence afin que les personnes qui développent les projets cliniques soient en mesure de formuler leur plan d'action de manière logique et d'y associer des indicateurs de suivi pertinents. De plus, ce guide pourra contribuer à ce que ces personnes développent une aisance suffisante pour intégrer ces notions dans leurs activités de planification et de suivi d'organisation de services.

Le document se divise en quatre parties. Une première partie rappelle brièvement le contexte général dans lequel s'inscrivent les activités de suivi des projets cliniques d'une part, et, d'autre part, présente une typologie des différentes activités de suivi en cours dans le réseau. La seconde partie décrit très sommairement les démarches de monitoring et de suivi relatives aux projets cliniques amorcées dans la région de la Capitale-Nationale. La troisième section présente les notions de base utilisées dans les activités de suivi et de monitoring. Enfin, la quatrième partie transpose les notions décrites dans une grille modèle pour l'élaboration des plans d'action des projets cliniques.



# 1. LES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

## 1.1. Le cadre législatif

La préoccupation pour le suivi des activités du réseau de la santé et des services sociaux pour la reddition de comptes ou pour l'évaluation est intégrée dans plusieurs lois provinciales.

Les exigences de gestion axée sur les résultats et de reddition de comptes découlent de la Loi sur l'administration publique qui prévoit que la priorité accordée par l'Administration gouvernementale, dans l'élaboration et l'application des règles d'administration publique, doit être orientée vers la qualité des services offerts aux citoyens. Cette loi instaure ainsi un cadre de gestion axé sur les résultats<sup>1</sup> et sur le respect du principe de la transparence (L.R.Q., chapitre A 6-01, article 1).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, quant à elle, oblige les agences de la santé et des services sociaux à signer une entente de gestion et d'imputabilité avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et, les établissements, à en faire autant avec l'agence de leur région (L.R.Q., chapitre S-4.2, articles 182 et 385). Elle confère aux agences la responsabilité de procéder à certaines évaluations (articles 340 et 346) notamment évaluer, selon la périodicité que détermine le ministre, l'efficacité des services de santé et des services sociaux, le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services (article 345 4<sup>o</sup>). Les établissements sont tenus de participer à ces évaluations à la demande du ministre ou de l'Agence (article 107).

En ce qui concerne les projets cliniques, dont la responsabilité incombe aux centres de santé et de services sociaux (CSSS), aucune référence explicite n'est apportée dans la Loi quant à une obligation d'évaluation. La documentation ministérielle est plus précise à cet égard : selon le cadre de référence produit par le MSSS, les suivis sont une composante intrinsèque de la réussite. Le développement d'indicateurs locaux de suivi est encouragé tant au niveau des processus que des résultats<sup>2</sup>.

---

1. La gestion axée sur les résultats désigne une approche de gestion fondée sur des résultats mesurables répondant aux objectifs et aux cibles définis préalablement en fonction des services à fournir. Elle s'exerce dans un contexte de transparence, de responsabilisation et de flexibilité quant aux moyens utilisés pour atteindre les résultats visés. Source : SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR. *Guide sur la gestion axée sur les résultats*, Gouvernement du Québec, 2002, 31 p.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Document principal*, Gouvernement du Québec, 2004a, 75 p.

## 1.2. Les différents types de suivi et d'évaluation<sup>3</sup>

On retrouve différents types de suivi faisant appel à des indicateurs au sein du système de santé et de services sociaux. Pour bien des personnes, il est difficile de s'y retrouver, d'autant plus que ces types de suivi font appel à des notions et à des outils communs (objectifs, cibles, indicateurs, tableaux de bord) et utilisent souvent des données similaires, sans toutefois poursuivre les mêmes finalités. La présente section vise donc à distinguer ces différents types de suivi pour mieux s'y retrouver.

### 1.2.1. Le suivi de gestion

Le suivi de gestion, fréquemment réalisé à l'aide de tableaux de bord, répond d'abord aux besoins de gestion administrative. Une série d'indicateurs, généralement chiffrés, portant sur les ressources humaines, matérielles, financières ou informationnelles, permettent de suivre, dans la mesure du possible en temps réel, l'évolution des actions et interventions et d'apporter des correctifs en cours d'intervention. Ces indicateurs sont suffisamment sensibles pour pouvoir être interprétés sur une période courte (ex. : quotidienne ou mensuelle).

En général, le suivi de gestion permet de faire le point périodiquement sur l'utilisation des ressources, sur les clientèles jointes, sur le déroulement des interventions, des activités, des programmes ou des services offerts. Il ne remet pas en question ce qui doit être fait : il sert à vérifier si ce qui avait été planifié est réellement réalisé.

#### Le suivi de gestion

- Répond aux besoins de gestion administrative;
- Touche surtout les ressources, les opérations, les services;
- Permet de suivre l'évolution des actions et des interventions, idéalement en temps réel;
- Permet de réorienter ou d'apporter des correctifs, si nécessaire;
- Repose sur une série d'indicateurs quantitatifs suffisamment sensibles pour être interprétés sur une période courte (ex. : mensuelle);
- Sert principalement à vérifier si ce qui a été planifié est en voie d'être réalisé.

Exemples : le suivi des ententes de gestion (périodique) et le suivi des salles d'urgence (quotidien)

---

3. Bernard-Simon, LECLERC, Louise LEMIRE et Céline POISSANT. *La fonction évaluation à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière - Cadre de référence pour une démarche participative*, Saint-Charles-Borromée, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2000, 65 p.

### 1.2.2. Le monitoring évaluatif

Le monitoring évaluatif, comme le suivi de gestion, consiste à colliger et à analyser une série d'indicateurs et à en suivre la progression dans le temps. Il se distingue toutefois du suivi de gestion par ses objets et ses finalités. La fonction d'évaluation y est plus poussée. Le monitoring évaluatif consiste en des études plus approfondies qui peuvent porter sur des thèmes particuliers et sur des questions d'évaluation explicitement formulées.

On distingue ici deux perspectives de monitoring évaluatif selon qu'on s'intéresse à l'utilisation et à la qualité des services ainsi qu'à la performance du réseau ou que l'on se centre sur les indicateurs de santé et de bien-être de la population. Dans le premier cas, les objets du monitoring sont sensiblement les mêmes que ceux du suivi de gestion, mais contrairement au suivi de gestion, le monitoring évaluatif peut aussi soulever des questions, à la lumière des résultats, quant à la pertinence des interventions et des programmes. Il se situe donc davantage d'un point de vue stratégique. Dans le deuxième cas, le monitoring évaluatif s'apparente aux fonctions de surveillance<sup>4</sup>, mais il s'en distingue dans la mesure où les indicateurs sont comparés à des normes préétablies, alors que la surveillance collige les données sans faire ce travail d'évaluation par rapport aux normes.

#### Le monitoring évaluatif

- Répond à des besoins administratifs de surveillance et d'évaluation;
- Touche davantage le volet stratégique et décisionnel en lien avec la planification et l'organisation des services;
- Étudie des thèmes particuliers ou des questions d'évaluation explicitement formulées;
- Peut remettre en question, à la lumière des résultats, la pertinence des interventions et des programmes;
- Suit l'évolution d'une série d'indicateurs dans le temps;
- Peut porter sur l'utilisation et la qualité des services et sur la performance du réseau et les indicateurs de santé et de bien-être.

Exemple : Le monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme de l'Institut national de santé publique

---

4. La surveillance se définit comme « un processus continu de collecte, d'analyse et d'interprétation de données portant sur un aspect relié à la santé, et dont les résultats servent à la planification, l'implantation et l'évaluation des pratiques de santé publique ». Source : Thaker, 1994 cité dans INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme*, Gouvernement du Québec, 2007, 131 p.

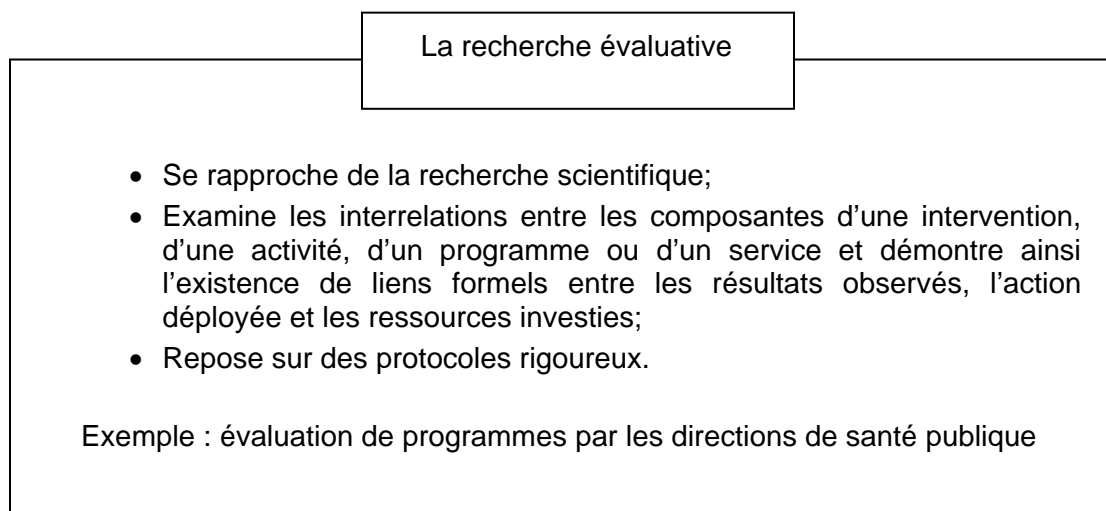
### 1.2.3. La recherche évaluative

La recherche évaluative se rapproche davantage de la recherche scientifique en ce sens qu'elle contribue à enrichir la connaissance sur les sujets qu'elle aborde. Elle permet d'examiner les interrelations entre les composantes d'une intervention, d'une activité, d'un programme ou d'un service.

