

**L'appropriation des innovations
managériales par les établissements de santé.
À propos du rôle des agences régionales :
L'exemple de l'utilisation des données
de performance**

Nassera Touati, Ph.D.

**Professeure agrégée, École Nationale d'Administration Publique,
Québec, Canada**

Brigitte Brabant, M.A.P.

**Coordonnatrice Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie,
Québec, Canada**

L'appropriation des innovations managériales par les établissements de santé

À propos du rôle des agences régionales.

L'exemple de l'utilisation des données de performance

Nassera Toutai et Brigitte Brabant

RÉSUMÉ

La gestion de la performance est un élément clé de gouvernance du système socio-sanitaire. Cet article se penche sur la question de l'utilisation des données de performance par les établissements de santé, en analysant le rôle joué par les agences régionales. Il se base sur des études de cas qualitatives exploratoires, associées à l'expérience d'une région socio-sanitaire du Québec qui a déployé des efforts importants pour encourager l'utilisation des rapports de performance par les établissements. Il montre la plus-value d'ateliers d'accompagnement offerts par l'agence en termes de développement d'un régime d'intelligence. Il discute des enjeux liés au développement de ce nouveau rôle par les agences régionales.

Mots clés : utilisation des données de performance, agence régionale, santé, Québec.

Introduction

La gestion de la performance constituerait, selon certains analystes, une rupture dans les pratiques de gestion au sein de l'administration publique et à ce titre est considérée comme une innovation managériale (Carassus et coll., 2014). En effet, elle aurait un impact sur plusieurs fonctions de gestion, en l'occurrence la planification, l'allocation des ressources, le contrôle, etc. Tout comme dans les autres secteurs de l'administration publique, elle s'est imposée dans les discours de la bonne gouvernance des systèmes de santé (Hurst et Jee-Hugues, 2001). L'enjeu est de renforcer l'imputabilité des acteurs, d'inciter à l'amélioration et de bonifier la qualité de la prise de décision. Des expériences concrètes ont démontré l'intérêt d'un renforcement de la gestion de la performance : à titre d'exemple, des progrès notables au niveau de la performance de Veterans Heath Affairs ont été observés entre 1995 et 2000, suite, entre autres, au renforcement de la gestion de cette dernière.

Cela étant, la gestion de la performance fait de plus en plus l'objet d'une controverse (Hood, 2007; Power, 2007). Des auteurs vont jusqu'à dire que : « Le benchmarking tue. Dans les entreprises, comme dans les administrations, la culture du résultat, la politique du chiffre, l'exhortation permanente à faire preuve de sa performance font des victimes, comme nous l'ont crié dans leur dernière lettre les suicidés de la police » (Bruno et Didier, 2013 : 206). D'autres auteurs font aussi valoir que la qualité des services pour les usagers peut se détériorer à cause de la pression qui s'exerce sur les établissements de santé (Belorgey, 2010). Si ces effets pervers sont possibles, il n'en demeure pas moins qu'on ne peut pas considérer qu'il y a un phénomène

de déterminisme : Les effets de l'instrumentation de gestion dépendent de leur logique de conception et d'usage (Adler et Borys, 1996). Il est clair que le fait de limiter l'évaluation de la performance à certains aspects peut augmenter le risque d'apparition d'effets pervers. Par ailleurs, certaines études empiriques suggèrent qu'une utilisation plus interactive des systèmes de gestion de la performance augmenterait la satisfaction du personnel à leur égard et pourrait même contribuer à l'innovation (Demartini et Mella, 2014). Aussi, plutôt que de rejeter ces techniques managériales, des auteurs comme Power (2007), qui tout en étant conscients des effets pervers possibles de l'explosion de l'audit, invitent plutôt à concevoir ces systèmes de façon à limiter les risques d'effets pervers, notamment en assurant un certain équilibre entre les logiques de sanction et d'apprentissage et en développant les savoirs, sous-jacents à l'évaluation de la performance, de façon à prendre en considération le jugement professionnel.

Nous sommes d'avis qu'une telle position serait plus conciliable avec une certaine vision réformatrice des systèmes de santé qui prend acte des limites de la seule régulation professionnelle, limites se traduisant par exemple par une grande variété au niveau des pratiques professionnelles qui ne serait pas corrélée à la variété des besoins des usagers. Cette vision réformatrice considère qu'une gouvernance managériale peut renouveler la dynamique des systèmes de santé (Denis et coll., 2008), notamment en faisant en sorte qu'on ait une meilleure connaissance de qui est produit et des conséquences de l'action collective (Denis et Contandriopoulos, 2008). Dans le même esprit, certains auteurs vont jusqu'à affirmer qu'il serait difficile de sortir de la situation de statut quo dans un système où la logique de marché n'opère pas; sans renforcement de l'évaluation de la performance (par exemple, Jackson, 2005). En un mot, nous pensons que la gestion de la performance peut constituer un levier de transformation des systèmes de santé; si les outils sont utilisés non pas dans comme des outils de conformation mais comme des outils d'apprentissage (Moison, 1997).

La mesure de la performance dans le secteur de la santé est particulièrement délicate, en raison de plusieurs facteurs (Adair et coll., 2006). On peut citer à titre d'illustration, la multiplicité des buts organisationnels, la juxtaposition des logiques administrative et clinique, la variété des points de vue des parties prenantes sur la notion de performance, la difficulté d'établir des liens entre les services donnés et les effets sur la santé, etc. La question de la mesure de la performance a donc fait l'objet de nombreux travaux de recherche pour élaborer des cadres d'évaluation de la performance, rendant compte de cette complexité (Adair et coll., 2006).

Si la question de la mesure de la performance est incontournable (Adair et coll., 2006), la question de l'utilisation des indicateurs demeure quant à elle *la grande question*, et ce dans l'ensemble de l'administration publique (Moynehan et Pandey, 2010). Il faut savoir en effet que les indicateurs de la performance sont généralement sous exploités. C'est aussi le cas, dans le secteur de la santé (Lemieux-Charles et coll., 2003). Malgré cela, cette question a été peu étudiée : « Si la production des mesures de performance a fait l'objet de beaucoup d'attention dans la littérature spécialisée en administration publique, la question de l'utilisation des données de performance n'a pas été grandement considérée dans l'agenda de recherche - notre traduction (Van dooren, Van de Walle, 2008 :2). Durant ces dernières années, on s'est efforcé de rattraper ces retards en multipliant, au sein du champ de l'administration publique, les études sur cette question. De notre point de vue, le développement d'un agenda de recherche concernant spécifiquement le secteur de la santé est nécessaire, sachant que la gestion de la performance se

confronte à des enjeux particuliers du fait d'une part de la *résistance* des professionnels de la santé à l'égard de la mesure de la performance et d'autre part de la complexité de l'analyse de cette dernière. C'est avec raison que Lemieux-Charles et coll. (2003) soulignent l'importance de développer des capacités pour soutenir l'utilisation des indicateurs. Dans cette optique, plusieurs analystes suggèrent de s'appuyer sur le rôle des agences régionales, dont la valeur ajoutée va résider dans leur rôle d'appui aux organisations de santé pour favoriser l'innovation et des gains de performance (Denis, 2011 : 31).

Dans le cadre de cet article, nous nous intéresserons à la question de l'utilisation des données de performance par les organisations de santé. Plus précisément, notre principale question de recherche est :

- Dans quelle mesure, l'accompagnement offert par des agences régionales peut-il contribuer au développement de capacités en matière d'analyse et d'utilisation des données de performance ?

Ce projet de recherche est essentiellement basé sur l'expérience récente d'une région socio-sanitaire du Québec, la Montérégie, qui a déployé des efforts importants en vue de favoriser une plus grande utilisation des données de performance, dans le cadre de l'évaluation des continuums de services en oncologie. Un des auteurs de l'article, Mme Brabant, a d'ailleurs participé à la mise sur pied des ateliers d'accompagnement pour soutenir l'utilisation des données de performance.

Dans le plan directeur en cancérologie paru en 2013, le Ministère de la santé et des services sociaux soulignait encore une fois l'importance d'une plus grande utilisation des données de performance par les établissements de santé pour éclairer la prise de décision en matière d'offre et d'organisation de services. Dans cette optique, le plan directeur insiste sur le rôle d'animation des agences régionales pour aider le réseau à mieux s'approprier la gestion de la performance. Il faut savoir que plusieurs pays veulent s'appuyer sur le rôle de ces structures pour améliorer la gouvernance du système (Locock et Dopson, 1999). En France, par exemple, certaines agences régionales développent des *chantiers de performance* pour accompagner les établissements dans leurs efforts d'amélioration de la qualité des soins (Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales, 2011). L'analyse critique d'expériences novatrices développées, entre autres, au Québec peut donc s'avérer fort utile.

L'article est structuré comme suit :

- dans un premier temps, nous résumerons les principaux enseignements tirés des travaux empiriques qui se sont intéressés à la question de l'utilisation des données de performance. Cette première partie devra mettre en évidence les lacunes au niveau de l'état des connaissances.
- Dans un deuxième temps, nous présenterons (sections II et III) notre grille d'analyse et notre méthodologie de recherche.
- Finalement, la 4^{ième} section sera consacrée aux résultats de notre recherche. Une brève conclusion suivra.

