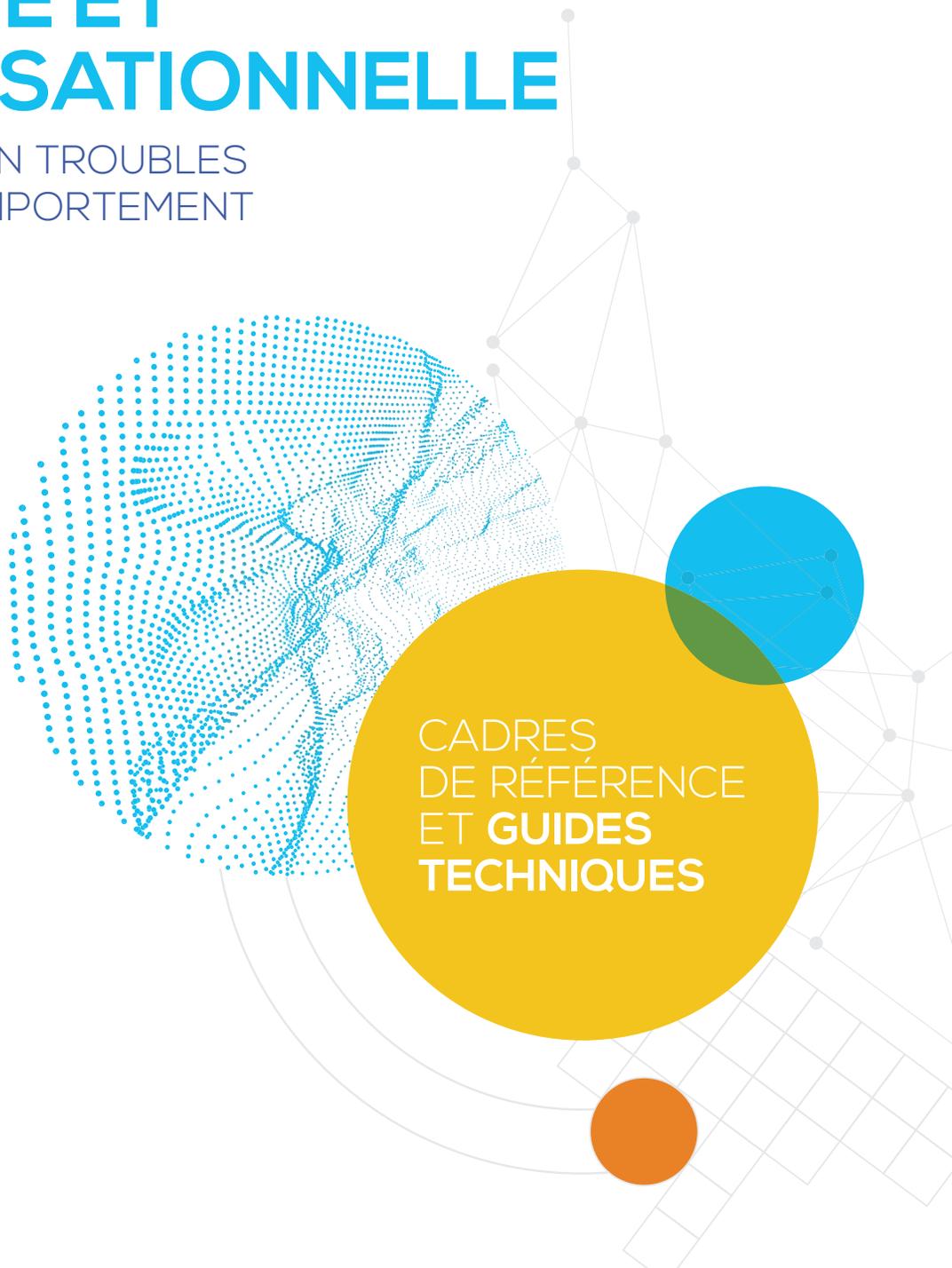


LA PERFORMANCE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE

DES SERVICES EN TROUBLES
GRAVES DU COMPORTEMENT



CADRES
DE RÉFÉRENCE
ET **GUIDES**
TECHNIQUES

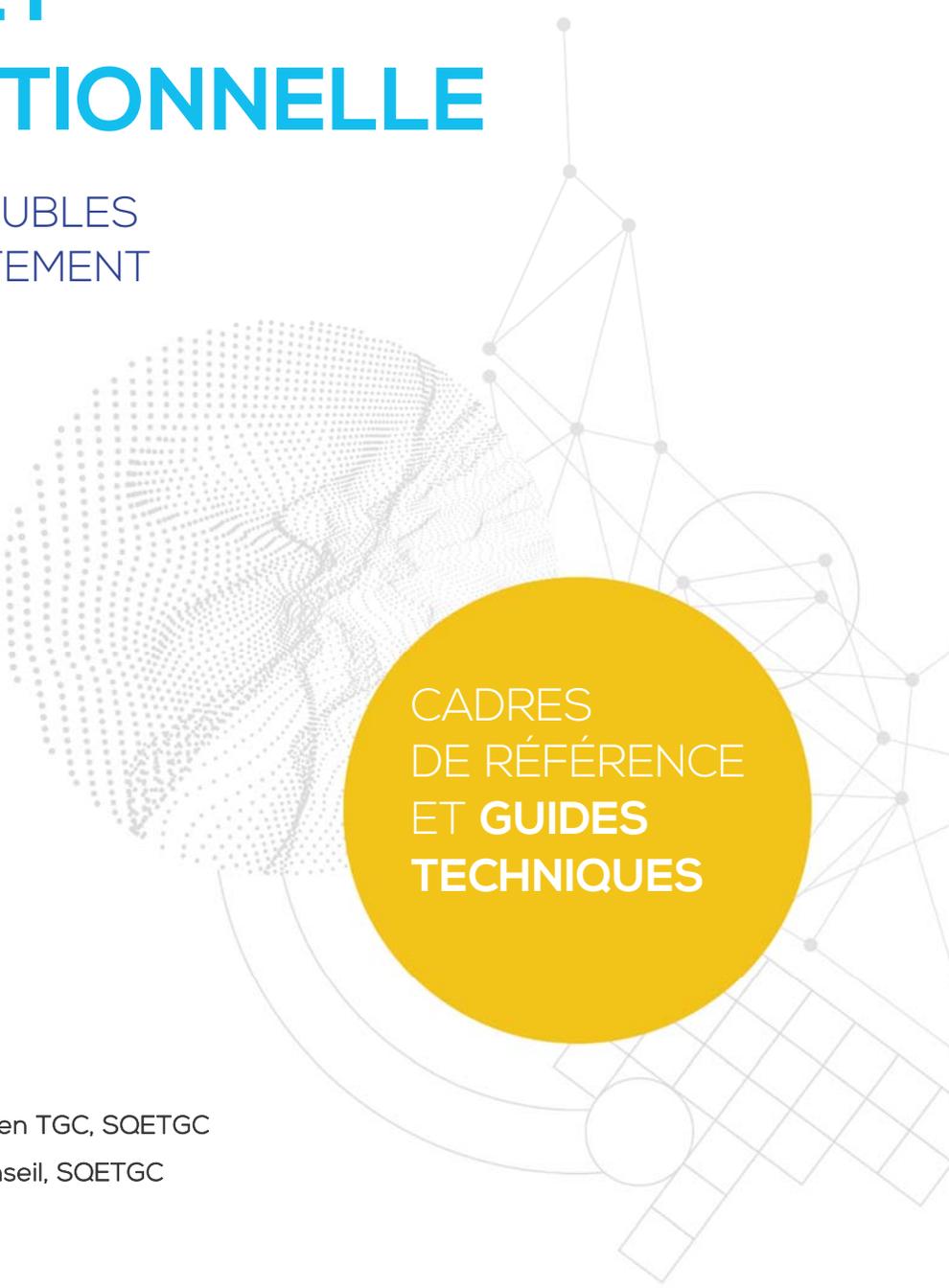
SQETGC

Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement

Québec 

LA PERFORMANCE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE

DES SERVICES EN TROUBLES
GRAVES DU COMPORTEMENT



CADRES
DE RÉFÉRENCE
ET **GUIDES**
TECHNIQUES

Julie Bouchard, conseillère en TGC, SQETGC

André Lapointe, expert-conseil, SQETGC

Novembre 2018

SQETGC
Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement

Publié au Québec en novembre 2018.

Par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement | Centre universitaire intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

ISBN - 978-2-550-82718-4

© SQETGC | CIUSSS MCQ (2018)

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Document rédigé par :

- Julie Bouchard, conseillère en TGC, SQETGC
- André Lapointe, expert-conseil, SQETGC

En collaboration avec :

- Martin Bigras, Coordonnateur de l'Institut en DI-TSA, CIUSSS MCQ, et Président de la Communauté de pratique en TGC (2012-2017)

Coordination/édition : Marianne Reux, APPR, SQETGC

Révision : Diane Touten, attachée de direction, SQETGC