Pour certains auteurs, il s'agit de démontrer l'existence de liens formels ou de causalité entre les résultats observés, l'action déployée et les ressources investies. La recherche évaluative poursuit donc des buts explicatifs. Pour ce faire, l'influence de facteurs extérieurs à l'intervention doit être contrôlée. Les recherches effectuées avec cette approche portent surtout sur les effets, les impacts et la performance. Elles font appel notamment à des analyses d'efficacité et d'efficience ainsi qu'à des analyses de coût par rapport aux avantages, à l'efficacité et à l'utilité. Elles peuvent aussi porter sur des programmes, des protocoles d'intervention, des services particuliers, etc.

Pour d'autres, il est important de situer les interventions dans un contexte plus large. Il s'agit donc de qualifier les situations dans une perspective collective, sociale et culturelle.

Indépendamment de l'approche privilégiée, de type épidémiologique, socioorganisationnelle ou autre, la recherche évaluative exige l'établissement de protocoles très rigoureux, demande plus de temps et de ressources et, de ce fait, demeure moins largement utilisée. Ce type de recherche fait en général appel au milieu universitaire et repose sur des partenariats.



### 1.2.4. Les autres types de suivi et d'évaluation

Il semble que les trois modèles décrits ci-dessus ne couvrent pas la totalité des activités d'évaluation qui se mettent progressivement en place dans le réseau de la santé et des services sociaux. D'autres approches se développent pour répondre plus spécifiquement aux besoins de suivi et d'évaluation des activités du réseau en tenant compte des ressources pouvant être consacrées à ces activités au sein des

agences, des directions de santé publique et des établissements en général. Ces approches se situent entre le monitoring évaluatif et la recherche évaluative.

Ainsi, Leclerc et autres (2000) proposent un quatrième type d'évaluation, soit **l'étude évaluative**, pour désigner les démarches d'évaluation qui dépassent le monitoring évaluatif sans prendre l'ampleur et sans se calquer à la démarche empirique de la recherche évaluative. Ils définissent cette approche en fonction des objets pour lesquels elle peut être appliquée. Ces objets peuvent être :

- l'évaluation d'implantation, l'évaluation et le monitoring des structures, des processus ou de l'appréciation de l'évolution des situations selon l'atteinte d'objectifs ou de résultats globaux;
- l'analyse de l'utilisation des services et le profil des clientèles;
- l'examen des plaintes des usagers;
- le monitoring et l'analyse des opinions, des perceptions et de la satisfaction des clientèles et des personnes responsables des services de santé et des services sociaux.

**Le monitoring interprétatif** représente une autre approche (voir le monitoring interprétatif réalisé par la Direction de santé publique de Montréal en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec<sup>5</sup>). Ce type d'évaluation se base en grande partie sur des données d'enquêtes populationnelles et de banques de données produites pour des fins autres que la recherche d'où sont extraites des données récurrentes. Ce monitoring est qualifié d'interprétatif parce qu'il est conçu comme une forme de recherche évaluative. Il s'appuie sur des mesures portant sur une période longue, mais il ne les produit pas de manière continue. Il a comme objectif de faire des liens entre l'évolution des indicateurs dans le temps et les transformations dans le système de santé. La nature de ces liens est définie a priori avec le concours d'experts et d'informateurs clefs du réseau. On se rapproche donc de l'élaboration et de la vérification d'hypothèses. Enfin, la démarche repose en grande partie sur un processus systématique de triangulation des données<sup>6</sup> avec le recours aux experts du terrain, à l'analyse de données supplémentaires et à des informations contextuelles supplémentaires pour l'interprétation complète des résultats.

On constate donc que les agences s'engagent dans des démarches de suivi et d'évaluation qui touchent davantage l'aspect de monitoring évaluatif sans toujours correspondre exactement à la définition qui en est généralement faite. On utilise alors

---

5. Pierre, TOUSIGNANT. *Plan de monitoring interprétatif de l'impact des transformations des services de santé de première ligne sur la population montréalaise*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique, 2005, 53 p.

6. La triangulation des données consiste à comparer les résultats obtenus de différentes sources de données.

d'autres expressions, comme *étude évaluative* ou *monitorage interprétatif* (Montréal) pour décrire ces démarches.

#### En résumé

Une activité de monitoring suit l'évolution d'une série d'indicateurs dans le temps. Le suivi de gestion est davantage de portée opérationnelle : il soutient la prise de décision à court terme à l'aide d'indicateurs en temps réel sur de courtes périodes. Le monitoring de nature évaluative se situe davantage sur un plan stratégique et répond à des besoins d'évaluation. Les indicateurs peuvent être suivis sur une base annuelle et leur valeur n'est pas donnée en temps réel. Ce type de monitoring s'intéresse le plus souvent aux effets et aux résultats des actions.

Le tableau 1 résume les principales distinctions entre les différents types de suivi et d'évaluation. Le suivi clinique, dont il n'a pas été question ici, car ses finalités sont d'un autre ordre, est ajouté afin d'avoir une vue complète des activités du réseau qui exigent la collecte de données. Certaines des données cliniques inscrites au dossier du patient sont d'ailleurs intégrées à des banques de données qui sont ensuite exploitées à différentes fins (ex. : les données hospitalières dans MED-ÉCHO<sup>7</sup>). On constate que ces activités de suivi et d'évaluation recourent souvent aux mêmes sources de données. Toutefois, celles-ci sont différemment exploitées selon les objectifs qui sont poursuivis. Le tableau établit des distinctions entre les types de suivi et d'évaluation, lesquelles simplifient la réalité. Dans les faits, les frontières ne sont pas toujours aussi franches et nettes.

### 1.3. La contribution des activités de suivi et d'évaluation

La **contribution** des activités de suivi et d'évaluation, à l'aide d'indicateurs, est multiple au sein d'une organisation (Secrétariat du Conseil du trésor, 2003). Celles-ci peuvent servir à :

- **Développer et réviser les plans stratégiques et les plans d'action.** Le suivi et l'évaluation contribuent à des degrés divers à déterminer, à préciser ou à réviser les objectifs et les résultats attendus.
- **Mesurer et suivre des résultats.** Relié à un objectif stratégique ou opérationnel, le suivi se fait à une fréquence régulière en comparant le résultat obtenu au résultat attendu. Ce faisant, il sert à connaître la situation et à apprécier les résultats à différentes étapes du cycle de gestion et des processus de production.

---

<sup>7</sup> Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière.

- **Soutenir la prise de décision** pour apporter les ajustements nécessaires qui serviront à l'atteinte des résultats attendus, c'est-à-dire **choisir les actions et répartir les ressources** financières, humaines, matérielles et informationnelles.
- **Améliorer les services et les modalités de prestation des services.** L'appréciation des résultats peut conduire à l'ajout, à la modification ou à la suppression de programmes d'activités ou de services et faire évoluer la façon dont on rend les services.
- **Suivre l'évolution de l'organisation** et ainsi l'amener à mieux circonscrire sa mission, ses mandats et sa zone de contribution et à ajuster sa structure et ses capacités organisationnelles en conséquence.
- **Évaluer la performance globale de l'organisation et faire une reddition de comptes** sur les impacts des services et produits rendus à la population et sur les ressources et les efforts requis pour les produire<sup>8</sup>.

---

8. SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR. *Guide sur les indicateurs*, Gouvernement du Québec, 2003, 45 p.

**TABLEAU 1 SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTS TYPES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION OBSERVÉS DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Type de suivi	Suivi clinique <sup>9</sup>	Suivi de gestion	Monitoring (évaluatif, interprétatif) – Études évaluatives	Recherche évaluative
Finalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préventive et curative (intervention clinique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrative (allocation de ressources, suivi des opérations et des services)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrative (planification et organisation des services)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scientifique (avancement des connaissances, développement et innovation)</li> </ul>
Objet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État de santé de la personne suivie par un professionnel ou par une équipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation des activités planifiées (y compris les ressources investies)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi et évaluation des interventions, des programmes (pour ce qui est de l'offre de service et de l'atteinte des résultats au regard de l'état de santé)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des programmes, des protocoles, des interventions et de services particuliers</li> <li>• Analyse de la pertinence, de l'efficacité, de l'impact et de la performance des actions</li> </ul>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre l'état de santé</li> <li>• Poser un diagnostic</li> <li>• Planifier et donner les soins appropriés</li> <li>• Juger l'efficacité clinique des actions posées et des services donnés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre les ressources humaines et financières, les interventions, les clientèles et les usagers joints</li> <li>• Réorienter les ressources ou les activités et les pratiques organisationnelles, au besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer une surveillance des principaux aspects relatifs à l'offre de service pour une population donnée</li> <li>• Apprécier la mise en place, l'atteinte des résultats visés et la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir et comprendre les liens formels ou de causalité entre les résultats observés, l'action déployée et les ressources investies</li> <li>• Identification des liens entre les éléments de contexte (politique,</li> </ul>

9. Le suivi clinique n'a pas été abordé dans le document, mais il a été ajouté ici pour donner une vue d'ensemble des activités.