L'utilisation des données de performance : état des connaissances

Les études, issues du champ de l'administration publique, concernant l'utilisation des données de performance se sont intéressées essentiellement à deux types de questions : l'étendue de l'utilisation (et types d'utilisation) et les facteurs influençant cette utilisation.

S'agissant du 1^{er} volet, soulignons de prime abord que la mesure de l'utilisation des données de performance était variable d'une étude à l'autre. Dans certaines études, on se contentait par exemple de poser cette question : « Nous utilisons les mesures de performance dans cette municipalité » (Poister et Streib, 1999). Dans d'autres études, les gestionnaires étaient plutôt questionnés quant à leur utilisation régulière des données de performance pour la prise de décision (Moynihan et Pandey, 2010). Des études plus récentes cherchent à apprécier l'utilisation des données de performance en des termes moins généraux. À titre d'illustration, Wang et Berman (2001) ont tenté de caractériser les types d'utilisation (monitorage de l'efficacité, détermination du niveau de financement des programmes, communication avec les citoyens, etc.). Sur un autre plan, d'autres études se sont penchées en particulier sur l'utilisation des données de benchmarking (Holloway et coll., 1999; Boyne et coll., 2002; Johansson et Siverbo, 2009). En faisant abstraction des biais et des enjeux de mesure, un portrait général se dégage de ces études : les données de performance ne sont pas fortement utilisées.

Des études quantitatives, souvent réalisées dans le milieu municipal, se sont évertuées à mettre en évidence les déterminants de cette utilisation. Parmi les déterminants mis de l'avant, on retrouve : le support des dirigeants (De Lancer Julnes et Holzer, 2001; Page et Malinowski, 2004), intérêt des élus (Ho et Coates, 2004), intégration des mesures dans des systèmes de gestion (Clay et Bass, 2002), types de données disponibles (Ammons et Rivenabark, 2008), rôle des cadres intermédiaires (Moynihan et Pandey, 2010), mise en œuvre de routines d'apprentissage (Moynihan, 2005), rôle des leaders (Moynihan et coll., 2011), disponibilité des ressources (Askim et coll., 2008), capacités (Bourdeau et Chikoto, 2008), stabilité administrative (Askim et coll., 2008). De Lancer et Holzer (2001), en se basant sur une conceptualisation de l'utilisation qui distingue le phénomène d'adoption (Par exemple, élaboration d'indicateurs de performance) du phénomène d'implantation (par exemple, utilisation effective pour l'évaluation des programmes), suggèrent que des facteurs plus technocratiques (par exemple, exigences externes, disponibilité des ressources, etc.) influencent l'adoption de la gestion de la performance, alors que les facteurs d'ordre plus culturel et politique (par exemple, attitudes, rôle des groupes d'intérêt) influencent l'implantation. Il s'avère par ailleurs que le déploiement d'efforts systémiques pour soutenir la gestion de la performance peut donner lieu à des résultats plutôt « décevants » : Moynihan et Lavertu (2012) ont, par exemple, montré que les réformes entreprises aux États-Unis pour inciter la fonction publique à utiliser les indicateurs de performance, notamment en mettant en place des routines (GPRA-« The government performance and results Act » et PART-« Program Assessment rating tool ») qui obligent les administrations à produire régulièrement des données de performance, à créer des fonctions de gestion de la performance, etc., ont débouché sur une utilisation passive des données de performance. En effet, les gestionnaires ont investi dans l'amélioration de la mesure de la performance, sans que cela ait un impact sur les processus de gestion.

Concernant spécifiquement les pratiques d'utilisation des données de performance dans les milieux de la santé, une recension récente réalisée par Lemire et coll. (2013) confirme la

difficulté d'institutionnalisation de la gestion de la performance. En s'intéressant spécifiquement à l'impact des activités de dissémination des données de performance dans les organisations, les auteurs affirment que cette dissémination ne change pas forcément les pratiques. L'ancrage d'un processus d'amélioration de la qualité, basé sur l'utilisation des données de performance, dépend de la cohérence qui existe entre un certain nombre de facteurs, ayant trait à la gouvernance du système (par exemple, incitatifs), au contexte organisationnel des utilisateurs de données de performance (par exemple, existence d'une culture d'innovation et d'expérimentation), à la nature de l'information produite (par exemple, pertinence des données) et au processus de dissémination (par exemple, implication des utilisateurs de données dans le développement des indicateurs). Ceci signifie concrètement que pour accroître l'impact de la dissémination des données de performance, il est question d'aligner les objectifs avec les moyens, et les moyens avec les contextes d'action des acteurs. Dans cette optique, le rôle de leadership joué par un acteur agissant à un niveau plus macro peut être fort utile, notamment en termes de développement d'une capacité d'action dans le système (Iron, 2006).

Ce survol de la littérature sur l'utilisation des données de performances nous permet, d'une part, d'identifier les multiples facteurs qui influencent l'utilisation des données de performance et d'autre part de prendre conscience de la complexité de ce phénomène, étant donné la forte interdépendance entre différents facteurs. Cela étant, on peut se demander dans quelle mesure les agences régionales, qui n'ont pas traditionnellement joué un rôle important à ce niveau, sont en mesure de *gérer* cette complexité et de contribuer à l'émergence d'une culture de gestion de la performance dans le réseau de la santé. La présente étude vise à apporter quelques éléments de réponse à cette question.

Grille d'analyse

Dans un premier temps, et en partant de l'hypothèse que la plus-value du rôle des agences en matière de gestion des performances réside essentiellement dans le développement d'un régime de performance dit d'intelligence (Hood, 2007), nous examinerons l'impact du rôle d'aide de l'agence sur la réflexivité des acteurs, telle que perçue par ces derniers. Le régime d'intelligence se distingue des autres régimes (cf. gestion par objectifs et classement) par le fait que la gestion de la performance n'est pas basée uniquement sur le respect de standards mais sur une véritable activité de production de sens pour éclairer la prise de décision.

Dans un second temps, il s'agira d'apprécier les impacts du développement de cette réflexivité, dans un premier temps, sur les intentions d'utilisation des données de performance par les acteurs concernés et dans un second temps, sur l'utilisation effective. Dans cette évaluation, nous distinguerons les différents types d'utilisation (Lemieux-Charles et coll., 2004), à savoir : l'utilisation instrumentale, politique et naturaliste. Le premier type d'utilisation renvoie à l'utilisation des données de performance pour la prise de décision. Dans le cadre d'une utilisation politique, les données de performance deviennent une arme pour défendre une décision et construire des alliances.

Enfin, l'utilisation naturaliste décrit les situations où les données de performances servent à confirmer les intuitions des gestionnaires expérimentés. Finalement, nous nous efforcerons de comprendre les facteurs influençant l'utilisation des données de performances, conçues ici

comme des données probantes. Ces facteurs ont été identifiés par Lemieux-Charles et coll. (2004) et renvoient à 3 types de facteurs : les caractéristiques des données elles-mêmes (validité, fiabilité, accessibilité et faisabilité), les caractéristiques du contexte organisationnel (culture, leadership et philosophie de gestion), les caractéristiques des décideurs (valeurs, attitudes, motivation) et enfin le type de décisions à prendre (complexité et coûts). L'analyse des facteurs influençant l'utilisation des données de performance nous permettra de mieux saisir les enjeux auxquels sont confrontées les agences régionales dans leur rôle de soutien à l'utilisation des données de performance.

Méthodologie

Dans cette section, nous présenterons : la stratégie de recherche, les cas à l'étude, les sources de données, les instruments de collecte de données, les méthodes d'analyse des données.

Stratégie de recherche

Notre stratégie de recherche consiste en trois études de cas qualitatives de type exploratoire. Les études de cas qualitatives sont particulièrement adaptées à l'étude de phénomènes complexes dans leur contexte. Les trois cas à l'étude correspondent aux programmes d'oncologie de 3 centres de santé et de services sociaux (CSSS) ayant bénéficié du rôle de support de l'agence régionale dans le cadre de la gestion de la performance. Ces trois cas ont été choisis essentiellement sur la base de leur faisabilité.

Description des cas à l'étude

Dans un premier temps, nous décrirons le contexte entourant ces études de cas. Dans un deuxième temps, nous résumerons les principales caractéristiques des trois cas à l'étude.

Contexte

Un portrait général du système de santé du Québec (durant la période de l'étude).

Le système de soins au Québec bénéficie majoritairement (à hauteur de 70 %) d'un financement public. Une large gamme de services (services médicaux, hospitaliers, de réadaptation, psycho-sociaux) est ainsi assurée par le régime public. Cela étant, la production de soins est essentiellement assumée par :

- des établissements publics, financés par des budgets indépendants, regroupant des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers, des centres d'hébergement et des soins de longue durée (CHSLD), des centres de réadaptation. Les centres de santé résultent d'une réforme structurelle ayant eu lieu en 2004 et qui s'est traduite par la fusion de centres locaux de services communautaires, de CHSLD, et dans la majorité de cas de centres hospitaliers. Cette réforme vise une amélioration de l'intégration des services, à travers les continuums de soins. Concrètement, ces centres de santé assurent à la population d'un territoire local la prestation de services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement, institutionnel public ;

- des producteurs privés, notamment des médecins pratiquant dans les cabinets privés ou dans les établissements, rémunérés essentiellement à l'acte.

