

Démystifier les indicateurs pour soutenir l'implantation des guides de pratique

Présenté par :

Dolorès Lepage-Savary,
Directrice de la performance, de
la qualité et des analyses

Contribution : Sonia Lantin, INESSS

3^e rencontre annuelle des services sociaux - INESSS
Montréal, 12 avril 2012

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec



Permettre aux participants de :

- se familiariser avec le concept d'indicateurs et de monitoring à l'aide de tableaux de bord;
- comprendre leur utilité et leur pertinence;
- maîtriser la notion de «culture de la mesure»;
- faire le lien entre les indicateurs et le soutien à la prise de décision dans le domaine des services sociaux;
- identifier des indicateurs adaptés à l'implantation d'un guide de pratique.

Plusieurs catégories d'indicateurs ne seront pas abordées dans la présentation :

Les indicateurs cliniques

Les indicateurs de santé publique

Les indicateurs populationnels

Indicateurs cliniques :
une publication à
surveiller

Rapport scientifique réalisé à l'INESSS sous la direction de Dre Marie-Dominique Beaulieu et intitulé :

Soutenir l'amélioration de la qualité des soins donnés aux personnes souffrant de maladies chroniques au Québec; Des indicateurs à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de 1^{re} ligne.

- Définition d'un indicateur
- L'utilité des indicateurs
- Les indicateurs dans la prise de décision administrative, professionnelle et de gestion
- L'apport des indicateurs en lien avec les pratiques basées sur les données probantes (*evidence-based practices*)
- Diverses catégories d'indicateurs
- La culture de la mesure et ses impacts
- En conclusion

Il existe de multiples définitions d'un indicateur : *En voici une proposée (Source Pierre Voyer, HEC);*

Un élément ou un ensemble d'éléments d'information significative, une donnée qualitative ou quantitative, une statistique ciblée et contextualisée selon une préoccupation de mesure, résultant de la collecte de données sur un phénomène observable, un état de situation, ou sur un élément lié au fonctionnement d'une organisation...

...un ensemble de données qui permet de mesurer les progrès vers l'atteinte d'un objectif prédéfini...

Attention : une donnée statistique ne constitue pas en soi un indicateur!

- Être précis, simple, facile à élaborer, à recueillir, compréhensible et compris de la même manière par tous...
- Être pertinent et reposer sur des données fiables, rigoureuses, reproductibles et disponibles...

***Un indicateur doit être vivant, dynamique et surtout utile...
sa durée de vie est tributaire de son utilité dans le temps.***

- Un indicateur est généralement exprimé en :
 - *valeurs relatives* : % - taux - ratio
 - *valeurs absolues* : délais - durées
- Il est déterminé en fonction d'une cible, d'un objectif à atteindre.
- Concept de « monitoring » :
 - les indicateurs sont généralement regroupés dans un tableau de bord ou un portfolio. Ils sont mis à jour périodiquement et les résultats sont analysés pour soutenir l'action et la prise de décision.

Permettre aux divers décideurs (professionnels, cliniciens et gestionnaires) d'avoir une vision commune d'une situation ou d'un phénomène... de communiquer plus efficacement



...et de développer une meilleure capacité à agir de manière concertée.

Les indicateurs de mesure en lien avec les pratiques basées
sur les données probantes

evidence-based

en management

en santé

en services sociaux

*et en l'absence de donnée probante, les données
expérientielles*

En soutien aux nouveaux modes
de gouvernance

- **Permettre aux professionnels** et aux gestionnaires de s'approprier les indicateurs qui font du sens pour eux.
- **Mieux mesurer** l'atteinte des objectifs.
- **Favoriser la prise de décision** en :
 - valorisant les responsabilités décisionnelles des professionnels, des cliniciens et des gestionnaires;
 - soutenant les nouveaux modes de gouvernance;
 - développant une culture de la mesure à travers le réseau dans le but de promouvoir l'efficacité des services.


- Valoriser la prise de décision partagée tout en élevant au plus haut niveau de la pyramide décisionnelle les préoccupations professionnelles et la qualité des services aux clientèles.