Type de suivi	Suivi clinique <sup>9</sup>	Suivi de gestion	Monitoring (évaluatif, interprétatif) – Études évaluatives	Recherche évaluative
			<p>pertinence, des interventions et des programmes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dégager des liens possibles entre les résultats observés, les actions déployées et les ressources investies</li> <li>• Répondre à des questions d'évaluation précises (pertinence, processus, efficacité des actions auprès des clientèles ciblées)</li> </ul>	<p>stratégique, environnemental) et les interventions et les résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer les interventions, les programmes les plus efficaces et ceux qui contribuent à la performance</li> </ul>
Principaux utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels, personnel clinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionnaires et responsables professionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionnaires (planificateurs), responsables cliniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionnaires, planificateurs, communauté scientifique</li> </ul>
Types de production	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portrait clinique et évolutif du patient (à l'aide du dossier)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi d'indicateurs et de données</li> <li>• Tableau de bord de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi d'indicateurs</li> <li>• Plan de surveillance</li> <li>• Rapports d'analyse et d'évaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports de recherche, articles et communications scientifiques</li> </ul>
Caractéristiques de production (périodicité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base variable selon les conditions de consultation (temps réel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base continue et périodique</li> <li>• Temps réel sur une base quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou sur une période donnée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base continue et récurrente annuelle (retour d'informations en différé)</li> <li>• Enquêtes récurrentes ou ponctuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base ponctuelle selon les conditions et les occasions de réalisation (retour d'informations en différé)</li> </ul>
Types de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données cliniques nominatives : dossier médical, diagnostics,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données cliniques anonymisées et clinico-administratives (ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données cliniques anonymisées et clinico-administratives,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données cliniques anonymisées, clinico-administratives</li> </ul>

Type de suivi	Suivi clinique <sup>9</sup>	Suivi de gestion	Monitoring (évaluatif, interprétatif) – Études évaluatives	Recherche évaluative
	résultats de tests, plans d'intervention, plans de soins	humaines et financières, clientèles, activités, interventions, programmes offerts et services donnés)	populationnelles (y compris état de santé et de bien-être), démographiques et économiques <ul style="list-style-type: none"> <li>Données d'évaluations quantitatives et qualitatives recueillies (ex : auprès des prestataires de soin et de la clientèle)</li> </ul>	populationnelles, démographiques et économiques <ul style="list-style-type: none"> <li>Données d'évaluations quantitatives et qualitatives recueillies auprès de divers acteurs (ex : planificateurs, gestionnaires, prestataires de soins, clientèle, etc.)</li> </ul>
Sources	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dossier patient, DSQ (projet pilote)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Banques clinico-administratives : I-CLSC, MED-ÉCHO, RAMQ, SICHELD, SIGDU, SIURGE, SIMASS, SIU-SM, PIJ, Banques des centres de réadaptation, etc.</li> <li>Enquêtes canadiennes et québécoises sur la santé</li> <li>Statistiques Canada</li> <li>Portraits et rapports régionaux et nationaux sur la population et le réseau de soins</li> <li>Enquêtes (populationnelles) et études portant sur les prestataires de soins, sur la clientèle et sur la population</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Données produites spécifiquement pour le projet (entrevues, analyse documentaire, questionnaires, etc.) et banques clinico-administratives</li> </ul>

## **2. LE SUIVI ET LE MONITORAGE DES PROJETS CLINIQUES DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE**

Les CSSS sont responsables de l'élaboration et de la mise en place des projets cliniques, lesquels servent à définir l'organisation de services pour répondre aux besoins de la population habitant leur territoire. Cette organisation de services doit être définie dans le cadre d'une démarche mobilisatrice mettant à contribution l'ensemble des acteurs engagés dans l'offre de service de santé et de services sociaux sur le territoire couvert par l'établissement. Ces acteurs sont collectivement responsables de l'état de santé et de bien-être de la population habitant ce territoire (responsabilité populationnelle). Cette organisation de services doit répondre à certaines exigences : favoriser une plus grande accessibilité, une meilleure continuité et une plus grande qualité de services<sup>10</sup>. Par ailleurs, elle doit englober l'ensemble des services, allant de la promotion – prévention aux soins en fin de vie en passant par les soins curatifs. Enfin, elle doit mieux distinguer les responsabilités entre les différentes lignes de services (hiérarchisation des services) et viser un fonctionnement mieux intégré de l'ensemble des établissements et des intervenants. Les CSSS sont également responsables d'évaluer les projets cliniques du point de vue du processus et aussi en fonction de l'atteinte des résultats<sup>11</sup>.

### **2.1. Le suivi des plans d'action locaux des projets cliniques**

Le cadre de référence du MSSS<sup>12</sup>, bien qu'il fasse de l'évaluation et du suivi des facteurs clés pour articuler un projet clinique cohérent, demeure relativement vague quant aux exigences concrètes à l'égard de ces facteurs clés.

---

10. Voir l'annexe 1 pour une définition de ces concepts.

11. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Projet clinique - Guide d'actualisation*, Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux de la Capitale nationale, 2005, 27 p.

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*, Gouvernement du Québec, 2004b, 214 p.

Le guide d'actualisation du projet clinique réalisé par l'Agence<sup>13</sup> propose une démarche en sept étapes pour l'élaboration des projets cliniques. Il s'agit, à partir d'un état de situation sur les besoins de la population et sur l'offre de service actuelle, de poser un diagnostic et de trouver les écarts par rapport aux cibles<sup>14</sup> privilégiées par le réseau local comme étant l'idéal à atteindre en matière d'organisation de services sur un territoire. Ces cibles doivent cependant s'inscrire à l'intérieur des orientations régionales et ministérielles. Il s'agit ensuite de préciser les moyens pour combler ces écarts afin d'atteindre ces cibles, lesquels feront l'objet d'un plan d'action. C'est ce plan d'action qui doit, selon le guide, être évalué.

Le plan d'action détermine, en fonction des cibles, les mesures concrètes à prendre, les ressources à déployer, les échéanciers de réalisation à respecter ainsi que les indicateurs de résultats à viser. Le plan d'action est proposé comme le principal outil pour suivre l'évolution du projet clinique et pour rendre compte de ses résultats. L'étape d'évaluation doit permettre de jeter un regard critique sur l'atteinte des résultats tant du point de vue de l'implantation (processus) que des résultats (impact) et devrait servir à la reddition de comptes.

Toujours selon le guide, **l'évaluation du processus** s'appuie sur une comparaison entre les actions prévues au plan et le déroulement de l'implantation. Elle permet de vérifier si les moyens (ressources humaines, matérielles et financières) ont été effectivement déployés selon l'échéancier prévu. **L'évaluation des résultats** doit porter sur les indicateurs choisis en fonction des cibles retenues. Ils doivent être facilement mesurables et observables et faire l'objet d'un suivi systématique.

## 2.2. Le monitoring régional des projets cliniques

Même si les projets cliniques sont de la responsabilité des CSSS et que ces derniers doivent en assurer le suivi, il a été décidé, dans la région de la Capitale-Nationale de mettre en place un monitoring régional de ces projets cliniques.

Dès 2004, année de la mise en place des réseaux locaux, les directions générales des établissements, réunies pour le Forum des directeurs généraux et du comité du Projet régional d'organisation de services intégrés (PROSI), ont manifesté le souhait que les transformations en courset, plus spécifiquement les projets cliniques, fassent l'objet d'évaluation et de suivi. Pour y parvenir, des démarches parallèles ont d'abord été amorcées par deux comités régionaux (le Groupe conseil sur les transformations et le Carrefour informationnel) pour être ensuite fusionnées à partir de juin 2006. Ces démarches ont conduit à un projet de monitoring régional des projets cliniques qui

---

13. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Projet clinique - Guide d'actualisation*, Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux de la Capitale nationale, 2005, 27 p.

14. Le recours à la notion de cible, utilisée davantage dans le sens d'objectif, peut entraîner une certaine confusion par rapport à sa définition plus stricte pour la gestion axée sur les résultats (voir la section 3.2.).

est supervisé par un comité directeur composé de personnel cadre de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Agence) et de personnel des quatre CSSS ainsi que de chercheurs associés au projet. L'élaboration d'un plan de monitoring régional, sous la responsabilité d'un comité de travail formé de personnes issues du Réseau d'appui aux transformations des services de première ligne (RATSPL) de l'Université Laval, de la Direction de santé publique et de l'Infocentre régional, vise à doter la région d'un outil pour évaluer les effets des projets cliniques au regard notamment des grands objectifs, soit l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population habitant le territoire.

Le projet clinique ayant été découpé dans la région de la Capitale-Nationale en plusieurs volets, en grande partie selon les contours des programmes clientèles, il est prévu qu'un plan de monitoring soit élaboré pour chacun de ces différents volets. Les projets cliniques en implantation ou en élaboration sont les suivants : Perte d'autonomie liée au vieillissement, Maladies pulmonaires obstructives chroniques, Santé mentale adultes, Jeunes en difficulté, Cancer, Services généraux, Déficience physique, Déficience intellectuelle-Trouble envahissant du développement (DI-TED) et Dépendances.

### **2.3. Les liens entre le monitoring régional et le suivi des plans d'action locaux des projets cliniques**

Le monitoring régional et le suivi des plans d'action locaux des projets cliniques sont deux opérations distinctes mais reliées entre elles. Elles sont distinctes parce que :

- le monitoring régional porte sur les projets cliniques et le suivi doit se faire sur plusieurs années pour pouvoir en apprécier les effets; les plans d'action locaux ont, quant à eux, une portée de un à deux ans;
- le monitoring régional porte sur les effets alors que le suivi des plans d'action consiste principalement en un suivi d'implantation.
- le monitoring régional relève d'un comité régional alors que le suivi des plans d'action locaux est réalisé généralement par chacun des CSSS;

Elles sont reliées dans la mesure où :

- les plans d'action locaux s'inscrivent dans un projet clinique dont les objectifs généraux, qui doivent tenir compte des orientations ministérielles et régionales, sont définis régionalement. Les résultats visés, en ce qui concerne l'accessibilité, la continuité et la qualité, devraient également être définis sur une base régionale. C'est en tenant compte de ces objectifs et des résultats régionaux que sera construit, idéalement, le plan de monitoring régional;
- des indicateurs similaires peuvent être utilisés pour les deux activités, mais ils seront interprétés différemment puisque l'analyse ne vise pas les mêmes fins.