La gouverne du système s'opère à deux niveaux :

- à un niveau centralisé, systémique : l'envergure de la couverture du régime d'assurance maladie, la répartition des pouvoirs entre les niveaux de décision (notamment provincial/régional) sont établis au niveau provincial. Il en est de même pour la définition des champs de pratique des différents professionnels, et pour la négociation des conventions collectives régissant la gestion des ressources humaines;
- à un niveau décentralisé, correspondant à l'organisation de l'offre de soins dans les différentes régions socio-sanitaires. Cette responsabilité relève en partie au Québec, comme dans d'autres systèmes de santé dans le monde, des organismes de régulation régionaux, dénommés au Québec « Agences régionales de santé et de services sociaux » (anciennement appelées régies régionales). Ces agences doivent notamment évaluer l'état de santé et le bien-être de la population et assurer l'intégration et la cohérence des services dans leur territoire. De plus, elles sont responsables de l'allocation des ressources aux établissements publics. Il faut souligner toutefois que les enveloppes dédiées aux actes médicaux sont hors du contrôle des organismes de régulation régionaux. Dans le cadre de la réforme de 2004, les centres de santé se sont vus accorder un plus grand pouvoir de décision dans le domaine de l'organisation de services. Désormais, les centres de santé sont responsables de l'état de santé de la population de leur territoire et sont donc amenés à élaborer, avec leurs partenaires, un projet clinique, qui propose une organisation de services répondant aux besoins de santé de la population de son territoire. Ces centres de santé coordonnent l'ensemble des services offerts par les intervenants exerçant dans le territoire local, en agissant comme assises d'un réseau local de services (RLS).

Mentionnons que la gouvernance du système socio-sanitaire suscite, de façon continue, un grand débat au Québec (Turgeon et coll., 2011). Le rôle des structures régionales, en particulier, est questionné de façon récurrente. À titre d'exemple, durant la campagne électorale d'avril 2003, le Parti libéral du Québec s'était engagé à abolir les régies régionales qui selon lui ne servaient à rien. Il abolit donc les régies régionales en décembre de la même année. Cependant, elles seront remplacées aussitôt par des agences de développement des réseaux locaux de services qui conservent, en plus de ce mandat de développement des réseaux locaux de services, plusieurs fonctions assumés par les régies (par exemple, allocation des budgets aux établissements, coordination des activités médicales, etc.). Ces dernières s'inscrivent toutefois dans une logique de déconcentration de l'État (Turgeon et coll., 2013).

L'évaluation de la performance dans un contexte de réorganisation de services

Les trois cas à l'étude, associés plus précisément à une région socio-sanitaire du Québec, la Montérégie, s'inscrivent dans le cadre d'une évaluation des effets d'une réorganisation de services en oncologie, découlant de la politique de lutte contre le Cancer. Le Réseau Cancer Montérégie (RCM) a été mis sur pied en 2000. Le RCM vise à rassembler les différents acteurs qui œuvrent en cancérologie à différents niveaux du continuum, c'est à dire de la prévention du cancer jusqu'aux soins palliatifs. La réforme mise en place en 2004 est venue consolider cet effort d'intégration de services. En 2008, la Direction de la lutte contre le cancer du Ministère de la Santé et des Services sociaux, donne à l'Agence le mandat d'évaluer globalement et de manière intégrée, la performance du continuum d'interventions dédiées à la lutte contre le cancer. Le rapport en question a été produit en 2009 par l'Agence. En se basant essentiellement sur des données administratives d'utilisation de services, l'évaluation produite permet à chacune des organisations concernées d'apprécier son évolution, tout en se positionnant relativement au profil des autres organisations de la région ayant une mission comparable. Ce rapport présente trois différents types de données : l'énoncé de descripteurs de besoins de la population à risque ou atteinte de cancer, l'appréciation relative des RLS selon la perspective des niveaux d'intervention du continuum et l'appréciation selon le modèle d'évaluation globale et intégrée des systèmes de santé (ÉGIPSS). Le modèle ÉGIPSS permet d'aborder la performance sous quatre dimensions ou fonctions : l'adaptation, le maintien des valeurs, la production et l'atteinte des buts (Contandriopoulos, Trottier et Champagne, 2008). La fonction de l'adaptation à son environnement fait référence à la capacité de l'organisation d'aller chercher les ressources nécessaires à son fonctionnement. Elle représente aussi la capacité du système à réagir aux besoins de son environnement. La fonction du maintien des valeurs joue un rôle au niveau de la cohésion des acteurs du système. La fonction de production réfère au volume d'activités en termes d'offre de service et aussi à la qualité de ces services. Finalement, la fonction de l'atteinte des buts indique dans quelle mesure l'organisation remplit sa mission (Contandriopoulos, Trottier et Champagne, 2008).

Prenant acte du fait que l'appropriation de ce rapport par les milieux peut être difficile (le rapport contient 94 indicateurs qui constituent un ensemble d'information assez dense), l'agence a décidé de réaliser, dans les milieux, des ateliers d'accompagnement pour permettre une interprétation *contextualisée* de ces données et favoriser leur utilisation pour établir des priorités d'action. En effet, les RLS sont différents l'un de l'autre et leur comparaison peut s'avérer difficile. Plusieurs facteurs (secteur rural ou urbain, population plutôt anglophone ou francophone, présence d'un hôpital sur le territoire ou non, etc.) peuvent influencer la performance du réseau. L'Agence souhaitait susciter une discussion avec les établissements pour analyser en profondeur la performance des réseaux.

La mise sur pied de ces ateliers a nécessité trois étapes : recensement des indicateurs, sélection des indicateurs « les plus porteurs » et développement d'outils pédagogiques. L'animation de ces ateliers, assurée par un consultant et par des représentants de l'agence (notamment du secteur *Évaluation de la performance*) s'est échelonnée sur deux demi-journées : Jour 1 - La compréhension et l'appropriation des résultats de l'analyse de performance spécifique à cette équipe locale; Jour 2 - La réflexion sur les cibles possibles d'amélioration et l'identification de moyens concrets pour les atteindre. Les ateliers ont eu lieu d'octobre 2010 à janvier 2011.

Les équipes locales qui ont participé aux ateliers étaient composées d'un maximum de dix personnes. Les personnes suivantes devaient obligatoirement participer aux deux demi-journées d'atelier : le directeur responsable du programme de lutte contre le cancer; le chef médical du programme de lutte contre le cancer; le chef clinico-administratif du programme de lutte contre le cancer; une infirmière pivot en oncologie et une infirmière consultante en soins palliatifs. Le choix des autres participants était laissé à la discrétion de l'organisation.

Au-delà de la réalisation des ateliers, une communauté de pratique « régionale » s'est constituée : la communauté de pratique est un lieu d'échange qui favorise l'accès aux données probantes par l'entremise d'un courtier de connaissances. De plus, elle permet un partage d'expériences entre les CSSS de la région. L'intervenant régional qui était responsable de l'organisation et de l'animation de la communauté de pratique s'est joint en cours de route aux ateliers afin d'assurer la transition des ateliers vers la communauté de pratique.

Description des cas

Le Cas A

Le Cas-A est associé à un CSSS constitué de 9 différentes installations dont un hôpital de plus de 200 lits et comptant plus de 3 000 employés. L'équipe locale a identifié certains points forts de leur organisation; notamment, au niveau des taux d'hospitalisations pour un diagnostic de cancer ainsi que pour les taux d'actes en chimiothérapie. Ce CSSS se démarquait particulièrement par rapport à l'ensemble de la Montérégie. Les 11 participants ont questionné plusieurs des données de performance présentées et ils ont finalement ciblé le secteur des soins palliatifs pour identifier leur projet d'amélioration. Bien qu'ils n'aient pas eu de résultats critiques au niveau des indicateurs de soins palliatifs, c'est à ce niveau qu'on trouvait le plus grand écart par rapport à la moyenne régionale.

Le Cas B

Le deuxième cas est associé à un CSSS comportant 4 installations dont un hôpital de moins de 50 lits de courte durée et employant 500 employés.

Les résultats de performance ont permis aux membres de l'équipe locale d'identifier des points forts notamment au niveau de la promotion/prévention et des soins palliatifs. Cela étant, les participants ont identifié plusieurs cibles d'amélioration et ont choisi d'approfondir deux dimensions spécifiques : le dépistage du cancer, l'hospitalisation des patients atteints de cancer et la diminution des visites à l'urgence en fin de vie.

Le Cas C

Ce CSSS est composé de 15 installations, dont un hôpital de plus de 300 lits. La salle d'urgence de cet hôpital est la deuxième la plus achalandée en Montérégie et l'une des plus fréquentées au Québec. Dans son ensemble, le CSSS C compte quelque 3 400 employés (Santé Montérégie, 2011).