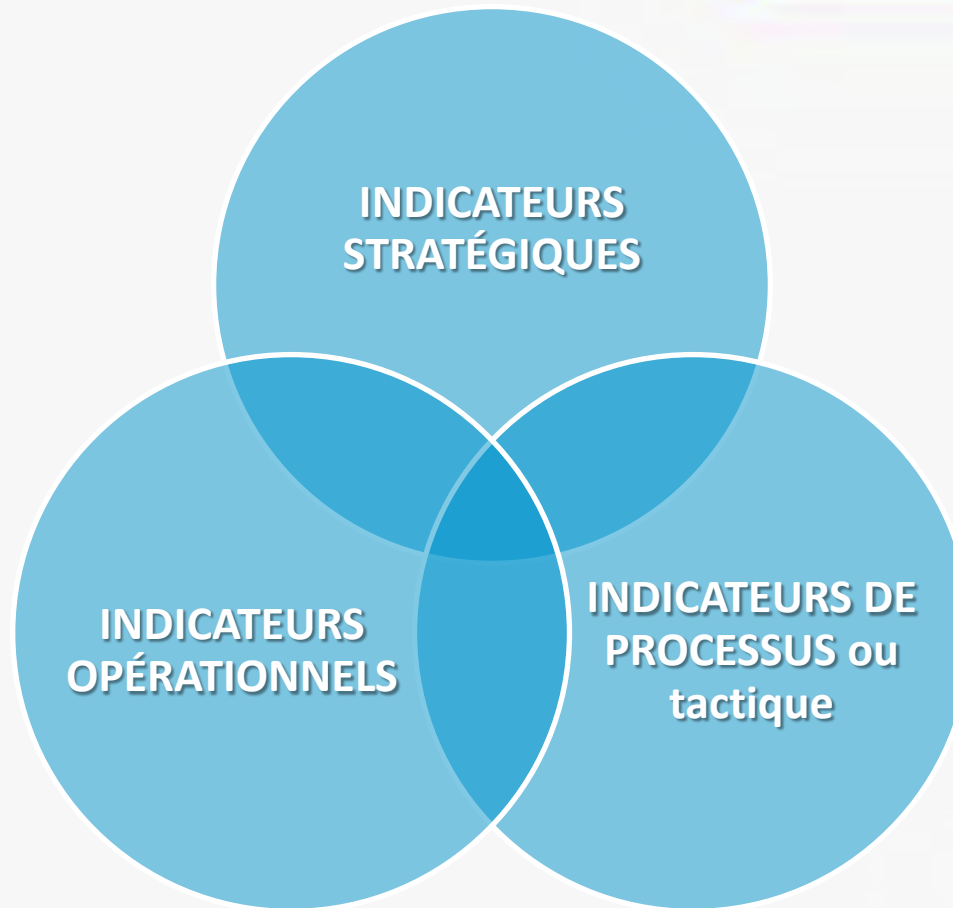


- Définition de la « gouvernance clinique et professionnelle »
 - Elle vise à concerter les approches stratégiques, managériales, organisationnelles cliniques et sociales pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services. Elle fait appel à deux concepts fondamentaux : l'amélioration continue de la qualité et la reddition de comptes (source : Pomey *et coll.* ,2007).



prise de décision
intégrée

- C'est une approche systématique et intersectorielle permettant une gestion intégrée basée sur les besoins des usagers tant dans le domaine de la santé que dans celui des services sociaux.
 - Favorise **l'imputabilité et un rôle accru** des professionnels et des cliniciens dans la prise de décision.
- 
- Favorise **la culture de la mesure** à tous les niveaux de décision du réseau - *du décideur le plus près de l'action vers celui qui est à l'autre extrémité de la chaîne des décisions...*