### En résumé

Le suivi local des projets cliniques porte surtout sur le plan d'action qui a une portée temporelle limitée (annuelle, généralement). Il s'attarde plus particulièrement aux processus (suivi d'implantation à l'aide d'indicateurs d'intrants et de processus) et aux résultats, mesurés avec des indicateurs qui découlent des cibles prioritaires. Le monitoring régional suit les transformations sur plusieurs années sur la base d'indicateurs de résultats et d'impacts mesurant l'accessibilité, la continuité et la qualité. Ces indicateurs de résultats et d'impacts sont toutefois interprétés à la lumière des indicateurs de ressources (intrants) et de processus.

### 3. QUELQUES NOTIONS DE BASE

Cette dernière section présente et illustre à l'aide d'exemples les principaux éléments actuellement utilisés pour la mesure et le suivi. Il existe beaucoup de guides en ce domaine, notamment ceux produits par le gouvernement du Québec et par des établissements du réseau, entre autres par les agences (ou anciennement, les régies régionales de la santé et des services sociaux). Les personnes intéressées à approfondir ces notions peuvent se référer à la documentation citée dans la bibliographie.

#### 3.1. Quantitatif par rapport à qualitatif<sup>15</sup>

Les notions reprises dans cette section ont été définies dans le contexte d'une approche particulière, soit celle de la gestion axée sur les résultats. Il s'agit d'une approche dominante dans les organisations gouvernementales, découlant de la Loi sur l'administration publique. Il faut être conscient que cette approche privilégie, dans les activités de suivi ou de monitoring, les résultats qui peuvent être chiffrés ou, à tout le moins, qui peuvent rendre compte de la réalisation d'une activité. Il est cependant généralement admis que les démarches de monitoring, notamment le monitoring évaluatif, doivent également reposer sur des méthodes qui permettent de saisir ou d'appréhender des dimensions qui ne se laissent pas facilement transformer en mesures quantifiées. Pour les besoins de ce guide, l'accent est mis, dans la section qui suit, sur le volet « suivi d'indicateurs de nature quantitative ». Cependant, le plan de monitoring régional en cours d'élaboration veut suivre les transformations sur plusieurs années à l'aide d'indicateurs mesurant l'accessibilité, la continuité et la qualité sur une base quantitative et, si possible, qualitative. Il sera pertinent de compléter ce guide méthodologique lorsque le volet qualitatif sera développé.

#### 3.2. La triade objectif – cible – indicateur<sup>16</sup>

Les activités de suivi ne visent pas uniquement à connaître ce qui est fait. Elles servent surtout à vérifier si ce qui est fait va dans le sens souhaité. Cela sous-entend ce qui suit :

- On connaît la situation actuelle (diagnostic);
- On s'est entendu sur la situation souhaitée ou visée :
  - de manière générale (objectif);
  - de manière précise (cible);
- On est capable de traduire la situation actuelle et la situation souhaitée par des mesures (indicateurs) qui permettent d'apprécier la progression de la situation actuelle vers la situation souhaitée.

---

15. Voir l'annexe 1 pour quelques précisions à cet égard.

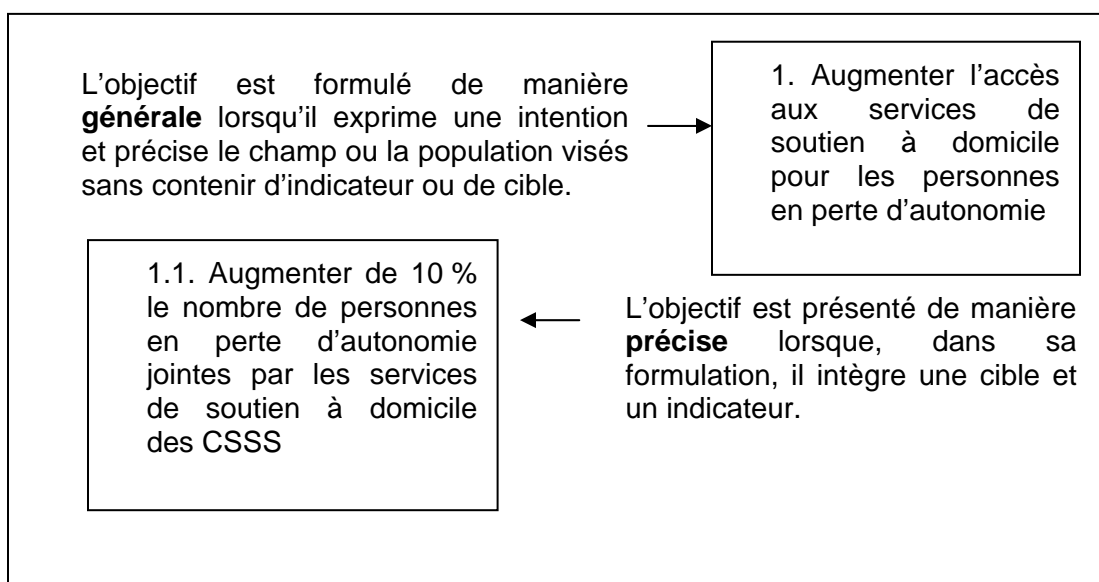
16. La section est tirée presque intégralement du guide produit par le Secrétariat du Conseil du trésor, mais les exemples ont été modifiés (SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR. *Guide sur les indicateurs*, Gouvernement du Québec, 2003, 45 p.).

L'objectif, la cible et l'indicateur sont à la base de la mesure des résultats. Leur combinaison permet d'exprimer le résultat attendu.

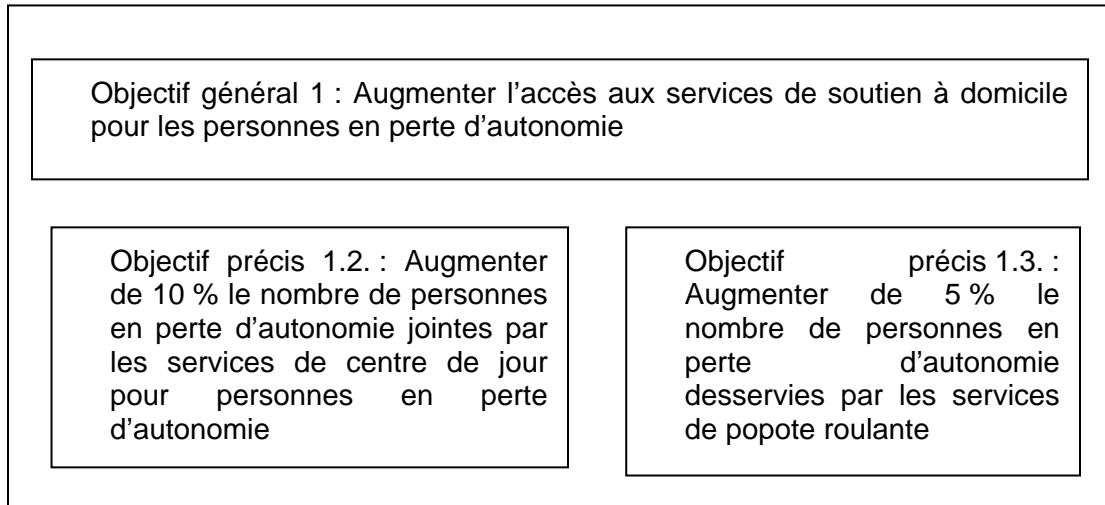
Le terme « triade » signifie que ces trois éléments sont liés entre eux : il ne les ordonne pas nécessairement en séquence et n'en fait pas des notions mutuellement exclusives. Comme on le verra, un objectif précis contient la cible et l'indicateur.

**L'objectif** exprime l'intention, l'engagement, ce qu'on veut réaliser et produire, bref le but poursuivi. Habituellement, l'objectif vise un effet, un bénéfice pour la population ou contribue à la concrétisation d'un tel bénéfice.

L'objectif peut être formulé de manière **générale** ou **précise**.



Lorsque le résultat souhaité comporte plusieurs facettes requérant des indicateurs précis ou, encore, lorsque l'atteinte d'un objectif dépend de la collaboration de plusieurs unités administratives ou établissements, il est préférable de décrire un objectif général et de le décliner en plusieurs indicateurs et plusieurs cibles. Ainsi, si, en plus des services offerts par les CSSS, on juge que les services des centres de jour et de popote roulante, pour ne prendre que ces exemples parmi d'autres, font partie de l'offre de service de soutien à domicile, on pourrait rajouter, sous l'objectif formulé de manière générale, les deux objectifs précis suivants :



Il importe de bien cerner le type d'indicateurs qu'on veut produire : intrants, processus, résultats, impacts (voir la section 3.3.2.). La formulation des indicateurs d'intrants et de processus fait référence notamment aux ressources affectées aux activités et devant contribuer à l'atteinte des résultats souhaités alors que la formulation des objectifs de résultats doit informer sur le résultat souhaité au regard de la situation actuelle. La formulation d'objectifs de résultats doit spécifier ces résultats soit sous l'angle de l'action ou du moyen (production de services), soit sous l'angle de la cible des actions (population visée par les services). Les exemples suivants font une distinction entre des objectifs axés sur les moyens et ceux axés sur les résultats.

Formulation axée sur les moyens	Formulation axée sur les résultats
Assurer la présence d'une consultante en lactation dans chacun des trois grands centres accoucheurs de la région pour les trois quarts de travail, soit 4,8 ETC par centre accoucheur.	Assurer que 100 % des parturientes des centres accoucheurs bénéficient d'un soutien à l'allaitement
Augmenter de 69 016 les heures travaillées (44 ETC) pour les soins infirmiers d'assistance et pour les autres services professionnels en CHSLD	Augmenter de 2,8 % le taux de réponse en CHSLD pour les services cliniques (les soins infirmiers et d'assistance et les autres services professionnels)

**L'indicateur** est une mesure qui, pris isolément, ne traduit aucune intention, aucun objectif, aucune cible.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre moyen d'interventions par personne jointe</li> <li>• Taux de participation des femmes de plus de 50 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein</li> <li>• Taux de satisfaction des usagers de soutien à domicile à l'égard des services reçus</li> </ul> |
|---|

**La cible** exprime le degré du résultat attendu par rapport à une unité de mesure. Il s'agit d'une mesure étalon qui sert de base de comparaison pour le résultat obtenu. Cette mesure étalon peut être connue et agréée comme telle par des experts ou représenter une amélioration, un changement, une variation par rapport à la situation antérieure. **Il faut donc faire attention de ne pas employer le terme *cible* dans le sens d'objectif général<sup>17</sup>.**

Les exemples suivants font la distinction entre un objectif de résultats formulé de manière générale et donc difficilement mesurable, et des objectifs de résultats précis, assortis d'une cible et donc mesurables<sup>18</sup>.