Les points forts concernent, pour ce cas, la promotion/prévention et les soins palliatifs. Bien que l'ensemble des données de cet établissement présente très peu de résultats à performance basse, l'équipe a tout de même identifié certains éléments à améliorer notamment l'utilisation des services de 1^{ère} ligne et l'offre de services de soutien aux malades et à leur famille lors de leur prise en charge à l'hôpital.

Sources de données

Plusieurs sources de données ont été utilisées : 1) l'observation non participante (durant les ateliers d'accompagnement), 2) le sondage par questionnaire (pour l'évaluation des ateliers d'accompagnement). Vingt-cinq personnes parmi vingt-sept répondants ont répondu (taux de réponse de 92 %) dans le cadre du premier atelier : huit cadres supérieurs, quatre cadres intermédiaires; onze professionnels cliniques, deux médecins. Quatorze personnes parmi seize répondants ont répondu au questionnaire dans le cadre du deuxième atelier (taux de réponse de 88 %) : cinq cadres supérieurs; deux cadres intermédiaires, cinq professionnels cliniques et deux médecins, 3) le groupe de discussion (avec sept répondants, incluant l'animatrice de la communauté de pratique et deux représentants pour chacun des CSSS participants). 4) entrevues semi-dirigées avec des cadres, ayant duré environ 90 minutes.

Les personnes sélectionnées (4) étaient celles qui étaient les *mieux placées* pour apporter un point de vue intéressant sur l'utilisation des données de performance. Les gestionnaires rencontrés lors des entrevues présentaient des profils variés. Deux d'entre elles étaient directrices responsables des programmes de lutte contre le cancer et la troisième cadre intermédiaire. Le quatrième répondant (cadre conseil) était l'animatrice de la communauté de pratique, mise sur pied pour permettre un partage d'expériences en matière de gestion de la performance (cf. page 10).

Les entrevues et le focus groupe ont été réalisés entre février et juillet 2011. Les données issues des groupes de discussion et des entrevues ont permis de documenter l'utilisation des données de performance par les établissements, quelques mois après la tenue des ateliers. Ces différentes sources de données ont été croisées pour renforcer la validité interne de l'étude.

Instruments de collecte des données

Le questionnaire utilisé dans le cadre du sondage est un outil conçu sur mesure par l'Agence régionale pour évaluer les ateliers de transfert des connaissances. En partant de ses propres besoins en matière de rétroaction, la direction de la planification, de la performance, des connaissances et des ressources humaines réseau de l'agence régionale, s'est inspirée d'outils existants pour formaliser un certain nombre de questions qui cherchent à recueillir le point de vue des participants aux ateliers sur différents aspects (exercice brise-glace, présentation des données et de la démarche, rôle des animateurs, identification des zones d'amélioration, identification et définition d'un projet d'amélioration, etc.). Lors de l'élaboration du questionnaire, des mesures ont été prises pour s'assurer de la validité du contenu de l'outil. Par ailleurs, le recours au questionnaire au fil du temps a permis de s'assurer de la validité de contenu de l'outil.

Des grilles d'entrevues ont été conçues par l'équipe de recherche pour structurer les échanges dans le cadre des entrevues individuelles et des groupes focalisés. Ces grilles se basent sur notre grille d'analyse.

Analyse des données

Dans un premier temps, chacun des cas à l'étude a été analysé de façon intrinsèque. Nous avons ensuite procédé à une analyse transversale des cas. Le traitement des données quantitatives a consisté à produire des statistiques descriptives.

L'analyse des données qualitatives s'est basée simultanément sur une approche déductive (cf. la grille d'analyse adoptée) et inductive. Plus précisément, nous avons procédé à une analyse thématique qui consiste à identifier et à analyser les thèmes « révélés » par les données (Braun et Clarke, 2006). Cette méthode comporte 5 étapes : familiarisation avec les données, codification, recherche-révision, définition des thèmes et rapport final. La codification des données a été réalisée par les deux auteurs de l'article.

Plusieurs mesures renforcent la validité interne de cette étude, parmi lesquelles on peut citer : triangulation des sources de données, l'utilisation d'un cadre d'analyse théorique et la validation des constats sur le terrain. La validité externe de notre étude repose essentiellement sur deux éléments : la description fine du contexte et des efforts pour construire une interprétation plus abstraite du phénomène à l'étude.

Résultats

La présentation des résultats de l'étude s'appuie sur notre cadre d'analyse et est le produit de l'analyse transversale des cas.

Impact des ateliers sur la réflexivité des participants

Les participants ont généralement apprécié la première partie de l'atelier consacrée à la présentation des résultats spécifiques du CSSS. La présentation des données facilitait la discussion en équipe et permettait de situer le RLS par rapport aux autres réseaux de la région. Selon eux, l'atelier permettait d'engendrer une réflexion sur les pratiques de leur organisation. Par contre, les participants à l'atelier semblaient à cette étape moins ouverts à remettre en question les façons de faire actuelles.

**Tableau 1 : Contribution de l'atelier à la réflexivité des participants :
 L'atelier...**

QUESTIONS	Moyenne : 8,3		Médiane : 8	
	Moyenne	Médiane	Min	Max
m'aide à comprendre les résultats de mon RLS.	8,4	8	5	10
m'aide à situer mon RLS par rapport aux données de la Montérégie.	8,5	9	6	10
augmente ma capacité à utiliser les données.	8,2	8	5	10
me permet d'imaginer de nouvelles solutions à un problème donné.	8,1	8	5	10
me fournit des arguments pour convaincre de l'importance d'agir.	8,2	8	5	10
facilite l'atteinte d'un consensus autour d'une décision.	8,0	8	6	9
facilitera les discussions et le partage au sein du groupe.	8,6	9	6	10
engendre une réflexion sur les pratiques de mon organisation.	8,5	9	5	10
remet en question les façons de faire actuelles.	7,9	8	5	10
valide les façons de faire actuelles.	8,0	8	5	10
me fait connaître de nouvelles données que je ne connaissais pas avant.	8,4	9	1	10

Échelle de 1 à 10

Les petits milieux semblent particulièrement apprécier l'aide apportée par ces ateliers :

Le rapport nous a été présenté et on a eu de l'accompagnement pour l'analyse. Si on n'avait pas eu cela, je ne pense pas qu'on aurait pu faire l'appréciation de la performance en cancer (Répondant à une entrevue individuelle).

Les données qualitatives apportent un éclairage intéressant sur le point de vue des participants concernant un élément central de l'atelier, le bench-marking. D'une part, les participants aux ateliers semblent trouver l'exercice intéressant :

Je croyais que nous étions performants, mais nous l'étions moins que d'autres. Cela nous a apporté des informations que nous ne possédions pas ou que nous pensions connaître (Répondant dans le cadre du groupe focalisé).

D'autre part, les participants aux ateliers soulignent l'importance d'interpréter les résultats de la comparaison :

Le bench-marking, tu n'as pas le choix. Sauf que cela dépend comment cela t'a été présenté. Pour notre part, on a fait notre bout de chemin aussi. Quand on nous a présenté les chiffres, Oui. Ok, sauf que chez nous, il se passe telle chose pour telle raison. Donc, on peut interpréter ces chiffres de cette façon pour telle raison. Il faut comprendre pourquoi. Sinon, un chiffre... cela pourrait être très décourageant ou positif. Cela dépend de tout ce qui va avec (Participant au groupe focalisé).

Les données suggèrent que le potentiel de ce type de démarche comparative repose sur l'impact que cela a sur la légitimité des établissements :

Le bench-marking, ça marche car les établissements ne veulent pas être le moins performants. Il y a une grande compétition entre les secteurs car peu de ressources (Répondant à une entrevue individuelle).

Mis à part l'aspect comparatif, des répondants considèrent que la plus-value des données présentées dans le cadre des ateliers organisés par l'agence réside, entre autres, dans le fait qu'elles permettent de documenter l'ensemble du continuum de services, tout en sachant que ces mêmes données présentent aussi des limites :

D'avoir des données populationnelles ne favorise pas la prise de décision mais cela aide à comprendre la clientèle avant et après le passage au CSSS. Cela permet l'ouverture sur d'autres équipes. Cela permet de faire comprendre la notion de continuum aux intervenants (Répondant à une entrevue individuelle).

Au-delà de l'analyse de la performance, il apparaît que les participants ont particulièrement apprécié l'exercice d'identification des causes sous-jacentes aux problématiques identifiées. Les données issues du sondage et des observations semblent démontrer que les membres des équipes ont non seulement compris les « causes » associées aux problématiques, mais qu'ils se sont aussi entendus sur ces « causes ». Cette démarche leur a ensuite permis de réfléchir à de nouvelles solutions. Il semble aussi que certains participants ont trouvé difficile de faire l'exercice de définition du projet d'amélioration. Cela peut être dû au fait que les cliniciens qui ont participé aux ateliers sont peut-être moins « familiarisés » que les gestionnaires avec ce type d'exercices.