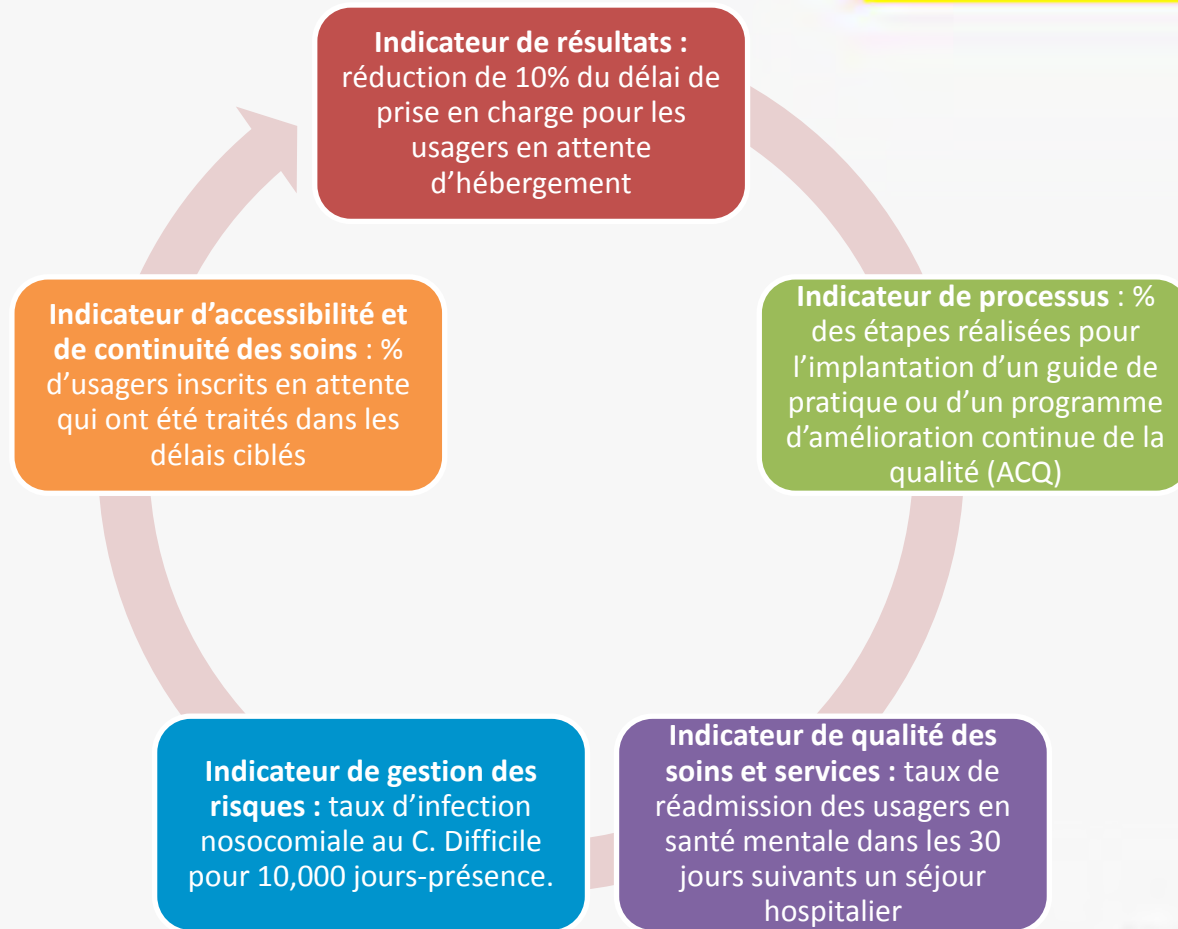


Tableau synthèse des résultats et des tendances

No	Indicateur	Résultat	Cible	Écart	Picto	Tendance
Satisfaction des clientèles						
1.1	Taux de satisfaction - Périnatalité	86%	90%	-4,4%		
1.2	Nbre de plaintes reçues	173	-	-		↓
1.2	Taux de plaintes pour mille UPS	0,39	0,58	-33%		↓
1.4	Contribution CHUQ à la demande de stages de l'U.L - Secteurs d'excellence (Pôles majeurs)	76,6%	76,9%	0%		
1.4	Contribution CHUQ à la demande de stages de l'U.L - Pôles majeurs partagés	91,4%	87,9%	4%		↑
1.5	Nombre de jours-stage CHUQ dans les disciplines univers. autres que médicales et de sc. infirmières	13664	13243	3%		↑
Accessibilité et continuité des services						
3.5	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière aux services d'urgence - CHUQ	3,44%	4,05%	-15%		↓
3.5	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière au service d'urgence - CHUL	1,87%	2,23%	-16%		↓
3.5	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière au service d'urgence - L'HDQ	1,93%	3,13%	-38%		↓
3.5	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière au service d'urgence - HSFA	7,61%	8,55%	-11%		↓
3.6	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière aux services d'urgence - Santé mentale - CHUQ	15,58%	16,83%	-7%		↓
3.7	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière aux services d'urgence- Santé physique - CHUQ	2,69%	3,28%	-18%		↓
3.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière au service d'urgence - 75 ans et plus - CHUL	2,04%	2,88%	-29%		↓
3.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière au service d'urgence - 75 ans et plus - L'HDQ	2,91%	4,50%	-35%		↓
3.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière au service d'urgence - 75 ans et plus - HSFA	16,12%	17,16%	-6%		↓
3.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière aux services d'urgence- 75 ans et plus- CHUQ	8,16%	9,44%	-14%		↓