Objectif général (difficilement mesurable)	Avoir déployé des services à domicile dans tous les territoires	
Objectifs précis (assortis d'une cible, donc mesurables)	Joindre 12 489 personnes âgées	Joindre 1 189 personnes âgées additionnelles
	Joindre 13,5 % de personnes âgées	Joindre 1,3 % de personnes âgées additionnelles
	Augmenter de 9,5 % le nombre de personnes âgées jointes par les services à domicile	

La cible, en précisant le résultat à atteindre, peut se présenter sous forme de nombre ou encore de proportion (ex. : un taux ou un ratio). Dans d'autres cas, la cible indique le bien livrable et précise alors le délai de livraison ou l'échéance de l'action à poser.

17. Le guide d'actualisation des projets cliniques propose de définir quelques grandes cibles pour les projets cliniques à partir de la lecture des écarts. Il ne s'agit donc pas de cibles au sens défini ici. De la manière dont elles sont généralement libellées, ces cibles s'apparentent davantage à des finalités ou à des objectifs généraux.

18. Ce paragraphe ainsi que la fin de la section 4.1.1. sont tirés d'une présentation faite par M. Guy Massicotte de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec lors de l'élaboration de la planification stratégique en mai 2003.

Date du début des opérations du guichet d'accès unique en santé mentale pour les adultes au plus tard le 15 mars 2009

En résumé

L'objectif indique la tendance souhaitée pour la mesure (ex. : augmenter ou diminuer), la cible précise le résultat visé alors que l'indicateur permet de mesurer si l'objectif ou la cible sont atteints

### 3.3. Les caractéristiques de l'indicateur<sup>19</sup>

La présente section s'attarde plus spécifiquement à la notion d'indicateur. Pour pouvoir suivre et mesurer la réalisation d'un objectif ou l'atteinte d'une cible, la mesure doit être pertinente et fiable. Le choix et la construction des indicateurs doivent donc répondre à certaines exigences.

#### 3.3.1. La définition

Il existe plusieurs définitions de l'indicateur. Voyer le définit ainsi pour le suivi de gestion :

*L'indicateur est un élément ou un ensemble d'éléments d'information significative, un indice représentatif, une statistique ciblée et contextualisée selon une préoccupation de mesure, résultant de la collecte de données sur un état, sur la manifestation observable d'un phénomène ou sur un élément lié au fonctionnement d'une organisation<sup>20</sup>.*

Dans le contexte de la gestion axée sur les résultats, le Secrétariat du Conseil du trésor privilégie la définition suivante :

*Toute **mesure significative, relative ou non**, utilisée pour **apprécier les résultats obtenus, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux** ou le **contexte externe**<sup>21</sup>.*

---

19. Les sections suivantes se sont largement inspirées du document suivant : SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR. *Guide sur les indicateurs*, Gouvernement du Québec, 2003, 45 p.

20. Pierre, VOYER. *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2006, p. 61.

21. SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR. *Guide sur les indicateurs*, Gouvernement du Québec, 2003, p. 6.

Le Secrétariat définit ensuite plus précisément chacun des termes de cette définition.

**Le terme de mesure** fait référence à une grandeur, une quantité, un indice, un état de situation ou au degré de réalisation par rapport à une étape donnée.

Cette mesure est **significative** dans la mesure où elle a un sens et qu'elle est liée à une préoccupation, à l'objectif à atteindre. Elle permet de scruter un aspect, une dimension d'un phénomène ou d'une activité et d'en comprendre la portée ou la finalité.

La mesure **est relative ou non** : l'indicateur exprime une mesure simple s'il présente une seule variable, un nombre par exemple. Il peut également mettre en relation deux ou plusieurs variables. Il s'exprime alors en pourcentage, en ratio ou en proportion. Il peut également être mis en relation avec une cible, avec un indicateur rattaché à d'autres objectifs ou un indicateur similaire d'une autre organisation.

La mesure permet d'évaluer, de juger, de comparer, de suivre la progression, de vérifier et de contrôler **les résultats obtenus**. Dans le contexte gouvernemental, ceux-ci représentent d'abord les divers bénéfices obtenus par les différentes clientèles lorsqu'elles se prévalent des produits et services offerts par l'organisation. On parle d'effets ou d'impacts pouvant être obtenus immédiatement ou à plus long terme, de nature sociale, économique, environnementale, etc. Le résultat peut être également de nature plus opérationnelle lorsqu'il représente les efforts requis pour procurer des bénéfices à la population visée. La satisfaction d'utilisateurs de services peut être considérée comme un résultat. Enfin, les résultats peuvent également se traduire en produits générés par les unités chargées d'orienter l'action des agences ou des établissements (recherche, évaluation, conseil).

La mesure permet également **d'apprécier l'utilisation des ressources** : suivre l'évolution des revenus et des dépenses, vérifier si les budgets alloués sont respectés et si la gestion des ressources est efficiente.

Les activités d'une organisation ne sont pas toutes quantifiables pour ce qui est de **l'état d'avancement des travaux et du contexte** : la mesure peut aussi rendre compte d'une information ponctuelle, d'un rapport d'étape relatif à une mise en œuvre, du degré d'évolution ou de livraison d'un dossier, d'une implantation, d'une recherche ou, encore, d'une date limite ou d'une échéance. En ce qui concerne le contexte, les organisations agissent et évoluent dans des domaines où elles ne sont pas les seuls acteurs, que ce soit sur le plan social, économique ou politique. Des indicateurs qui informent sur le contexte externe dans lequel elles évoluent sont nécessaires pour connaître les besoins de la population, ses attentes et s'avèrent utiles pour déterminer les cibles à atteindre et la zone de contribution propre à chaque organisation.

### **3.3.2. Les types d'indicateurs**

Il existe plusieurs types d'indicateurs et de nombreuses façons de les classer. Par exemple, le Secrétariat du Conseil du trésor fait une distinction entre les indicateurs

externes qui rendent compte des effets de l'action des ministères ou organismes sur leurs clientèles et les indicateurs internes qui servent à l'orientation, à l'évaluation et à la gestion des activités, des processus et des ressources. D'autres organisations font des distinctions entre les intrants qui mesurent les moyens proposés pour atteindre les objectifs (ressources humaines, financières, matérielles, modes d'intervention, modalités de gestion) et les extrants qui rendent compte des objectifs de résultats, soit des activités réalisées ou des populations jointes. Le degré de précision peut être encore plus grand quand on distingue entre les intrants, les processus, les résultats et les impacts.

La notion **d'intrant** fait référence aux éléments qui soit orientent l'action (analyse de besoins, normes, problématiques, etc.), soit conditionnent en partie sa réalisation (structure de l'organisation, ressources injectées ou disponibles, etc.). Les **processus** incluent toutes les activités de transformation, que ce soit des opérations de gestion, de soutien, de production de biens ou de services. Les processus font donc référence aux activités (le quoi) de même qu'aux méthodes (le comment). Les **résultats** sont entendus généralement au sens de production de services indirects (qui soutiennent la production de services) ou directs (qui joignent la population). Les **impacts** font référence aux effets à plus ou moins long terme sur la santé et le bien-être de la population. En ce qui concerne les impacts, l'état de santé de la population est appréhendé par la répartition des problèmes de santé, de certains déterminants ou de caractéristiques positives recherchées dans la population. Le monitoring de certains éléments clefs reliés aux habitudes de vie et aux facteurs de risque, à la morbidité hospitalière et à la mortalité permet d'estimer l'impact de l'organisation des services sur l'état de santé<sup>22</sup>.

Par ailleurs, des distinctions sont faites entre les indicateurs **chiffrés** et **non chiffrés**. L'indicateur est **chiffré** lorsqu'il se présente sous forme de nombre (quantité, coût, temps), de pourcentage, de ratio, etc. L'utilisation de tels indicateurs simplifie la mesure des écarts entre la situation de départ et la situation visée ainsi que la comparaison avec les résultats d'organisations similaires.

L'indicateur **non chiffré** est utilisé lorsque les objectifs ou les résultats ne peuvent être quantifiés, comme dans le cas du dépôt d'une politique, d'une planification stratégique, d'un plan d'action, de la réalisation d'une étude ou d'une action, etc. Dans ces cas, l'indicateur doit décrire la nature et le contenu du bien livrable.

---

22. Cependant, le système de soins n'étant pas le facteur ayant le plus grand effet sur l'état de santé de la population en comparaison avec les facteurs biologiques, environnementaux et liés aux modes de vie, l'impact est défini ici simplement comme l'écart observé entre les valeurs des indicateurs dans le temps et non pas comme un résultat exclusivement attribuable aux actions du réseau de la santé et des services sociaux.

## Diffusion de la trajectoire de services en santé mentale

Cependant, le détail des éléments souhaités se prête parfois à la formulation d'indicateurs chiffrés.

Nombre d'omnipraticiens à qui le dépliant décrivant la trajectoire de services en santé mentale a été envoyé

Nombre de personnes jointes par les séances d'information sur la trajectoire de services en santé mentale

Nombre de séances d'information réalisées sur la trajectoire de services en santé mentale à l'intention de la population

### 3.3.3. Les critères

La qualité d'un indicateur repose sur un certain nombre de critères objectifs qui doivent être respectés si on veut l'utiliser pour les raisons décrites ci-dessus. Ces exigences minimales lui assurent une certaine pérennité et évitent qu'il soit remis en question ou qu'il soit constamment modifié, ce qui réduit alors considérablement sa pertinence pour suivre l'évolution des activités d'une organisation dans le temps. Les critères suivants sont généralement considérés.