Ce document devrait être cité comme suit : Bouchard, J. et Lapointe, A., (2018). La performance clinique et organisationnelle des services en troubles graves du comportement. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ.

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement

2021, avenue Union | Bureau 870 | Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 525-2734 | Télécopieur : 514 525-7075 | www.sqetgc.org

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	3
REMERCIEMENTS	6
PRÉFACE.....	7
INTRODUCTION.....	8
PARTIE 1 : PRÉSENTATION DU PROJET.....	9
1. L'ORIGINE DU PROJET	10
2. LES DÉFINITIONS.....	11
2.1. LES SERVICES EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT	11
2.2. LA PERFORMANCE	12
3. LES OBJECTIFS ET LES LIMITES DU PROJET	13
3.1. LES OBJECTIFS ET INCLUSIONS	13
3.2. LES LIMITES ET EXCLUSIONS	13
4. LES ENJEUX LIÉS À LA MESURE DE LA PERFORMANCE DANS LES SERVICES EN TGC.....	14
4.1. L'ÉQUITÉ.....	15
4.2. LA COMPÉTITIVITÉ	17
4.3. L'INTERPRÉTATION.....	18
PARTIE 2 : DÉMARCHE ET MÉTHODOLOGIE.....	21
5. LES PERSONNES IMPLIQUÉES.....	22
5.1. LE GROUPE DE TRAVAIL.....	22
5.2. L'ÉQUIPE PROJET.....	22
5.3. LES AUTRES COLLABORATIONS	22
6. LA SÉLECTION DES INDICATEURS	23
6.1. LE REPÉRAGE ET L'ANALYSE DE DÉMARCHES EN ÉTABLISSEMENT.....	23
6.2. LA LISTE D'INDICATEURS POTENTIELS	24
6.3. LES CRITÈRES DE SÉLECTION DES INDICATEURS	25