Source : Le Centre hospitalier universitaire de Québec

Tableau de bord de gestion

Sommaire des résultats

N°	Indicateur	Dernière date de parution au TB	2007-2008 Après 9 périodes	2008-2009 Après 9 périodes	Variation (%)	Cible	Écart à la cible (%)	Appréciation	
1. SATISFACTION DES CLIENTÈLES									
1.2	Taux de plaintes pour 1 000 UPS	févr-09	2007-2008 p6 0,39	2008-2009 p6 0,48	23%	↗	0,37	30%	▲
3. ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES									
3.1	Séjour moyen sur civière aux services d'urgence								
	- CHUL	févr-09	10,42	10,54	1%	↗	12,00	-12%	●
	- L'HDQ	févr-09	13,55	14,33	6%	↗	12,64	13%	●
	- HSFA	févr-09	19,71	23,98	22%	↗	18,34	31%	▲
	- CHUQ	févr-09	13,45	14,66	9%	↗	12,20	20%	●
3.5	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière aux services d'urgence								
	- CHUL	févr-09	1,87%	1,83%	-2%	↘	1,61%	14%	●
	- L'HDQ	févr-09	1,93%	2,33%	21%	↗	2,14%	9%	●
	- HSFA	févr-09	7,61%	12,66%	66%	↗	7,81%	62%	■
	- CHUQ	févr-09	3,44%	4,76%	38%	↗	3,33%	43%	■

Source : Le Centre hospitalier universitaire de Québec

Tableau de bord de gestion

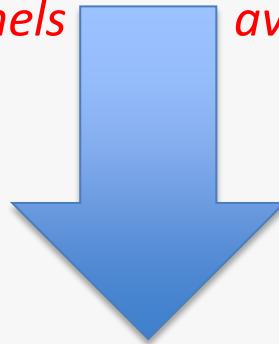
Sommaire des résultats (suite)

N°	Indicateur	Dernière date de parution au TB	2007-2008 Après 9 périodes	2008-2009 Après 9 périodes	Variation (%)	Cible	Écart à la cible (%)	Appréciation	
4. QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES									
4.1	Taux d'infections nosocomiales – DACD pour 10 000 jours-présence :								
	- CHUL	févr-09	6,61	7,79	18%	↗	7,0	11%	●
	- L'HDO	févr-09	16,07	10,99	-32%	↘	10,1	9%	●
	- HSFA	févr-09	13,49	11,09	-18%	↘	10,0	11%	●
4. QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES (suite)									
4.2	Taux d'acquisitions nosocomiales – SARM pour 10 000 jours-présence :								
	- CHUL	févr-09	3,63	1,85	-49%	↘	3,5	-47%	●
	- L'HDO	févr-09	7,10	4,33	-39%	↘	4,8	-10%	●
	- HSFA	févr-09	6,84	6,03	-12%	↘	7,0	-14%	●
5. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES									
5.1	Ratio d'assurance salaire	févr-09	5,13%	4,92%	-4%	↘	5,1%	-4%	●
5.5	Proportion de personnel de soutien dans les équipes de soins par rapport à l'ensemble du personnel des unités de soins	À venir/ date à déterminer							
5.7	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	févr-09	n/d	4,03%	-		3,18%	27%	▲
5.8	Pourcentage d'heures supplémentaires	févr-09	2,29%	2,47%	8%	↗	2,0%	24%	▲
5.15	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier	févr-09	2007-2008 0,10%	0,10%	0%		0,1%	0%	●
6. PERFORMANCE FINANCIÈRE, TECHNIQUE ET IMMOBILIÈRE									
6.5	Coût unitaire par équivalent-civière / services d'urgence (<i>Benchmarking</i>)	févr-08	2006-2007 267 \$	2007-2008 289 \$	8%	↗	288 \$	0%	●