**La pertinence** : l'indicateur doit découler directement d'une préoccupation, d'une attente, d'un engagement en lien avec l'objectif dont il contribue à mesurer l'atteinte. Il illustre en tout ou en partie le résultat, le phénomène ou l'objet qu'on veut mesurer. Il est utile pour apprécier les résultats obtenus. Par exemple, le nombre de dépliants sur la trajectoire de services relative au programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) diffusés auprès des groupes de médecine de famille (GMF) ne mesure pas l'augmentation de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie par ces groupes. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus inscrites en GMF serait un indicateur plus pertinent.

**La validité** : l'indicateur mesure vraiment ce qu'il est censé mesurer en fonction de ce qui est visé; il permet de faire état de la situation de la manière la plus juste possible. Le ratio omnipraticiens par 100 000 habitants, par exemple, peut servir à mesurer l'accessibilité au suivi par un médecin généraliste si toutefois il n'inclut pas les omnipraticiens qui occupent de postes administratifs et ne font donc pas de pratique médicale.

**La fiabilité** : les résultats mesurés par l'indicateur doivent être constants chaque fois qu'une mesure est prise dans des conditions identiques. Cela nécessite que le résultat soit conforme à la réalité, qu'il ne comporte pas d'erreur et qu'il soit intégral.

La notion de fiabilité comprend aussi les notions de sensibilité et de robustesse de l'indicateur, c'est-à-dire qu'il doit faire ressortir les variations significatives tout en demeurant assez stable pour assurer une mesure constante dans le temps. La fiabilité globale de l'indicateur est, par ailleurs, largement tributaire de la fiabilité des données. Par exemple, tant que la saisie de données concernant une intervention particulière en centre local de services communautaires (CLSC) n'est pas faite dans le système d'information clientèle en CLSC – Intégration CLSC (I-CLSC) de manière généralisée, uniforme et constante (normalisée), l'indicateur ne peut pas être interprété comme rendant compte de la réalité.

**La convivialité :** l'indicateur est simple, clair, facile à comprendre et à présenter. Son interprétation est la même pour tout le monde, commune et partagée. Il n'existe qu'une seule définition de cet indicateur et ses limites sont connues. Par exemple, si l'indicateur est le nombre de personnes à risque de perte d'autonomie repérées, le sens exact des termes « à risque de perte d'autonomie » et « repérées » doit être commun pour tous.

**La faisabilité :** l'indicateur doit être relativement facile à obtenir et à produire. Les données sont accessibles au moment opportun et les opérations nécessaires pour les collecter et les traiter représentent un rapport coût-avantage raisonnable. Par exemple, la production d'un indicateur nécessitant des données cliniques inscrites au dossier patient n'est pas considérée comme étant possible même si les données existent : la collecte manuelle des données exigerait un effort trop important.

**La comparabilité :** lorsque cela est possible, il est recommandé d'utiliser un indicateur standardisé, utilisé par plusieurs organisations et reconnu officiellement (variables, méthode de calcul et fréquence de mesure correspondant à des normes ou à des conventions). Lorsqu'on veut comparer des établissements ou des territoires entre eux, il est nécessaire que l'indicateur soit construit exactement de la même manière pour permettre cette comparaison<sup>23</sup>.

#### **3.3.4. Les limites**

La santé de même que l'organisation des services de santé et des services sociaux sont des réalités qui, est-il nécessaire de le rappeler, peuvent difficilement être réduites à quelques résultats observables et mesurables. Les indicateurs sont des outils qui demeureront toujours des mesures incomplètes de phénomènes complexes, une tentative d'appréhender le réel par une série d'opérations de simplification. Il est entendu que les indicateurs chiffrés ne peuvent rendre compte que de ce qui peut être comptabilisé et que, du coup, des volets entiers de la réalité demeurent occultés. S'ils nous permettent de cerner une portion de la production et de l'utilisation des services ou de mesurer les ressources financières et humaines, ces outils peuvent plus difficilement traduire les éléments qui, par exemple, contribuent à expliquer la variation dans la production de services comme les

---

23. SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR. *Guide sur les indicateurs*, Gouvernement du Québec, 2003, 45 p.

facteurs humains et organisationnels. Or le succès de la mise en place des projets cliniques, une approche qui prône le travail en réseau, la continuité relationnelle, la continuité d'approche, le travail en équipe interdisciplinaire, dépend en grande partie de la dimension humaine. Il sera donc nécessaire, pour suivre et évaluer les projets cliniques, de miser sur une approche qui intègre des stratégies permettant également de rendre compte de l'évolution dans le temps de ces dimensions de nature qualitative. Le monitoring régional des projets cliniques en cours d'élaboration mise justement sur une telle approche. En effet, le suivi régional des projets cliniques doit se faire sur plusieurs années pour pouvoir en apprécier les effets; il sera donc ultérieur à l'évaluation des plans d'action qui ont une portée moins longue (d'un à deux ans). Le monitoring régional sera effectué pour surveiller les effets (en lien avec les intrants et les processus mis en action), alors que le suivi des plans d'action consiste principalement en un suivi d'implantation. Les deux opérations sont toutefois complémentaires.

#### **4. LES GRILLES MODÈLES POUR L'ÉLABORATION DES PLANS D'ACTION LOCAUX POUR LES PROJETS CLINIQUES**

Les grilles modèles présentées à l'annexe 3 reprennent, dans un premier temps, les notions exposées précédemment et, dans un deuxième temps, les illustrent à l'aide de deux exemples pouvant s'appliquer au projet clinique PALV. Ces grilles fournissent un outil aux comités chargés de développer les plans d'action locaux des projets cliniques.

Dans ces exemples, où l'enjeu est d'accroître la continuité des services, les indicateurs de résultats retenus s'apparentent davantage à des indicateurs de processus : il s'agit de moyens utilisés pour assurer la continuité (gestion de cas et plan de services individualisé), plutôt qu'une mesure directe de la continuité, difficile à mesurer en soi. Idéalement, des recherches évaluatives démontrant que de tels processus d'organisation du travail améliorent effectivement la continuité viendraient renforcer le choix de ces indicateurs de processus pour mesurer la continuité.

Les indicateurs proposés ici pourraient certainement être raffinés. La question généralement soulevée concernant la gestion de cas est de savoir si les personnes ayant besoin de ce type d'approche en bénéficient et si les personnes en bénéficiant sont celles qui en ont vraiment besoin. Un des défis est d'évaluer le degré de perte d'autonomie réel et ainsi de préciser le nombre d'aînés qui ont effectivement une perte modérée ou sévère. Le recours aux profils ISO – Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) pour l'évaluation du degré d'autonomie fonctionnelle permettra éventuellement de mieux mesurer les services requis selon les besoins de la population aînée jointe par les services.

La faisabilité des indicateurs proposés, notamment l'accès à des données fiables et leur traitement de manière automatisée, doit être évaluée : dans ce cas, il faut s'assurer d'être capable de mesurer les dossiers actifs en gestion de cas et les plans de services individualisés, idéalement à même la banque de données I-CLSC.



## 5. CONCLUSION

Le présent guide visait à donner un aperçu général de l'utilisation des indicateurs pour le suivi local et régional des projets cliniques et ainsi à rendre les personnes qui participent à l'élaboration des projets cliniques plus familières avec certaines notions de base. Il ne s'adresse pas à des experts et ne prétend pas non plus être suffisant pour développer une expertise en ce domaine. Les personnes qui veulent pousser plus loin leurs connaissances sont invitées à consulter les ouvrages cités dans la bibliographie.

Les activités de monitoring et de suivi des projets cliniques sont actuellement en développement. Au fur et à mesure que les activités de suivi des plans d'action et celles de monitoring régional des projets cliniques avanceront, les méthodes se préciseront, notamment du côté du monitoring régional, et il sera alors possible de compléter le présent guide.

Les activités de suivi et d'évaluation des projets cliniques dans la région de la Capitale-Nationale donneront accès à des données rendant compte, autant que faire se peut, des ressources et moyens mis en place ainsi que des résultats atteints pour ce qui est de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services de santé et des services sociaux. Ce faisant, elles devraient permettre de soutenir, sur la base d'un portrait partiel, mais tout de même utile de la réalité, la prise de décision autant à l'échelle locale qu'à l'échelle régionale.



## 6. BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Projet clinique - Guide d'actualisation*, Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux de la Capitale nationale, 2005, 27 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Monitorage du Plan québécois de lutte contre le tabagisme*, Gouvernement du Québec, 2007, 131 p.

LECLERC, Bernard-Simon, Louise LEMIRE et Céline POISSANT. *La fonction évaluation à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière - Cadre de référence pour une démarche participative*, Saint-Charles-Borromée, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2000, 65 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Document principal*, Gouvernement du Québec, 2004a, 75 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*, Gouvernement du Québec, 2004b, 214 p.

MUCCHIELLI, A. (éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Collin, 1996, pp. 180-182.

PINEAULT, Raynald et Carole DAVELUY. *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles, 1995, 480 p.

REID, Robert *et al.* *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*, Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, 2002, 54 p.

SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR. *Guide sur la gestion axée sur les résultats*, Gouvernement du Québec, 2002, 31 p.

SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR. *Guide sur les indicateurs*, Gouvernement du Québec, 2003, 45 p.

TOUSIGNANT, Pierre. *Plan de monitorage interprétatif de l'impact des transformations des services de santé de première ligne sur la population montréalaise*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique, 2005, 53 p.

VOYER, Pierre. *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2006, 446 p.