Tableau 2 : Contribution des ateliers à la compréhension des causes sous-jacentes aux problèmes

QUESTIONS	Moyenne : 8,6		Médiane : 9	
	Moyenne	Médiane	Min	Max
L'identification des causes permet de mieux comprendre la problématique.	9,0	9	7	10
L'exercice des causes (poisson) permet d'identifier les points à travailler.	8,2	8	5	10
Le groupe est arrivé à un consensus au sujet des causes.	9,1	9	6	10
La définition du projet était facile à réaliser.	7,4	8	3	10
Les objectifs identifiés décrivent bien les résultats à atteindre.	8,5	9	6	10
L'analyse des leviers permet de voir les forces de l'organisation.	8,3	9	5	10
L'analyse des contraintes permet de voir les difficultés qui pourraient survenir au cours de la réalisation du projet.	8,7	9	7	10
Cet atelier permet de réfléchir à de nouvelles solutions à un problème donné.	9,2	9	7	10

Échelle de 1 à 10

Ceci étant dit, une certaine confiance à l'égard de la pertinence et de la faisabilité du projet d'amélioration développé à l'issue de l'atelier et de sa faisabilité semble se dégager.

Tableau 3 : Perceptions par rapport aux projets d'amélioration élaborés

QUESTIONS	Moyenne : 8,7		Médiane : 9	
	Moyenne	Médiane	Min	Max
Je crois que le projet d'amélioration va mener aux résultats attendus.	8,2	8	7	10
Le projet d'amélioration reflète les priorités de notre organisation.	8,8	9	8	10
Le projet d'amélioration va contribuer à l'amélioration des services pour les patients et leurs proches.	9,1	9	7	10
Le projet d'amélioration est réaliste compte tenu du contexte de notre organisation.	8,4	8	7	10
Je compte discuter du projet avec les autres membres de mon équipe.	8,9	9	7	10

Échelle de 1 à 10

Les données qualitatives issues du groupe focalisé mettent aussi en lumière les limites des ateliers, notamment les enjeux liés à l'intégration des médecins :

Je trouve que dans les ateliers, les acteurs qui sont manquants sont les médecins, on en a eu une, c'est notre chirurgienne, qui est très impliquée dans le cancer du sein, mais il n'y a pas de CMDP (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) ni de médecins de famille présents. Nous autres, nous sommes ici. Étant donné que les médecins sont vieux, qui vont prendre leur retraite, ils sont un peu rébarbatifs. Il y a souvent zéro implication de leur part. Donc, essayer d'améliorer ces chiffres là... Ce sera du gros travail de politique d'aller gagner les médecins. Ils ne font pas de visite à domicile. Les patients qui sont en soins palliatifs... ben oui, ils se ramassent à l'urgence aussitôt qu'ils ont un malaise. C'est donc un gros défi... Lorsqu'il n'y a pas de médecin assis à la table pour discuter avec nous, pour entraîner les autres, il y a un problème (Participant au groupe focalisé).

Tableau 4. Les intentions d'utilisation des données de performance

Dans mon organisation, j'ai l'intention...

QUESTIONS	Moyenne : 8,2		Médiane : 8	
	Moyenne	Médiane	Min	Max
de planifier du temps pour m'approprier les données.	8,0	8	1	10
d'utiliser les données à court terme (dans les prochaines semaines).	7,7	8	1	10
d'utiliser les données à plus long terme.	8,4	8	5	10
d'utiliser les données pour prendre des décisions.	8,0	8	5	10
d'utiliser les données pour réviser nos pratiques.	8,4	8	5	10
d'utiliser les données pour réviser nos priorités.	8,1	8	5	10
d'extraire des informations du rapport pour nos documents internes.	8,1	8	5	10
d'utiliser les données pour proposer des changements dans mon organisation.	8,6	9	5	10
de discuter des données avec les membres de mon équipe.	8,5	8	5	10
de transférer les données aux membres de mon équipe.	8,5	8	7	10

Échelle de 1 à 10

Les intentions en matière d'utilisation des données de performance

Les réponses aux questionnaires d'évaluation indiquent une certaine volonté de tirer profit collectivement des données de performance. Les répondants souhaitaient transmettre les données présentées à leurs collègues et d'en discuter avec eux. Les données de performance sont perçues comme un bon levier pour produire du changement. D'un autre côté, nous pouvons constater que les répondants étaient relativement moins disposés à utiliser les données à court terme, probablement à cause de la pression du quotidien. Comme on le verra plus loin, la pression du quotidien semble effectivement constituer un obstacle à la gestion de la performance.

L'utilisation des données de performance : quels types?

Comme nous l'avons mentionné, les ateliers ont permis aux participants de tirer profit d'une combinaison de données de performance pour établir des priorités d'action, en complétant ces données par leur connaissance de la réalité du terrain. Ceci correspond à une utilisation instrumentale des données de performance. Pour illustrer ce point, prenons l'exemple d'un projet d'amélioration du taux de dépistage du cancer du sein (Cas B). En effet, l'indicateur DEP2 décrivant la proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage au cours d'une période de 2 ans ou moins dans le cadre du PQDCS (Programme québécois de dépistage du cancer du sein) indiquait une performance basse. Une fois la problématique identifiée par les participants, le groupe a discuté des causes possibles ou des facteurs qui pouvaient influencer ce résultat. Parmi ceux-ci, l'équipe locale a exploré l'hypothèse du manque de médecins de famille. Bien que ces femmes n'aient pas besoin d'une prescription de leur médecin pour avoir accès à la mammographie, le médecin peut encourager les patientes ciblées par le PQDCS à passer cet examen. L'hypothèse du manque d'accès aux médecins de famille a rapidement été mise de côté puisque l'indicateur SPL1 démontrait qu'un pourcentage très élevé de la population déclarait avoir un médecin de famille. Par contre, l'indicateur DEP7 qui décrit la proportion des femmes de 18 à 69 ans ayant passé un teste de PAP au cours d'une période d'au moins trois ans s'approchait de la moyenne montérégienne. Puisque le test PAP est considéré comme un acte médical, le groupe a déterminé que le manque de médecins n'était pas en cause. D'un autre côté, étant donné que les médecins semblent favoriser l'utilisation du test PAP, ils pourraient aussi aider à sensibiliser les femmes à l'importance de la mammographie.

Grâce à la présence de l'agente de promotion du PQDCS, le groupe s'est aussi penché sur d'autres causes possibles. Les participants ont dressé une liste des barrières possibles à la participation des femmes ciblées en fonction de leurs connaissances de leur population : milieu défavorisé, femmes anglophones, méconnaissance du PQDCS et problème d'accès géographique pour la clientèle. L'équipe a ensuite décidé des actions possibles : 1. Mobiliser les médecins de famille (et les infirmières) face au PQDCS en offrant des formations midi afin de miser sur les succès concernant le test PAP; 2. Sensibiliser la population du territoire face à l'importance du dépistage avec une attention particulière pour atteindre la clientèle anglophone (via les journaux locaux par exemple) et 3. Publiciser encore davantage le programme de transport gratuit en place pour les femmes ciblées par le PQDCS.

L'observation des ateliers a aussi mis en évidence une utilisation naturaliste des données de performance. À titre d'exemple, dans le cadre du cas A, l'équipe locale avait déjà décidé d'organiser une journée de réflexion sur les soins palliatifs. Les données présentées en atelier ont confirmé leur intuition, en montrant les lacunes au niveau de la prise en charge : l'indicateur

3F12 (qui décrit le nombre moyen de jours d'hospitalisation dans les six derniers mois de vie des personnes décédées du cancer) de même que l'indicateur 3F13 (qui décrit les actes interventionnistes dans le dernier mois de vie) dénotaient une performance basse.

Enfin au-delà de l'utilisation des données de performance dans le cadre des ateliers, les entrevues et le focus groupe ont révélé que l'utilisation des données de performance par les équipes locales a été très limitée par la suite. D'ailleurs, cela est une préoccupation pour plusieurs répondants :

Le monde est très intéressé aux ateliers. On évalue les ateliers, mais il faudrait évaluer la suite. Par exemple, on a eu les deux ateliers. On a identifié les priorités. Chez nous, nous avons identifié trois priorités. Ensuite, est ce qu'on les oublie? Comment faisons-nous pour que le processus continue? C'est bien beau d'évaluer des priorités, mais qu'est-ce qu'on fait avec cela avec cela après? (Participant au focus-group).

Selon ces participants, la gestion de la performance doit s'inscrire dans un processus continu :

Il y a des liens à créer, puis des réalités à comprendre. Lorsqu'on a des occasions comme cela de travailler ensemble, de connaître la réalité de chacun, on est ouvert à l'écoute. Les soins palliatifs, c'est une philosophie de soins à l'oncologie à inculquer à tout le continuum, avec des réalités... Quand on est prévention, puis en soins palliatifs, les réalités sont complètement différentes. Il faut que l'on se connaisse, que l'on marche ensemble. Sinon, les décisions ne sont pas nécessairement les mêmes. Mais si la volonté de service est la même, c'est sûr qu'on va y arriver mais ce n'est pas en se rencontrant deux fois dans l'année (Participant au groupe focalisé).