Source : Le Centre hospitalier universitaire de Québec

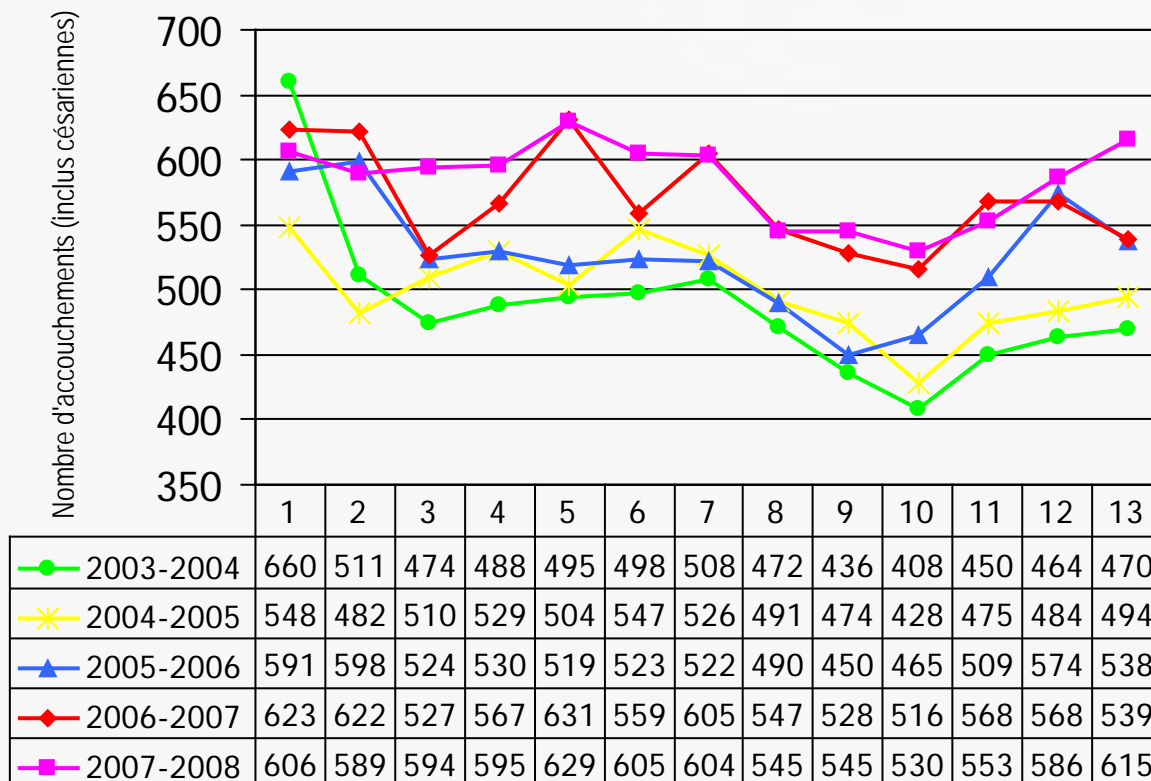
- **Pour prendre des décisions éclairées il faut parfois utiliser des statistiques qui sont en amont pour les traduire en indicateurs.** *Exemples : les urgences ou les services d'obstétrique dont le volume d'activités n'est pas toujours prévisible.*

Voici un modèle prévisionnel des volumes d'accouchement réalisés selon les périodes de l'année pendant 5 ans : des données statistiques qui ont servi à identifier des indicateurs opérationnels avec les équipes.



Évolution du nombre d'accouchements de 2003-2004 à 2007-2008

(données non pondérées)



Source : Le Centre hospitalier universitaire de Québec, Le Centre mère-enfant

- En utilisant des indicateurs significatifs et pertinents et des tableaux de bord bien adaptés aux besoins des décideurs, on développe **la culture de la mesure** dans les organisations de la santé et des services sociaux.

résultats

- Sentiment d'imputabilité accrue des professionnels, des cliniciens et des gestionnaires.
- Donne un sens à leur action et crée une synergie.
- Favorise la prise de décision partagée et plus cohérente.

- Une opportunité d'implanter les guides de pratiques avec une méthodologie efficace . *Exemple: Les «points de repère» ou les jalons pour l'implantation d'un guide de pratique peuvent se traduire en indicateurs de processus.*
- Un rôle important des décideurs professionnels et de gestion pour mettre en place les indicateurs appropriés en soutien à la prise de décision.

- **Les défis des prochaines années en matière de gouvernance dans le réseau de la santé et des services sociaux :**
 - des mécanismes efficaces de gouvernance clinique;
 - des décisions appuyées sur les données probantes et les pratiques exemplaires;
 - des processus de gestion institutionnels mieux intégrés pour la prise de décision.

- Croyez-vous que des indicateurs pertinents peuvent être adaptés à votre réalité et utilisés dans votre milieu ?
- Quels liens voyez-vous entre les indicateurs et les guides de pratiques en services sociaux ???



inesss.qc.ca
inesss@inesss.qc.ca

1195, avenue Lavigerie, 1er étage, bureau 60
Québec (Québec) G1V 4N3

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9