## ANNEXE 1 PRINCIPAUX CONCEPTS RELATIFS AUX PROJETS CLINIQUES

Lors du monitoring régional des projets cliniques, la définition des concepts utilisés pour les projets cliniques a été précisée comme présentée ci-dessous.

Responsabilité populationnelle
<p>La responsabilité populationnelle signifie que l'ensemble des acteurs qui offrent des services à la population d'un territoire local est amené à partager collectivement une responsabilité envers cette population. Cela nécessite que le réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• se concerte et travaille en étroite collaboration pour améliorer la santé et le bien-être de la population habitant sur son territoire;</li><li>• rend accessible une gamme complète de services allant de la promotion – prévention aux soins de fin de vie, qui réponde aux besoins de santé et sociaux des personnes;</li><li>• se soucie de joindre sur son territoire l'ensemble des populations pouvant bénéficier des programmes qu'il met en place, y compris celles non utilisatrices de services.</li></ul>
Hiérarchisation des services
<p>La hiérarchisation vise, d'une part, à faire en sorte que les services soient rendus par la ressource la plus appropriée et, d'autre part, à renforcer la complémentarité entre les différentes ressources. En ce sens, un engagement des planificateurs et des administrateurs doit être pris entre eux pour la mise en place de modalités faisant de la 1<sup>re</sup> ligne le principal accès aux services généraux et spécialisés et pour une meilleure articulation des services de première, deuxième et troisième lignes. La hiérarchisation doit :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• reconnaître, dans la perspective de la réforme, un rôle de coordination aux CSSS, rôle assumé en collaboration avec le réseau local de services;</li><li>• reconnaître la 1<sup>re</sup> ligne comme le principal accès aux services généraux et aux services spécialisés et comme le principal lieu pour offrir des services et pour prendre en charge des populations vulnérables;</li><li>• planifier, pour un programme donné, une organisation des services selon des corridors de services préétablis et acceptés par tous les acteurs concernés, qui définissent les modalités de passage des clientèles entre la première, la deuxième et la troisième ligne, de même qu'entre établissements du réseau de services de santé et de services sociaux</li></ul>

### Fonctionnement intégré

Le recours au fonctionnement intégré reconnaît que la planification de l'offre de service et le suivi de personnes aux prises avec des situations complexes requièrent une approche globale qui transcende plusieurs frontières, soit les frontières entre les disciplines, entre les organisations du réseau de la santé et des services sociaux, entre les trois lignes de service de même qu'entre le réseau de la santé et des services sociaux et les autres secteurs d'intervention (secteur municipal, secteur de l'éducation, etc.). Cela demande de :

- faire appel à plusieurs interventions et expertises professionnelles pouvant relever de programmes, d'établissements et de secteurs différents;
- reconnaître l'apport de chacune de ces expertises et de ces organisations dans la réponse à ces situations complexes.

Un tel recours suppose la reconnaissance de cette approche par les planificateurs et les administrateurs et leur engagement pour une organisation du travail permettant un fonctionnement intégré (inter/multidisciplinaire, interétablissements, interlignes et intersectoriel) ainsi que la collaboration des personnes atteintes et leurs proches. Dans la perspective de la réforme, cela demande :

- d'adapter l'organisation du travail pour permettre une lecture commune et partagée des problématiques, de la situation et de la personne atteinte;
- de construire cette lecture commune avec la contribution des personnes atteintes et de leurs proches ainsi que des professionnels, des établissements du réseau et des secteurs associés;
- de répartir les responsabilités et les tâches en se fondant sur les compétences respectives et reconnues des personnes atteintes et de leurs proches ainsi que des professionnels, des établissements et des secteurs associés.

### Accessibilité<sup>24</sup>

L'accessibilité a trait aux caractéristiques de la ressource qui en facilitent ou en entravent l'utilisation. L'existence seule de la ressource n'est pas suffisante pour garantir l'accessibilité. Cette dernière signifie qu'il y a adéquation entre les besoins de la population et la ressource.

---

24. Tirée essentiellement de Raynald, PINEAULT et Carole, DAVELUY. *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles, 1995, 480 p. Les auteurs s'appuient notamment sur A. DONABEDIAN. *Aspects of Medical Care Administration : Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1973.

On établit une distinction entre l'accessibilité géographique (la localisation de la ressource n'empêche pas les personnes d'y avoir accès) et l'accessibilité socioorganisationnelle.

L'accessibilité socioorganisationnelle recouvre :

- la disponibilité qui signifie que la ressource est suffisante pour répondre aux besoins;
- la commodité qui sous-entend que la ressource est offerte selon des modalités qui permettent aux gens d'y recourir malgré leurs contraintes (heures d'ouverture, système de prise de rendez-vous, etc.);
- l'accessibilité financière qui établit une relation entre les coûts des services et la capacité de payer des gens qui doivent y recourir;
- l'acceptabilité qui fait référence au rapport entre les caractéristiques des usagères et des usagers et celles des ressources ou de ceux qui offrent des services.

L'accessibilité est au cœur des transformations en cours où elle repose sur une notion d'équité. Les personnes ayant des besoins similaires, indépendamment du lieu où elles habitent sur le territoire, devraient avoir accès à des services équivalents. Une meilleure accessibilité se vérifie notamment par :

- l'accès aux services à l'intérieur de délais jugés raisonnables;
- un suivi médical régulier pour l'ensemble de la population, mais plus particulièrement pour les personnes ayant un profil complexe.

### Continuité

Trois types de continuité ont été recensés dans la littérature : la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité d'approche. La continuité informationnelle est définie comme étant la disponibilité et l'utilisation de renseignements sur des événements passés. L'accès à l'information sur les services prodigués, formalisé en un langage compris par tous, en est le fil conducteur. La continuité relationnelle a trait à la pérennité et à la qualité de la relation entre un patient et un fournisseur de services. La continuité d'approche intègre également la notion de continuité dans le temps, mais elle fait référence également à la complémentarité entre les types de soins ainsi qu'à leur articulation : les services nécessaires ne doivent être ni omis, ni répétés, ni mal synchronisés (REID *et al.* 2002).

Du point de vue des patients, la continuité signifie donc de :

- sentir que les différents intervenants auxquels on les réfère sont minimalement informés de leur situation ou de leur état de santé;

- pouvoir repérer un nombre limité d'intervenants comme étant la ou les références principales dans leur trajectoire de services;
- passer, sans rupture, d'un service à l'autre selon ce que leur état requiert;
- sentir une cohérence dans les approches lorsqu'ils sont suivis par plusieurs intervenants.

La continuité informationnelle nécessite :

- un langage commun;
- la mise en place d'une technologie permettant la mise en commun de l'information clinique ainsi qu'une technologie devant être adaptée aux différents types d'utilisateurs (médecin traitant, gestionnaire de cas, spécialistes, etc.);
- des espaces de rencontre et de discussion entre intervenants impliqués dans le suivi d'une personne, lorsque la complexité de son cas le requiert.

La continuité relationnelle repose notamment sur :

- la durée de l'affiliation patient-soignant;
- la qualité de la relation.

La continuité d'approche s'appuie sur :

- des espaces de rencontre pour le travail inter/multidisciplinaire;
- une compréhension partagée de la situation vécue par la personne et une entente quant à l'orientation à donner aux interventions;
- la définition et le respect de trajectoires de services qui ordonnent la séquence logique de services à recevoir selon l'état de la personne;
- une compréhension commune des responsabilités respectives de différentes personnes responsables de soins à l'intérieur de la trajectoire de services;
- la prise en charge du suivi d'une personne aux prises avec une situation complexe par un gestionnaire de cas ou un intervenant-pivot;
- le recours à des outils comme les plans de services intégrés, etc.

En ce qui concerne la continuité, les projets cliniques visent donc :

- un accroissement de la continuité relationnelle en raison des mécanismes de suivi adoptés;
- un accroissement de la continuité informationnelle et de l'approche par l'entremise de modalités qui demandent, de façon structurée, la participation de divers intervenants et qui nécessitent l'emploi de technologies qui permettent l'accès à l'information clinique;
- un accroissement de la continuité d'approche en raison de la responsabilité de l'équipe inter/multidisciplinaire et de la participation des personnes atteintes et de leurs proches.

#### Qualité

La qualité est un concept qui englobe plusieurs aspects de l'offre de service. La continuité, par exemple, peut être considérée comme un paramètre de la qualité d'un service. La qualité dépend également de la compétence du personnel, de la pertinence des interventions, des relations interpersonnelles, de la sécurité, du confort des installations, etc. On considère que les pratiques professionnelles et les programmes doivent s'appuyer sur des interventions dont la pertinence et l'efficacité ont été reconnues par les pairs.

Pour les projets cliniques, la qualité peut s'observer par :

- l'utilisation d'outils d'évaluation et de suivi normalisés;
- le recours à des programmes d'intervention efficaces.



## ANNEXE 2 QUANTITATIF PAR RAPPORT À QUALITATIF

Il existe beaucoup de confusion quand il s'agit de distinguer entre les méthodes quantitatives et qualitatives. Trop souvent, on catégorise en fonction des données avec lesquelles on travaille (données quantitatives ou qualitatives). Or il est possible d'effectuer une analyse quantitative de données quantitatives; une analyse quantitative de données qualitatives et, enfin, une analyse qualitative de données qualitatives.

Les analyses quantitatives reposent sur une série d'opérations mathématiques visant à mettre au jour les relations entre des données qui peuvent être soit de nature quantitative (ex. : coûts, nombre d'individus, réponses à des questions fermées, etc.) ou qualitative (ex. : matériel visuel, textuel, etc.). Elles peuvent être réalisées à plus grande échelle offrant ainsi la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble d'une population selon le mode d'échantillonnage. Les analyses qualitatives, pour leur part, sont habituellement réalisées à partir de données qualitatives. Elles sont souvent considérées à tort comme étant de nature descriptive et exploratoire, essentiellement en soutien aux démarches quantitatives alors qu'elles peuvent conduire, à partir d'un travail intellectuel sur le sens, à l'explication ou à la théorisation.