Malgré les difficultés rencontrées, les participants sont particulièrement conscients du potentiel de ces données de performance, notamment pour créer des alliances à l'intérieur de l'organisation :

Pour nous, cela peut devenir des leviers pour présenter à nos directeurs, leur dire : Regardez, il faut vraiment travailler là-dessus dans un contexte X. Actuellement, il n'y a pas grand-chose qui se passe. À un moment donné, il faut apporter des données. Alors cela peut faire bouger les choses (Participant au groupe focalisé).

Ce qui était positif chez nous, c'est que cela pouvait être un point à débattre avec des instances dans la hiérarchie. Pour d'autres, cela pouvait être un point négatif. Ce que l'on nous présentait était interdépendant de plusieurs équipes, des instances, des intervenants. La performance ne dépendait pas simplement de la bonne volonté d'une équipe. Cela va au-delà de cela. Il y a une interdisciplinarité, une collaboration pour atteindre ce degré de performance là (Participant au groupe focalisé).

D'ailleurs, les témoignages recueillis rendent compte d'une utilisation politique effective des données de performance. À titre d'illustration, un gestionnaire du CSSS B s'est servi des données pour rallier différents membres de l'équipe autour d'un même projet. Il a été mentionné que ces données pouvaient être particulièrement utiles pour convaincre des médecins :

Les données permettent de vendre et documenter de façon rationnelle ma prise de décision. Souvent de faire l'alliance entre le clinique et le mathématique n'est pas facile mais si on fait parler des chiffres, on peut aller au-delà. Il faut des données probantes pour convaincre les cliniciens de changer leurs façons de faire. Ils n'acceptent pas de changer pour changer. Moi je fais cela depuis 15 ans...

Les facteurs influençant l'utilisation des données de performance

Deux facteurs ont favorisé l'appropriation des données dans le cadre des ateliers, notamment le leadership régional qui a permis le développement d'une vision commune et la qualité perçue des données :

On nous a fait voir objectivement dans le processus. On nous a bien amené à voir, en utilisant ces statistiques-là, les pourcentages, les ratios et cela, ce qui ressortait comme priorité. Cet exercice a été bien présenté, bien géré (Participant au groupe focalisé).

Les données ne sont pas utilisables de façon égale mais elles sont pertinentes (Répondant à une entrevue).

Certains ateliers ont été particulièrement riches en termes d'apprentissage en raison entre autres du leadership et de la compétence des cadres qui y participaient : On a un DG très axé sur la donnée probante, le message est très martelé depuis quelques années. Il faut avoir l'esprit critique pour analyser les données. Le DG questionne (Répondant à une entrevue individuelle).

Si la dynamique dans ces ateliers était globalement très positive, des critiques ont été soulevées par l'ensemble des participants concernant la non-fiabilité de certaines données :

Les données dans I-CLSC ne sont pas entrées de la même façon, alors les données ne sont pas toujours fiables (Répondant à une entrevue individuelle).

Selon le point de vue des participants à l'étude, des actions concrètes doivent être déployées pour remédier au problème :

Si tout le monde est formé de la même façon et qu'il y a les mêmes informations, le même matériel pour travailler, il y aura moins de risque d'erreurs, malgré le fait qu'il y a des variations dans notre interprétation; ce qui fera une différence; mais pas dans la prise de données (Participant au groupe focalisé).

De même, la non-mise à jour de certaines données constituait un problème du point de vue des participants aux ateliers (Cas A, B) :

Il faut des données plus récentes pour prendre des décisions. C'est démotivant quand certaines personnes sont sceptiques (Répondant à une entrevue).

Par ailleurs, malgré le volume des données présentés dans le cadre des ateliers, le besoin de données complémentaires pour analyser finement des problématiques et prendre une décision éclairée a été souligné par plusieurs. Ce besoin est lié fortement à la complexité des décisions à prendre. À titre d'exemple, dans l'un des CSSS, l'équipe locale voulait comprendre l'évolution des actes chirurgicaux. Pour cette équipe, le fait de comparer cette donnée aux autres CSSS n'était pas suffisant, ils voulaient comprendre les raisons de la décroissance observée afin d'intervenir : Est-ce qu'ils traitaient davantage de cancers qui ne nécessitaient pas de chirurgies? Est-ce qu'ils détectaient les cancers trop tard, rendant la chirurgie inutile à cause de l'étendue de la maladie? Est-ce qu'il y avait une trop grande liste d'attente au bloc opératoire ou est-ce qu'ils ne priorisaient pas suffisamment les cas de cancer? En fait, selon certains, si l'évaluation de l'ensemble d'un continuum peut être intéressante entre autres pour apprécier la continuité de la prise en charge, elle peut aussi présenter des limites en raison du caractère trop général de certains aspects de l'évaluation. D'ailleurs, des répondants ont suggéré plusieurs autres sources d'information pour compléter le portrait, telles que les audits de dossiers, les enquêtes auprès des usagers, l'analyse des plaintes.

Ceci étant dit, cette étude a révélé des difficultés au niveau de l'institutionnalisation de la gestion de la performance dans les établissements, difficultés qui peuvent être liées à plusieurs facteurs plus ou moins présents dans les milieux. Les petits centres perçoivent qu'ils sont moins en mesure de s'investir dans l'utilisation des données de performances, en raison du manque de ressources :

Il faut que nous ayons le support pour cela. Quand je vais à des réunions, nous avons des devoirs et c'est encore moi qui gère cela toute seule. Je trouve ça lourd un peu. Donnez-moi quelqu'un qui va être là, qui va le faire et qui va m'apporter les résultats, car c'est moi qui dois courir après tout et ça, c'est un long devoir (Répondant à une entrevue individuelle).

Par contre, la petite taille de certains centres peut aussi être un atout car cela facilite le développement d'une culture participative, culture qui peut s'appuyer sur une culture de la mesure. Cette étude met également au grand jour la difficulté de nombreux cadres intermédiaires à s'approprier les données de performance :

Certaines personnes n'ont pas les aptitudes pour travailler avec les statistiques. Ce sont des infirmières à la base pour la plupart. Ce n'est pas ce qu'on leur demandait au départ (Répondante à une entrevue individuelle).

Ces cadres intermédiaires n'ont pas non plus la possibilité de s'investir dans le développement d'une capacité d'analyse car ils sont souvent occupés à régler des problèmes à court terme du quotidien :

Nous, nous avons eu la chance d'entamer un projet. Mais après? On fait quoi? Personne n'a le temps. Nous sommes toujours en train d'éteindre des feux. Si nous ne sommes pas proches du précipice, ce n'est pas urgent. Nous sommes dans ce monde-là présentement, dans le milieu de la santé avec les coupures budgétaires (Participant au groupe focalisé).

De l'avis de certains répondants, l'ancrage de la gestion de la performance passe par des porteurs de dossiers, qui devraient travailler avec des équipes sur des dossiers d'amélioration de la performance :

Cela exigerait un chargé de projet ou quelqu'un que l'on nommerait pour cela. Depuis la rencontre du 27 octobre, moi et ma directrice nous n'avons pas pu nous rencontrer par la suite. Il faudrait se donner du temps pour rallumer l'étincelle, parce que c'est une étincelle intéressante. Faire une continuité dans le dossier, nous sommes incapables dans notre culture, non pas que nous ne voudrions pas, mais comment pourrions-nous y arriver? Il faudrait une équipe. Nous ne pouvons pas demander cela à une personne (Participant au groupe focalisé).

Cela étant, il est intéressant de noter que lorsqu'il n'y a pas un sentiment d'urgence dans l'organisation, il est difficile de maintenir une culture d'amélioration continue de la performance :

Les données peuvent servir de levier pour démontrer des besoins mais il faut des indicateurs qui démontrent une mauvaise performance. Quand cela va relativement bien, on se fait dire. Il y a des secteurs qui vont bien plus mal que le tien (Répondant à une entrevue individuelle).

Les données semblent montrer l'importance du soutien de l'équipe de direction comme facteur favorisant le développement d'une culture d'amélioration de la performance :

Tu peux mettre sur pied un beau projet, sortir toutes tes données, mais ça peut rester là longtemps. Moi, j'ai élaboré un projet pour la première ligne. Le projet est écrit, j'ai parlé avec les instances des CLSC, mais ça reste encore là. Parce que j'ai besoin de quelqu'un qui va me dire : c'est correct, on va former telle personne. Là, c'est un petit jeu politique. Donc, c'est ça, à un moment donné, tu arrêtes (Participant à un groupe focalisé).

En définitive, l'institutionnalisation de la gestion de la performance représente un défi pour les gestionnaires, étant donné les contextes organisationnels. Cela étant, ces derniers semblent ouverts à s'investir dans des démarches qui visent à soutenir l'amélioration de la performance, en participant notamment à une communauté de pratique régionale. Certains sont néanmoins d'avis, que la démarche doit prendre en considération la réalité de chaque milieu, en particulier celle des petits centres :

Moi, je trouve cela excellent; je trouve que cela va peut-être mettre des balises. J'espère qu'elles vont être accessibles. Je comprendre que le but c'est d'avoir toutes les normes, la sécurité, la qualité, ... je comprends aussi qu'il faut le faire, mais à un moment donné, il faudra s'ajuster à chaque réalité des CSSS. On n'est pas tous au même niveau (Participant au groupe focalisé).