6.4.	LA MESURE DES INDICATEURS	25
7.	L'ORGANISATION DES RÉSULTATS	26
7.1.	LE TABLEAU À QUATRE QUADRANTS	26
7.2.	LE CLOISONNEMENT PAR UNITÉ ADMINISTRATIVE	27
7.3.	LES RÉSULTATS PAR USAGER	27
7.4.	L'ANNÉE FINANCIÈRE.....	27
8.	L'EXPÉRIMENTATION EN ÉTABLISSEMENTS	28
8.1.	LES OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION EN ÉTABLISSEMENTS	28
8.2.	LA DÉMARCHE D'EXPÉRIMENTATION	28
8.3.	LES CONSTATS ET LES AJUSTEMENTS À LA SUITE DE L'EXPÉRIMENTATION.....	29
PARTIE 3 : LA COLLECTE DE DONNÉES.....		31
9.	L'ORGANISATION D'UNE COLLECTE DE DONNÉES	32
9.1.	L'ANCRAGE ORGANISATIONNEL	32
9.2.	LE MOMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES	33
9.3.	LE RÉPONDANT	33
9.4.	LES PERSONNES-RESSOURCES	33
9.5.	LE BILAN.....	34
PARTIE 4 : ANALYSE ET SUITES À DONNER		35
10.	LES CONDITIONS POUR ANALYSER DES RÉSULTATS DE PERFORMANCE.....	36
10.1.	LES PERSONNES IMPLIQUÉES	36
10.2.	LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉQUIPE	36
10.3.	LA FIABILITÉ DES DONNÉES	37
11.	LES ANALYSES DES RÉSULTATS.....	37
11.1.	L'ANALYSE DE BASE.....	39
11.2.	L'ANALYSE ÉVOLUTIVE	46
11.3.	L'ANALYSE COMPARATIVE	48
12.	LES SUITES À DONNER.....	51
12.1.	LA PRÉPARATION DE L'EXERCICE.....	51

12.2.	LA RÉFLEXION ET LE DIAGNOSTIC.....	52
12.3.	LES CHOIX STRATÉGIQUES	52
12.4.	LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN	53
12.5.	LES RESSOURCES DISPONIBLES	54
	CONCLUSION	56
	RÉFÉRENCES.....	57

REMERCIEMENTS

Le document « La performance clinique et organisationnelle des services en TGC » voit le jour grâce à la collaboration, aux contributions et au soutien de plusieurs personnes.

Il convient, en premier lieu, de remercier M. Roger Guimond, actuel directeur administratif de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et ancien coordonnateur du SQETGC. M. Guimond a su être à l'écoute des préoccupations de la Communauté de pratique en TGC et les transformer en un projet concret. Plus encore, il a été présent et impliqué tout au long des travaux, n'hésitant pas à consacrer les ressources nécessaires au bon déroulement du projet.

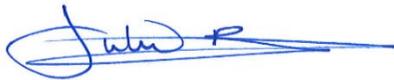
Merci également à M. André Lapointe, expert-conseil au SQETGC, qui nous a partagé ses connaissances et sa vision du système de services. Sa longue feuille de route, ses réflexions toujours en évolution sur les services en TGC et sa capacité à penser « hors de la boîte » se sont avérées fort utiles pour le projet Performance.

De plus, sans les membres du groupe de travail, le modèle de Performance ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui. Ils ont su rester concentrés sur l'objectif premier du modèle à développer : l'amélioration des services offerts aux usagers manifestant des TGC. À maintes reprises, ils ont été la voix des professionnels, des gestionnaires et des intervenants qui utiliseront ce modèle.

Deux membres de l'équipe du SQETGC méritent des remerciements particuliers : M. Maxime Paquet et Mme Véronique Longtin ont collaboré au projet à différents moments et dans leur domaine d'expertise spécifique. Leur participation a permis d'approfondir certaines réflexions et, par conséquent, le modèle en soi.

Il est également important de rappeler la collaboration, au début du projet, de Mme Claudine Thivierge, alors en fonction à l'INESSS. Ses connaissances relatives aux mesures de performance, tant théoriques que pratiques, ainsi que celles en lien avec les systèmes d'information des établissements ont été précieuses.

Finalement, un énorme merci aux établissements qui ont participé à la phase d'expérimentation. Cette étape incontournable a pu se dérouler avec la collaboration des répondants des établissements et de leurs collègues qui ont recueilli les données. Les constats et les ajustements ayant découlé de l'expérimentation ont permis d'améliorer le modèle. Un merci particulier aux différentes personnes-ressources qui ont contribué à l'élaboration des méthodes de collecte de données.