*Il s'agit d'une démarche discursive et signifiante de reformulation, d'explicitation, ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène. La logique essentielle à l'œuvre participe de la découverte ou de la construction de sens. Les mots, qui sont souvent le support sur lequel travaille l'analyste, ne sont jamais analysés que par d'autres mots, sans qu'il y ait passage par une opération numérique. Le résultat n'est jamais une proportion ou une quantité : c'est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet<sup>25</sup>.*

Les approches qualitatives sont particulièrement pertinentes lorsqu'il s'agit d'approfondir la compréhension de processus ou de phénomènes complexes (ex. : structures novatrices, processus organisationnels, sens de l'action, etc.).

Des auteurs comme Paillé considèrent l'analyse quantitative de matériel qualitatif comme de l'analyse quasiqualitative : même si ce type d'analyse travaille à partir de données qualitatives, il vise des objectifs de mesure et comprend éventuellement des opérations quantitatives qui peuvent être menées de manière automatisée (logiciels). Dans ce cas, la forme est jugée primordiale (les mots exacts utilisés) alors que l'analyse qualitative met davantage l'accent sur le phénomène vécu ou observé qui prévaut sur la précision des mots<sup>26</sup>.

---

25. Pierre, PAILLÉ. « L'analyse qualitative ». dans A. MUCCHIELLI. (éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Collin, 1996, pp. 180-182.

26. *Ibid.*

Peu importe le choix que l'on fait, il faut garder à l'esprit que les approches quantitatives et qualitatives sont complémentaires et répondent à des questions de recherche différentes. Les approches mixtes nécessitant des analyses qualitatives et quantitatives sont souvent souhaitables, car, par leur complémentarité, elles peuvent apporter une compréhension plus riche de l'objet à l'étude.

**ANNEXE 3      GRILLES MODÈLES POUR L'ÉLABORATION DES PLANS D'ACTION LOCAUX POUR LES PROJETS CLINIQUES**

### Grille modèle de plan d'action : concepts

<b>État de situation – problème signalé</b>	L'état de situation fait l'analyse, aux échelles régionale et locale, des écarts entre l'état de santé et les besoins de la population habitant le territoire et l'offre de service actuelle. Il précise les objectifs généraux visés par l'organisation de services et, sur cette base, cerne les secteurs prioritaires d'intervention pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Sur la base d'un état de situation global, il importe donc de sélectionner les problèmes dont on veut faire une priorité régionale.		
<b>Objectif général</b>	L'objectif exprime l'intention, l'engagement, ce que l'on veut réaliser et produire, bref le but poursuivi. Habituellement, l'objectif vise un effet, un bénéfice pour la population ou contribue à la concrétisation d'un tel bénéfice. L'objectif général fait consensus sur le plan régional. Il convient de garder un caractère général à l'objectif régional de manière à ce que les territoires locaux puissent moduler les objectifs de leur plan d'action en tenant compte de leur réalité particulière.		
<b>Objectif précis 1</b>	Lorsque le résultat souhaité comporte plusieurs facettes requérant des indicateurs précis ou, encore, lorsque l'atteinte d'un objectif dépend de la collaboration de plusieurs unités administratives ou établissements, il est préférable de libeller un objectif général et de le décliner en plusieurs indicateurs et en plusieurs cibles. L'objectif précis exprime donc la contribution propre à la réalisation de l'objectif général.		
<b>Cible 1</b>	La cible permet d'exprimer le degré, la « hauteur » du résultat attendu par rapport à une unité de mesure. Il s'agit d'une mesure étalon qui sert de base de comparaison pour le résultat obtenu. Cette mesure étalon peut être connue et agréée comme telle par des spécialistes ou représenter une amélioration, un changement, une variation par rapport à la situation antérieure. La cible peut se présenter sous forme de nombre, de pourcentage ou de ratio, ou encore, elle peut indiquer le bien livrable. Dans ce dernier cas, elle précise le délai de livraison ou l'échéance de l'action à poser.		
<b>Indicateur</b>	Toute mesure significative, relative ou non, utilisée pour apprécier les résultats obtenus, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux ou le contexte externe. Pris isolément, l'indicateur ne traduit aucune intention, aucun objectif, aucune cible, mais il permet de mesurer si une cible ou un objectif est atteint. Même s'il représente une mesure, l'indicateur n'a pas toujours une valeur numérique. L'indicateur peut être un nombre ou une proportion (ratio, taux, pourcentage). Dans ce dernier cas, il met en relation deux variables, le numérateur et le dénominateur.		
<b>Indicateur d'intrants</b>	<b>Indicateur de processus</b>	<b>Indicateur de résultats</b>	<b>Indicateur d'impacts</b>
Ressources financières ou humaines, ou encore besoins traduits en normes (services à offrir en fonction des besoins)	Activités de transformation (opérations de gestion, de soutien, de production de biens ou de services) Fait référence aux activités (le quoi), de même qu'aux méthodes (le comment)	Production de services indirects (qui soutiennent la production de services) ou directs (qui joignent la population) Services rendus ou utilisés	Effets à plus ou moins long terme sur la santé et le bien-être de la population

**Grille modèle de plan d'action : exemple 1**

<b>État de situation – problème signalé</b>	Les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère suivies par les services de soutien à domicile ont un profil de santé complexe et doivent avoir recours à divers professionnels de la santé et à plusieurs établissements. Leur condition peut se détériorer rapidement et ces personnes doivent être évaluées régulièrement. La continuité est un des objectifs poursuivis par la restructuration des services de santé et des services sociaux. Parmi les approches cliniques privilégiées pour garantir la continuité, la coordination et la cohérence des interventions auprès de ces personnes, on trouve la gestion de cas et la réalisation de plans de services individualisés. Or ces pratiques cliniques ne sont pas encore généralisées auprès des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère habitant à domicile.		
<b>Objectif général</b>	Améliorer la coordination des services auprès des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère recevant des services de soutien à domicile du CSSS.		
<b>Objectif précis 1</b>	Garantir l'approche par gestion de cas à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère recevant des services de soutien à domicile du CSSS de la Vieille-Capitale.		
<b>Cible 1</b>	Un total de 100 % des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère suivies par les services de soutien à domicile du CSSS de la Vieille-Capitale ont un gestionnaire de cas.		
<b>Indicateur 1</b>	<p>Taux de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère suivies par les services de soutien à domicile ayant un gestionnaire de cas.</p> <p><b>Dénominateur</b> : nombre de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère recevant des services de soutien à domicile du CSSS en 2008-2009.</p> <p><b>Numérateur</b> : nombre de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère recevant des services de soutien à domicile et ayant reçu des services en gestion de cas en 2008-2009.</p> <p><b>Analyse</b> : écart entre la cible fixée et le résultat observé pour l'année 2008-2009.</p>		
<p><b>Indicateur d'intrants</b></p> <p>Nombre de ressources humaines en équivalent temps complet dédiées à la gestion de cas</p>	<p><b>Indicateur de processus</b></p> <p>Charge de cas moyenne par gestionnaires de cas</p>	<p><b>Indicateur de résultats</b></p> <p>Taux de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère suivies par les services de soutien à domicile ayant un gestionnaire de cas</p>	<p><b>Indicateur d'impacts</b></p> <p>Taux de personnes âgées satisfaites ou très satisfaites de la continuité des services reçus</p>

**Grille modèle de plan d'action : exemple 2**

<b>État de situation – problème signalé</b>	Les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère suivies par les services de soutien à domicile ont un profil de santé complexe et doivent avoir recours à divers professionnels de la santé et à plusieurs établissements. Leur condition peut se détériorer rapidement et ces personnes doivent être évaluées régulièrement. La continuité est un des objectifs poursuivis par la restructuration des services de santé et des services sociaux. Parmi les approches cliniques privilégiées pour garantir la continuité, la coordination et la cohérence des interventions auprès de ces personnes, on trouve la gestion de cas et la réalisation de plan de services individualisé.		
<b>Objectif général</b>	Améliorer la coordination des services auprès des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère recevant des services de soutien à domicile du CSSS.		
<b>Objectif précis 2</b>	Élaborer un plan de services individualisé pour chaque personne âgée en perte d'autonomie modérée à sévère recevant des services de soutien à domicile du CSSS de la Vieille-Capitale.		
<b>Cible 2</b>	Un total de 100 % des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère suivies par les services de soutien à domicile du CSSS de la Vieille-Capitale ont un plan de services individualisé.		
<b>Indicateur 2</b>	<p>Taux de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère suivies par les services de soutien à domicile ayant un plan de services individualisé.</p> <p><b>Dénominateur</b> : nombre de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère recevant des services de soutien à domicile du CSSS en 2008-2009.</p> <p><b>Numérateur</b> : nombre de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère recevant des services de soutien à domicile et pour lesquelles un plan de services individualisé a été élaboré ainsi que la mise à jour, en 2008-2009, du plan de services individualisé.</p> <p><b>Analyse</b> : Écart entre la cible fixée et le résultat observé pour l'année 2008-2009.</p>		
<p align="center"><b>Indicateur d'intrants</b></p> <p>Nombre de ressources humaines en équivalent temps complet dédiées à la gestion de cas</p>	<p align="center"><b>Indicateur de processus</b></p> <p>Charge de cas moyenne par gestionnaires de cas</p>	<p align="center"><b>Indicateur de résultats</b></p> <p>Taux de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère suivies par les services de soutien à domicile ayant un plan de services individualisé</p>	<p align="center">Indicateur d'impacts</p> <p>Taux de personnes âgées qui se disent satisfaites ou très satisfaites de la continuité des services reçus</p>

*Agence de la santé  
et des services  
sociaux de la Capitale-  
Nationale*

Québec 