Dans cette optique d'instauration d'un processus d'amélioration continue de la performance, les répondants suggèrent que l'Agence continue de soutenir les établissements, notamment dans la collecte des données et leur analyse :

Si on avait une équipe centralisée à l'agence qui pourrait nous sortir des données selon des indicateurs identifiés. Ce serait très aidant (Répondant à une entrevue individuelle).

On manque de temps. Il faudrait de l'aide pour nous aider à le mâtchouiller (Répondant à une entrevue individuelle).

Finalement, des répondants insistent sur l'importance d'intégrer l'ensemble des démarches :

Agrément, visites ministérielles, ordres professionnels, ententes de gestion, cela fait beaucoup d'indicateurs à suivre. Il faut que tout cela s'intègre, sinon on questionne la pertinence. C'est toujours le même dossier, toutes les mêmes dimensions... (Répondant à une entrevue individuelle).

En conclusion, cette étude semble confirmer l'importance de facteurs liés au contexte organisationnel (appui de la direction, culture organisationnelle, disponibilité des ressources, rôle des cadres intermédiaires) et aux caractéristiques des données (fiabilité, mise à jour) (Lemire et coll., 2013), comme facteurs influençant l'institutionnalisation de la gestion de la performance. Cela étant, cette étude apporte aussi un éclairage quant à la contribution possible des Agences à l'utilisation des données de performance par les établissements de santé.

Conclusion

La question de recherche traitée dans le cadre de cette étude a trait à l'impact du rôle de soutien des agences en matière de gestion de la performance. Cette étude exploratoire nous amène à prendre conscience des retombées positives possibles d'un tel rôle; tout en soulignant aussi ses limites; entre autres, à cause du fait que les Agences au Québec, ne gèrent pas les budgets liés aux services médicaux et donc ont peu de leviers pour influencer la pratique médicale. Il ne faut pas non plus omettre que l'institutionnalisation de la gestion de la performance nécessite la cohérence entre un ensemble de facteurs (Lemire et coll., 2013), qui ne relèvent pas uniquement du rôle de l'agence.

Ceci dit, les ateliers organisés par les agences constituent de belles occasions pour prendre du recul par rapport aux opérations courantes et encourager un apprentissage collectif. Ces occasions d'échanges sont rares dans le réseau de la santé et les agences régionales peuvent créer ces occasions.

Deux éléments contribuent au caractère apprenant de ces ateliers. D'une part, l'approche d'évaluation de la performance empruntée ici, qui s'appuie sur une multitude d'indicateurs, permet de faire du sens des données de performance car cela permet d'explorer les différentes causes possibles des problèmes et d'établir des liens entre différentes dimensions de la performance; en mettant en exergue les forces et les faiblesses des CSSS; ainsi que les tensions entre les différentes dimensions de la performance. Le fait de comparer la performance de différents CSSS contribue également à ce processus de production de sens. D'autre part, il est important de souligner que l'analyse des données de performance n'empruntait pas une logique normative dans le sens où on ne cherchait pas à imposer des standards de performance mais plutôt à interpréter les résultats de performance de chaque CSSS, en fonction de son contexte, pour établir des priorités d'action locales.

En fait, l'agence régionale a exploité ici deux atouts pour enrichir la compréhension par les établissements des enjeux en matière d'amélioration de la performance : 1) la possession de données intéressantes (comparatives et concernant l'ensemble d'un continuum de services) et 2) la détention d'une expertise en matière d'analyse des données de performance, qui rappelons-le, est loin d'être simple.

Les retombées de ces ateliers en termes de renforcement de la réflexivité des acteurs, comme on peut s'y attendre, ne donnent pas forcément lieu à court terme à une plus grande utilisation des données de performance. En effet, comme l'ont souligné de nombreux auteurs (par exemple, De Lancer Julnes et Holzer, 2001), le développement d'une culture d'utilisation des données de performance exige beaucoup de temps. Cela étant, les résultats de notre étude, qui font état de plusieurs types d'utilisation des données de performance (politique, instrumentale et naturaliste) nous laissent penser que la dynamique créée par les ateliers offerts par l'agence régionale peut être positive à plus long terme. Comme le suggèrent Contandriopoulos et coll. (2013), à partir de leur revue d'études empiriques, l'impact de la dissémination des données de performance en termes de changements produits, résulte d'un processus complexe, renvoyant à plusieurs « sentiers » causaux : 1) changement à travers les interventions managériales qui favoriseraient une adaptation de l'organisation à son environnement grâce à un apprentissage organisationnel tirant profit de la comparaison de la performance des organisations, 2) changement à travers l'influence des structures sociales qui inciteraient, pour des raisons de légitimité, les organisations à prêter attention aux normes sociales, notamment en matière d'appréciation de la performance et 3) changement à travers les pressions internes qui renvoient aux comportements politiques des acteurs, sachant que ces comportements peuvent être fortement influencés par les données de performance étant donné leur impact sur la réputation des uns et des autres. Une telle conception des processus de production des effets des démarches de dissémination des données de performance met le doigt sur le fait que le changement de pratiques requiert, outre les interventions managériales, un stimulus alimenté de l'interne et de l'externe.

Les indices d'utilisation des données de performance à des fins politiques que révèle notre étude laissent entrevoir l'émergence de ces stimuli dans les organisations étudiées. Le maintien et le développement de ce stimulus repose en partie sur le rôle de leadership des agences régionales en matière de gestion de la performance. Notre analyse des facteurs influençant l'utilisation des données de performance nous laisse penser que les agences régionales peuvent dans une certaine mesure contribuer à créer une pression positive en faveur du changement de pratiques. Concrètement, il s'agirait pour les agences de ne pas se limiter à mettre en place ponctuellement des ateliers d'analyse de la performance mais de faire en sorte que la gestion de la performance soit régulièrement à l'agenda; et ce dans le but de contrecarrer la pression du quotidien. À titre d'exemple, il s'agirait que l'évaluation de la performance alimente les travaux de réflexion des comités régionaux. Au-delà du maintien d'une certaine pression, le rôle des agences régionales est essentiel pour la promotion d'une certaine rigueur et neutralité dans l'évaluation de la performance, de façon à éviter que les parties prenantes, ayant un grand pouvoir, influencent trop fortement les normes pour protéger leurs propres intérêts.

Cela étant, on peut se poser des questions quant aux conditions *optimales* qui permettraient aux agences régionales de jouer un rôle moteur en matière de gestion de la performance. Les enseignements de la présente étude nous amènent notamment à nous pencher sur les enjeux de production des données de performance. On a pu constater que la production de données de performance à jour et fiables est extrêmement exigeant. Dès lors, on peut se demander si les agences, et c'est d'autant plus vrai pour les agences n'ayant pas les ressources nécessaires, sont en mesure de répondre à toutes ces exigences. Dans cette optique, certains analystes (Iron, 2006) ont préconisé une certaine centralisation de la production des données de performance. Une telle solution permettrait aux agences régionales de renforcer leur rôle en matière d'analyse des données et d'accompagnement des établissements de santé. Par ailleurs, il apparaît que l'analyse des données de performance exige souvent de faire des investigations plus poussées, en produisant des données plus fines. Une clarification des responsabilités des différents niveaux de gouverne (central, régional, local) concernant la production des données de performance serait donc fort utile; sans oublier qu'il y a lieu de tirer profit de toutes les sources de données existantes.

Sur un autre plan, notre étude confirme que le renforcement de l'utilisation des données de performance nécessite également le développement de capacités dans les organisations de santé, en s'appuyant notamment sur le rôle des cadres intermédiaires, appelés à utiliser les données de performance pour orienter les pratiques des équipes de travail. Les régies régionales peuvent contribuer à la formation de ces cadres. L'intégration d'un rôle de conseiller à la gestion de la performance dans les établissements devrait aussi soutenir le rôle de ces cadres intermédiaires. Tout ceci nous amène à proposer que la gestion de la performance passe par la mise en œuvre d'un processus d'apprentissage collectif qui implique des acteurs, à différents niveaux de gouverne. Les agences régionales pourraient jouer un rôle clé dans l'animation de ce processus d'apprentissage (Touati et coll., 2007), sachant que le déploiement de ce rôle devrait prendre en considération le contexte particulier de chaque organisation.

Il est clair que toutes les agences ne peuvent pas s'approprier ce rôle d'appui du jour au lendemain car cela nécessite une certaine expertise. Il s'agirait donc de faire des efforts pour permettre à toutes les agences de « maîtriser » cette expertise d'analyse, en faisant appel à

plusieurs modalités de développement de compétences, par exemple en encourageant le partage d'expériences entre régies régionales.