Julie Bouchard, ps.éd.
Conseillère en TGC, SQETGC

PRÉFACE

Garantir la qualité de vie et la sécurité des personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et manifestant un trouble grave du comportement (TGC), ainsi que celle des travailleurs œuvrant auprès de ces personnes, constitue un objectif important et un défi de taille pour les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec. En effet, compte tenu de la nature et de la complexité des problématiques rencontrées, les centres y consacrent, en comparaison avec d'autres secteurs d'activités, beaucoup d'énergie et de ressources, sans toujours ne pas savoir si leurs actions produisent les résultats souhaités.

Or, dans le contexte actuel, où la situation financière du réseau de la Santé et des Services sociaux (SSS) exige de tous les dirigeants et gestionnaires qu'ils s'interrogent sur l'efficacité de leur organisation de services et qu'ils recherchent des façons d'optimiser les ressources sans nuire au bien-être de la clientèle (MSSS, 2016)¹, ce défi prend une dimension particulière, d'autant plus qu'il n'existe pas au Québec de consensus sur la façon d'évaluer la performance spécifique d'un service en TGC.

Le volet financier est évidemment une variable importante, mais comment être certain qu'une réduction des intrants en heures-services et en soutien ne se traduira pas par une augmentation de coûts liés aux problématiques comportementales de l'usager ou aux impacts sur le personnel clinique ? Bien que plusieurs organisations cumulent des données sur différentes variables (accidents du travail, mesures de contrôle, etc.), celles-ci demeurent difficiles à interpréter en fonction d'une performance globale des services offerts.

Mis sur pied en décembre 2015 par le SQETGC et la Communauté de pratique en TGC, le projet Performance, mené par le Groupe de travail sur la performance clinique et organisationnelle en TGC, s'est donc donné comme objectif de proposer aux établissements un modèle de performance réunissant les variables cliniques et les variables organisationnelles à prendre en compte pour juger des actions qui ont le plus d'impact sur la performance des services offerts en TGC et leur capacité à améliorer la situation des usagers et leur qualité de vie.

Ce sont les résultats de ces travaux, issus de plusieurs mois de travail et d'expérimentation, qui sont ici présentés. Nous espérons que le travail accompli permettra aux CISSS et aux CIUSSS de documenter et d'améliorer la performance clinique et organisationnelle de leurs services en TGC et, par le fait même, la qualité des services offerts aux usagers présentant une DI ou un TSA et manifestant un TGC.

En terminant, je souhaiterais remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la création de ce modèle, et particulièrement les membres du groupe de travail et l'équipe projet du projet Performance, Mme Julie Bouchard, conseillère en TGC au SQETGC, et M. André Lapointe, expert-conseil au SQETGC. Même si la démarche s'est avérée exigeante et que les choix à faire ont été parfois difficiles (comme pour en arriver à seulement 20 indicateurs), ils ont su garder le projet sur la bonne voie et ont permis de jeter les bases nécessaires à la conception d'un système de mesure et de suivi de la performance organisationnelle et clinique en TGC.



Roger Guimond, Directeur administratif de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

¹ Le tout conformément à l'objectif 20 du Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020 : « Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance » (MSSS, 2016).

INTRODUCTION

Les personnes présentant une DI ou un TSA et manifestant un TGC présentent des profils complexes et variés et leurs comportements problématiques ont des impacts sur eux, sur leurs proches et sur la communauté. Ces particularités constituent un défi de taille pour les établissements qui doivent offrir des services spécialisés, intensifs et multidisciplinaires afin de répondre au mieux aux besoins des usagers.

Les services en TGC sont une préoccupation de longue date pour les établissements offrant des services aux personnes DI-TSA. Il n'est donc pas surprenant qu'au cours des dernières années, plusieurs démarches (ex. : programmes, trajectoires de services en TGC) visant à structurer et à mesurer les services aient vu le jour.

En 2010, la Fédération québécoise des CRDITED a d'ailleurs élaboré un guide de pratique en TGC « Le service d'adaptation et de réadaptation auprès des personnes ayant des troubles graves du comportement » (FQCRDITED, 2010), proposant des composantes jugées essentielles pour les services offerts aux usagers manifestant des TGC, composantes dont l'implantation dans les établissements a été mesurée sur une base annuelle par les établissements intéressés.

Le présent guide propose un modèle de performance clinique et organisationnelle multidimensionnel, complémentaire à la mesure des composantes essentielles précédemment présentée. Développés pour les services en TGC, les indicateurs qui le composent reflètent les spécificités de ces services. Une démarche pour le déployer et tirer bénéfice des résultats obtenus est aussi proposée.

La partie 1 - Présentation du projet, installe les bases du projet : son origine, les définitions des concepts principaux ainsi que ses objectifs et ses limites. On y trouve également le chapitre sur les enjeux liés à la mesure de la performance en TGC. Ce chapitre présente les valeurs qui soutiennent le projet et les risques identifiés par le groupe de travail en lien avec le modèle de performance proposé. L'ensemble des personnes impliquées dans la démarche sont invitées à lire le chapitre sur les enjeux avec attention.

La partie 2 - Démarche et méthodologie, explique le chemin parcouru pour arriver au modèle de performance actuel. Tous ceux qui cherchent à comprendre les choix du groupe de travail et la structure du modèle seront intéressés par cette partie.

La partie 3 - Collecte de données, présente l'organisation et le déroulement de la collecte de données. Les personnes responsables de la collecte de données utiliseront particulièrement cette section. Il est important de noter que les indicateurs du modèle ainsi que leurs caractéristiques sont présentés en détail dans le Guide technique « Performance clinique et organisationnelle en TGC ». Le Guide technique est un document qui sera mis à jour en fonction des différents changements des formules de calcul, de systèmes informatique ou d'indicateurs. Le guide technique est essentiel pour la collecte de données et l'interprétation des résultats.

La partie 4 - Analyse et suites à donner, propose une démarche pour tirer le maximum du modèle de performance et des résultats obtenus. Les analyses de base, évolutives et comparatives, sont abordées, ainsi que les conditions pour les réaliser. Finalement, des stratégies pour élaborer un plan d'action découlant de l'analyse des résultats et visant l'amélioration des services en TGC sont décrites. Tous les membres des équipes collaborant à l'analyse des résultats de performance ainsi qu'à la planification et à la mise en œuvre des actions sont concernés par ce chapitre.



PARTIE 1 :

PRÉSENTATION DU PROJET

1. L'ORIGINE DU PROJET

Martin Bigras, Président de la Communauté de pratique en TGC (2012-2017)

Créée en 2011, la Communauté de pratique provinciale en TGC (CdeP-TGC), commanditée et soutenue par le SQETGC, regroupe des cliniciens (spécialistes TGC) et des gestionnaires (coordonnateurs TGC) qui œuvrent en TGC au sein des CISSS et CIUSSS du Québec. Il s'agit d'un dispositif de réseautage et de partage d'expertise qui comporte, entre autres, des rencontres en présence et à distance.

C'est au cours d'une rencontre de la CdeP-TGC qu'un besoin spécifique de mesure de la performance des services en TGC a été identifié par un chef de service responsable de résidences à assistance continue (RAC). En effet, alors que plusieurs directions de son établissement suivaient certains indicateurs (déclarations d'accidents du travail, taux d'absentéisme, coûts, etc.), les données étaient parfois traitées de manière isolée, ce qui pouvait amener, par exemple, à comparer les résultats d'une RAC hébergeant des usagers TGC à d'autres hébergeant une clientèle ne manifestant pas de TGC. Les écarts observés donnaient parfois lieu à un jugement sévère nécessitant des explications et des nuances importantes. Face à cette situation, ce chef de service a manifesté le besoin que son service soit comparé à d'autres services semblables, ce qu'il a partagé à ses collègues de la CdeP-TGC.

Dans un contexte où la question de la performance prend de plus en plus d'importance et alors qu'une culture d'évaluation et de performance se développe à une vitesse variable dans les établissements, l'ensemble des membres de la CdeP-TGC, incluant les cliniciens, ont été interpellés par cette situation. Lors des discussions qui ont suivi, il a été possible de constater que 1) toutes les régions avaient amorcé des démarches d'évaluation et de suivi d'indicateurs, et que 2) plusieurs personnes ressentaient de l'isolement dans leur propre établissement, entre autres, en raison de l'absence de services comparables aux leurs.

C'est donc autour de ces enjeux que la décision de mettre en place un projet portant sur la performance a été prise. La démarche, tout en étant cohérente et proactive face aux priorités du réseau de la SSS en termes de performance, devait minimalement :

Viser l'amélioration des services, en mesurant les effets sur les usagers;

Prendre en compte l'ensemble des informations pertinentes (aspects systémiques et relations entre les indicateurs);

- Considérer le contexte de changement des établissements;
- Permettre une comparaison entre services semblables;
- Être pertinente aux réalités de gestion des services.

Il est important de rappeler que les membres du groupe de travail devaient présenter une expertise cohérente avec l'intérêt premier du projet, soit le mieux-être de la clientèle, le développement de la pratique et l'amélioration des services, et pas nécessairement en mesure ou en évaluation.

2. LES DÉFINITIONS

Les concepts de « performance » et de « services en TGC », qui peuvent varier en fonction des établissements, de la personne et des valeurs, méritent d'être définis afin de doter les lecteurs et les utilisateurs du présent modèle d'une base commune.

2.1. LES SERVICES EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

2.1.1. Les descripteurs clinico-administratifs

Dans le présent document, les usagers manifestant un TGC sont les usagers qui correspondent à l'un ou l'autre des deux descripteurs clinico-administratifs « TGC » et « TGC stabilisé accompagné de vulnérabilités importantes » identifiés dans le « Protocole d'identification des personnes présentant une DI ou un TSA et manifestant un TGC » (SQETGC, 2017). Les établissements disposent des processus et des outils nécessaires pour repérer les usagers manifestant un TGC correspondant à l'un ou l'autre des descripteurs définis ci-après.