Finalement, une question fondamentale demeure, à savoir : dans quelle mesure, le contexte dans lequel évoluent les agences, caractérisé notamment par une certaine centralisation du pouvoir de décision, permet aux agences d'exercer un leadership fort en matière de gestion de la performance? Sans nier les contraintes qui pèsent sur l'action des agences régionales, nous pensons que ces dernières peuvent agir stratégiquement, en faisant preuve d'entrepreneuriat et en faisant de la gestion de la performance un levier important de la transformation de leur rôle, transformation qui contribuerait à la légitimation de leur mission. Le développement d'un agenda de recherche, se traduisant notamment par la réalisation d'études longitudinales, nous permettrait de mieux saisir le potentiel du rôle des agences en matière de gestion de la performance et de mieux comprendre les défis associés à ce rôle.

Au sujet des auteurs

Nassera Touati, Ph. D. est professeure agrégée à l'École Nationale d'Administration publique (Québec), depuis juin 2005. Elle détient un doctorat en ingénierie et gestion de l'École des Mines de Paris (France). Depuis 1998, elle s'intéresse à la mise en œuvre des réformes dans le secteur socio-sanitaire. Elle porte une attention particulière aux phénomènes d'apprentissage collectif, à la transformation des pratiques professionnelles et organisationnelles, et aux enjeux de gouvernance. Elle peut être contactée à cette adresse : nassera.touati@enap.ca

Brigitte Brabant, M.A., M.A.P. est coordonnatrice au secteur Perte d'autonomie et vieillissement à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Elle œuvre dans le réseau Montérégien depuis plus de dix ans. Elle a travaillé comme intervenante terrain dans différentes installations: en CLSC, en centre d'hébergement ainsi qu'en milieu hospitalier avant de se diriger vers la gestion tant au niveau local qu'au niveau régional. Elle peut être contactée à cette adresse : brigitte.brabant.agence16@ssss.gouv.qc.ca

Références

Adair, C. E., E. Simpson, A. L. Casebeer, J. M. Birdsell, K. A. Hayden & S. Lewis. 2006. Performance Measurement in Healthcare: Part II - State of the Science Findings by Stage of the Performance Measurement Process. *Health Care Policy*, 2(1): 56-78.

Adler, P. & B. Borys.1996. Two types of bureaucracy: enabling and coercive. *Administrative Science Quarterly*, 4(1): 61-89.

Ammons, D. N. & W. C. Rivenbark. 2008. Factors Influencing the Use of Performance Data to Improve Municipal Services: Evidence from the North Carolina Benchmarking Project. *Public Administration Review*, 68(2): 304-319.

- Askim, J., J. Age & K. A. Christophersen. 2008. Factors behind Organizational Learning from Benchmarking: Experiences from Norwegian Municipal Benchmarking Networks. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2): 297-320.
- Belorgey, N. 2010. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*. Paris, France: Éditions La découverte.
- Berwick, D. M. 2002. Public Performance Reports and the Will for Change. *Journal of the American Medical Association*, 288(12): 1523-1524.
- Bourdeaux, C. & G. Chikoto. 2008. Legislative Influences on Performance Information Use. *Public Administration Review*, 68(2): 253-265.
- Boyne, G., G.W. Julian, J. Law & R. Walker. 2002. Plans, Performance Information and Accountability: The Case of Best Value. *Public Administration*, 80(4): 691-710.
- Braun, V. & V. Clarke. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77-101.
- Bruno, I. & E. Didier. 2013. *Benchmarking. L'état sous pression statistique*. Paris, France : Zones
- Clay, J. A. & V. Bass. 2002. Aligning Performance Measurement with Key Management Processes. *Government Finance Review*, 18(2) (April): 26-29.
- Champagne, F., A. P. Contandriopoulos, J. Picot-Touché, F. Béland & H. Nguyen. 2005. "Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS (Évaluation globale de la performance des systèmes de santé)". 1-39. Pages 1-39 dans *Rapport de recherche*. Québec, Canada : Conseil de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec.
- Contandriopoulos, D., F. Champagne et J. L. Denis. 2013. The multiple causal pathways between performance measures' use and effects. *Medical Care Research and Review*, 71 (1): 3-20.
- De Lancer, J., Patria et M. Holzer. 2001. Promoting the utilization of performance measures in public organizations: An empirical study of factors affecting adoption and implementation. *Public Administration Review*, 61(6): 693-708.
- Denis, J. L., L. Lamothe, A. Langley & S. Guerard. 2008. "Réforme et gouverne en santé. L'attrait pour une managerialisation de l'action publique." Pp. 51-68 dans Laborier et coll. (sous la direction de). *Les réformes en santé et en justice*. Sainte-Foy, Canada : PUL.
- Denis, J. L., & A. P. Contandriopoulos. 2008. Gouvernance Clinique : discussion et perspectives. *Pratiques et organisation des soins*, 39(3): 249-254.

- Denis, J. L. 2011. Les agences régionales de santé : au-delà des logiques fondatrices, une nouvelle capacité d'action? Commentaire. *Sciences Sociales et Santé*, 29(1): 29-34.
- Hood, C. 2007. Public Service Management by Numbers: Why Does it Vary? Where Has it Come From? What Are the Gaps and the Puzzles? *Public Money and Management*, 27(2): 95-102.
- Ho, A. T. K. & P. Coates. 2004. Citizen-Initiated Performance Assessment: Initial Iowa Experience. *Public Performance and Management Review*, 27(3) (April): 29-50.
- Holloway, Jacky, Francis Graham et Matthew Hinton. 1999. A Vehicle for Change? A Case Study of Performance Improvement in the "New" Public Sector. *International Journal of Public Sector Management*, 12(4): 351.
- Hurst, J. & M. Jee-Hughes. 2001. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers* (47). Paris, France: OECD Publishing.
- Iron, K. 2006. Health data in Ontario: tacking stock and moving ahead. *Healthcare Quarterly*, 9(3): 24-26.
- Jackson, T. 2005. Why performance indicators have a place in health policy ? *Healthcare Papers*, 6(2): 35-39.
- Johansson, T. & S. Siverbo. 2009. Explaining the Utilization of Relative Performance Evaluation in Local Government: A Multi-Theoretical Study Using Data from Sweden. *Financial Accountability & Management*, 25(2): 197-224.
- Lemieux-Charles, L. & W. McGuire, François Champagne, Jan Barnsley, Donald Cole et Claude Sicotte. 2003. The use of multilevel performance indicators in managing performance in health care organizations. *Management Decision*, 41(8): 760-770.
- Lemire, M., O. Demers-Payette & J. Jefferson-Falardeau. 2013. Dissemination of performance management information and continuous improvement. *Journal of Health Organization and Management*, 27(4): 449-478.
- Locock, L. & S. Dopson. 1999. The Three In One and One In Three. Changing relations between centre and field in the NHS in the UK. *Public Management Review*, 1(1): 27-47.
- Moisdon, J. C. 1997. *Introduction générale. Du mode d'existence des outils de gestion*. Éditions Séli Arslan, 7-44.
- Moynihan, D. P. 2005. Goal-Based Learning and the Future of Performance Management. *Public Administration Review*, 65(2): 203-216.

Moynihan, D. P. & S. Lavertu. 2012. Does Involvement in Performance Management Routines Encourage Performance Information Use? Evaluating GPRA and PART. *Public Administration Review*, 72(4): 592-602.

Moynihan, D. P., S. K. Pandey & B. E. Wright. 2011. Setting the Table: How Transformational Leadership Fosters Performance Information Use. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1): 143-164.

Moynihan, D. P. & S. K. Pandey. 2010. The Big Question for Performance Management: Why Do Managers Use Performance Information? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20: 849-866.

Perlin, J. B., R. M. Kolodner & R. H. Roswell. 2004. Veterans Health Affairs: Quality, Value, Accountability and Information as Transformation Strategies for Patient-Centred Care. *American Journal of Managed Care*, 10(11): 828-836.

Poister, T. H. & G. Streib. 1999. Performance Measurement in Municipal Government: Assessing the State of the Practice. *Public Administration Review*, 59(4): 325-335.

Power, M. 2007. "The theory of the audit explosion". Pp. 326-345 dans Ewan Ferlie, Laurence E. Lynn Jr, , Christopher Pollitt (Eds.). *The oxford handbook of public management*. Oxford, UK : Oxford University Press.

Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales. 2011. *Les ARS, un an après*. Mars. Agence Régionale de Santé, France. Retrouvé le 9 Avril, 2015 à www.ars.sante.fr

Touati, N. & J. C. Sardas. 2006. La rationalisation simultanée de l'action et des apprentissages : concepts et exemples. *Revue française de gestion*, 32(165): 71-86.

Touati, N., D. Roberge, J. L. Denis, R. Pineault & L. Cazale. 2007. Governance, Health Policy Implementation and the Added Value of the Regionalization? *Healthcare policy*, 2(3): 97-114.

Turgeon, J., R. Jacob & J. L. Denis. 2011. Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). *Les tribunes de la santé*, 1(30) (printemps,): 57-85.

Van Dooren, W. & S. Van de Wall. 2008. *Performance Information in the Public Sector. How it is Used*. New York, NY: Palgrave Macmillan.

Wang, X. H. & E. Berman. 2001. Hypotheses about Performance Measurement in Counties: Findings from a Survey. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11(3): 403-427.