« Le **descripteur clinico-administratif TGC** devrait être utilisé si la situation de la personne répond aux quatre critères suivants² :

- A) *Une ou des manifestations comportementales graves sont associées à une situation clinique ou à une réadaptation complexe. Elles peuvent avoir des causes multiples et sont la plupart du temps, sinon toujours, associées à des troubles concomitants.*
- B) *Les manifestations comportementales graves et multiples entraînent des préjudices sociaux ou des inadaptations sociales graves qui peuvent s'être accumulés au cours de la dernière année.*
- C) *Les manifestations comportementales graves ont eu lieu récemment (au cours des 90 derniers jours) et persistent.*
- D) *La dispensation des services est perturbée : l'usager ne répond pas aux traitements habituels reconnus, il refuse les services alors qu'il en a besoin ou les services sont limités et ne permettent pas d'offrir les interventions appropriées ».*

« Le **descripteur clinico-administratif TGC stabilisé accompagné de vulnérabilités importantes** : dans une situation où, malgré l'absence de l'ensemble des critères, les TGC antérieurs offrent une valeur prédictive quant à la possibilité de récurrence des comportements. La stabilité de la personne peut être la résultante d'aménagements environnementaux ou d'interventions appropriées, alors que les vulnérabilités de la personne, toujours présentes, peuvent la précipiter de nouveau dans un épisode de TGC si l'équilibre fragile est brisé (ex. : si les services sont retirés ou qu'il y a changement brusque dans l'environnement) ».

² Les critères détaillés sont décrits dans le rapport de recherche *l'Élaboration d'une définition de « troubles graves de comportement » commune au réseau santé et services sociaux* (Paquet et al., à paraître). Ils sont présentés ici de façon résumée; ce guide ne peut en aucun cas remplacer le texte intégral qui contient à la fois des définitions complémentaires, des exemples et des précisions. Pour en favoriser sa compréhension, le lecteur doit se référer à l'ouvrage initial.

Par conséquent, **les services en TGC** sont définis comme étant l'ensemble des services reçus par les usagers manifestant un TGC inscrits au programme DI-TSA d'un CISSS ou d'un CIUSSS. Ces services, qui sont minimalement des services d'adaptation/réadaptation, peuvent également comprendre de l'hébergement, du soutien à l'intégration au travail, etc.

2.2. LA PERFORMANCE

La définition de la performance pose un défi en ce sens qu'il n'existe pas de conception unique de ce qu'est la performance (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999). Elle varie en fonction de la conception des organisations, ce qui fait qu'un modèle unique ne peut convenir à toutes les organisations.

Le cas des services en TGC illustre bien cette situation. Les spécificités des usagers manifestant un TGC obligent une spécialisation des services, une distribution différente des ressources, une modulation de l'intensité de services, etc. La conception des services en TGC est différente de celle des services de base offerts, tout en y étant imbriquée. En corollaire, la conception de la performance pour un service en TGC est différente de celle d'un service pour des usagers ne manifestant pas de TGC.

Les quelques définitions de la performance identifiées sont plutôt larges, mais elles s'accompagnent de différents concepts plus opérationnels qui, au final, composent ce qu'est la performance. Dans le « Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance », le MSSS (2012) propose par exemple la définition suivante :

« un système de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses objectifs en matière de santé et de bien-être de la population, d'accessibilité des services, de qualité des services et d'optimisation des ressources ».

Chacune des dimensions énumérées dans la définition se ventile en caractéristiques comme la sécurité, l'efficacité, l'efficience, la viabilité, etc. Ce sont ces caractéristiques qui sont mesurées et permettent de juger de la performance d'un système.

Considérant l'origine du projet, ses objectifs et ses limites (présentés au chapitre suivant), la définition de performance retenue dans ce modèle est celle de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS, 2011) :

« un construit multidimensionnel permettant aux différentes parties de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques des organisations, et ce, en tenant compte des croyances, des connaissances, des responsabilités, des intérêts et des projets distinctifs de chacun des milieux ».

Le construit de performance pour le modèle de performance des services en TGC est lui aussi constitué de plusieurs indicateurs, répartis en quatre quadrants, qui font office de dimensions. Un poids plus important est accordé aux indicateurs représentant les objectifs premiers des services en TGC, soit la diminution des comportements problématiques et l'amélioration de la qualité de vie.

3. LES OBJECTIFS ET LES LIMITES DU PROJET

3.1. LES OBJECTIFS ET INCLUSIONS

Le principal objectif du projet Performance est de définir un ensemble d'indicateurs disposés dans un modèle validé permettant aux équipes des services en TGC de mesurer leur performance et de la comparer dans le temps ainsi qu'avec d'autres services en TGC semblables, dans le but d'améliorer les services en TGC.

Pour atteindre cet objectif, le modèle doit présenter les caractéristiques suivantes :

- Il doit mettre l'accent sur les objectifs des services en TGC, soit la diminution des comportements problématiques et l'amélioration de la qualité de vie;
- Il doit tenir compte des particularités des services en TGC quant à leur intensité, complexité, etc.;
- Il doit permettre d'isoler les services offerts aux usagers manifestant un TGC qui sont intégrés aux services d'adaptation/réadaptation donnés à la clientèle DI-TSA;

Pour ce qui est des indicateurs inclus dans le modèle, ils doivent rassembler certaines conditions :

- Ils doivent couvrir les aspects cliniques et administratifs des services en TGC, afin de pouvoir rassembler des secteurs concernés par les services en TGC autour du modèle;
- La collecte des données qui les composent doit s'avérer un exercice réaliste, exigeant le plus petit effort possible;
- Les données doivent provenir le plus possible de données existantes, idéalement disponibles dans les systèmes d'information.

Finalement, le modèle et ses indicateurs doivent être faciles à comprendre et accessibles, afin que toutes les personnes concernées par les services en TGC puissent participer à l'analyse des résultats, à l'identification de cibles d'amélioration et à leur suivi.

3.2. LES LIMITES ET EXCLUSIONS

Plusieurs éléments ont été exclus du présent projet de performance.

- **Le modèle n'est pas conçu pour être obligatoire** : le mandat du SQETGC est de soutenir le développement de l'expertise en TGC dans les établissements au Québec. Pour y parvenir, le SQETGC leur offre un éventail de services auxquels ils adhèrent sur une base volontaire. Il en va de même pour le modèle de performance.
- **Le modèle n'est ni statique ni définitif** : le modèle est appelé à évoluer, en fonction des commentaires des établissements, des données nouvellement disponibles, des changements dans les systèmes d'information, mais surtout, fort probablement en fonction de l'évolution de la réflexion sur la performance des services en TGC.
- **Le modèle ne permet pas d'isoler les résultats pour un seul usager et d'en faire un suivi individuel** : les suivis pertinents pour un usager dépendent de son profil, de ses besoins, de son milieu, etc. Les indicateurs du modèle ne sont pas utilisables sur une base individuelle, mais ils le sont pour des groupes d'usagers distincts rassemblés sous un service.
- **Le modèle ne définit pas de seuils permettant de distinguer la performance de la non-performance** : les résultats sont influencés par les types de services, l'organisation du travail,

- les profils d'utilisateurs, etc. Ils varient donc d'un établissement à l'autre et d'un milieu à l'autre à l'intérieur d'un même établissement. Il revient aux équipes concernées de juger de leurs propres résultats, en fonction des caractéristiques de leur service.
- **Le modèle n'offre pas de moyens précis pour améliorer chacun des indicateurs** : les facteurs influençant le résultat d'un même indicateur sont nombreux. Les moyens pour agir sur ces facteurs le sont encore plus. Le présent document propose un processus de réflexion permettant de parvenir à identifier des actions qui visent à améliorer les services en TGC sur la base des résultats de performance.

4. LES ENJEUX LIÉS À LA MESURE DE LA PERFORMANCE DANS LES SERVICES EN TGC

La réflexion menée lors de nos travaux sur la performance a permis de mettre en lumière plusieurs enjeux pouvant avoir des conséquences importantes tant pour les utilisateurs que pour les établissements.

Le premier enjeu, compte tenu de l'ampleur des ressources dévolues aux services en TGC, concerne l'équité. En effet, mesurer la performance clinique et organisationnelle des services en TGC met en lumière le fait que les services offerts aux utilisateurs manifestant un TGC exigent beaucoup, en termes de ressources humaines et financières, constat qui peut susciter des préoccupations d'équité dans la répartition des ressources entre différents niveaux de besoins au sein de la population.

Le deuxième enjeu en est un de compétitivité. Donner les moyens aux établissements de se comparer sur un certain nombre d'indicateurs, c'est ouvrir la porte à une compétitivité qui pourrait ne pas servir les utilisateurs manifestant un TGC et les équipes qui les entourent.

Le troisième et dernier enjeu touche l'interprétation des résultats de performance. L'analyse des résultats est une étape capitale dans le modèle de performance. La présence à cette étape d'un ou de plusieurs biais peut diminuer, voire rendre nul, l'impact de la mesure de performance sur les services en TGC, en plus de discréditer la démarche parce qu'elle n'atteindra pas ses objectifs. Plusieurs exemples de biais d'interprétation sont présentés.

Le présent chapitre traite de l'ensemble de ces enjeux et propose des pistes de réflexions pour y faire face adéquatement.

4.1. L'ÉQUITÉ

4.1.1. Les droits de l'utilisateur

Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS), tous les citoyens sont égaux en ce qui a trait à l'accès à des services de santé et à des services sociaux.

« 1. Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ». (Gouvernement du Québec, 2017a)

« 7. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins ». (Gouvernement du Québec, 2017a)

Ce critère de menace à la vie ou à l'intégrité de la personne plaide en faveur des services aux personnes manifestant un TGC, en ce sens que le TGC et ses impacts compromettent l'intégrité psychologique, et souvent même physique, de la personne.

L'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés* et l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec établissent l'égalité devant la loi de tous, notamment des personnes qui présentent une déficience mentale ou physique.

« 15. (1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques ». (Gouvernement du Canada, 2017)

« 10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap ». (Gouvernement du Québec, 2017b)

Le déni de traitement et de soutien pour les personnes qui manifestent un TGC mettrait en péril ce droit puisque cette décision placerait cette personne en situation de souffrance considérable (article 4 de la *Charte des droits et libertés de la personne*).

« 4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation ». (Gouvernement du Québec, 2017b)

Ce principe de l'égalité de tous, qui caractérise nos lois et nos chartes des droits, peut être évoqué tout autant pour défendre le droit de la personne qui manifeste un TGC et qui représente un défi pour le système de services, que pour défendre le droit de la personne qui doit subir des délais pour obtenir les services dont elle a besoin.

La *Loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux* précise pour sa part que cette universalité d'accès est garantie dans le cadre « des ressources humaines, matérielles et financières disponibles ». (Gouvernement du Québec, 2017a)

Ceci dit, comme l'universalité des services ne signifie pas des services illimités, il convient de s'assurer que les ressources consacrées aux services en TGC donnent des résultats positifs.

Or, puisqu'en intervenant réellement sur les causes du TGC, on parvient généralement à en modifier l'intensité et la fréquence (Convoy, Davis, Fox et Brown, 2002; Kincaid, Knoster, Harrower, Shannon et Bustamante, 2002; Lavigna et Willis, 2012; McClean, Grey et McCracken, 2007; Reeve et Carr, 2000), le traitement prodigué a une utilité reconnue.

Cependant, les ressources consacrées aux services en TGC ne visent pas exclusivement le traitement de la problématique. Une proportion importante de ces ressources est utilisée pour réduire ou gérer les impacts des TGC des usagers et plus on consacre de ressources aux impacts, moins il en reste pour le traitement. L'équilibre entre les ressources dédiées au traitement et celles dédiées aux impacts est difficile à atteindre.

L'ampleur des impacts engendrés par les TGC justifie donc la nécessité, voire l'obligation d'offrir des services aux personnes manifestant un TGC et ce d'autant plus qu'il est possible d'influer sur ces troubles et d'en réduire les impacts. La question se pose alors de la façon suivante : si on veut réussir à réellement améliorer la situation des personnes, quelles sont, en fonction des ressources disponibles, les meilleures pratiques d'intervention et de gestion en TGC à mettre en place?

4.1.2. Le modèle d'intervention en DI-TSA

La politique ministérielle de 2001 (MSSS) énonce très clairement la mission des services aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme :

« ... effectuer la réinsertion sociale de personnes qui vivaient en milieu institutionnel dans des ressources résidentielles de la communauté. Les principales orientations retenues visaient la valorisation des rôles sociaux (comportant le développement des capacités et des habiletés personnelles ainsi que l'amélioration de l'image sociale de la personne) et l'intégration sociale dans ses aspects physique (partager les mêmes lieux de vie que toute autre personne), fonctionnel (permettre aux personnes d'utiliser les services, lieux et équipements collectifs mis à la disposition de tous) et communautaire (bénéficier de relations variées et de qualité, d'intimité, avoir accès à des rôles et à des statuts valorisés). »

Cette préoccupation centrale, en lien avec l'intégration sociale des personnes présentant une DI ou un TSA, était déjà présente dans les politiques ministérielles précédentes (par exemple : MSSS, 1988).

L'intégration communautaire des personnes n'a pu se faire sans le développement de nouveaux services : ateliers protégés, centre d'entraînement à la vie, foyers de groupes, appartements supervisés et autres. Les ressources ont profondément évolué. Une caractéristique distinctive des personnes présentant une DI ou un TSA est d'avoir besoin de soutiens plus ou moins étendus pour composer avec le quotidien : hygiène, alimentation, déplacements, travail et entretien domestique, entre autres. L'aide offerte au quotidien ne se limite pas à assurer le gîte et le couvert, mais comprend aussi le développement des habiletés des personnes ainsi que la volonté d'agir sur leur environnement immédiat. Le modèle de service peut alors être qualifié de « personne/environnement » dans lequel les services spécialisés doivent prendre en considération chaque composante et l'interaction entre les deux.

Afin de relever ces défis très complexes, et de mettre à contribution les personnes impliquées auprès de la personne, notamment ses parents, les CRDITED³, et maintenant les CISSS et les CIUSSS, ont adopté une perspective transdisciplinaire dans laquelle les résultats n'étaient pas atteints par l'intervention parallèle d'un certain nombre de spécialistes, mais bien en utilisant ces spécialistes pour inculquer un ensemble de compétences spécialisées ajustées aux besoins de chaque personne, aux intervenants qui les accompagnent dans le quotidien ainsi qu'à leurs proches. Les préposés aux bénéficiaires initiaux ont dès lors été secondés par des éducateurs spécialisés, psychologues, ergothérapeutes, psychoéducateurs et autres.

Cette perspective transdisciplinaire a eu plusieurs avantages. Elle a permis de favoriser le maintien de la personne dans son milieu naturel, tout en lui assurant un développement optimal. L'intégration des parents comme partenaires dans l'intervention constituait, en outre, un gage de protection contre certains biais (dépersonnalisation de l'utilisateur, la déresponsabilisation et le non-respect de ses droits civiques fondamentaux), trop souvent rencontrés dans une approche purement institutionnelle des services.

Cette perspective a également permis à la grande majorité des personnes présentant une DI ou un TSA de vivre dans des milieux de petite taille, discrètement intégrés à leur voisinage et soutenus par des personnes qui y avaient leurs racines et qui pouvaient favoriser une certaine participation sociale.

Le bon fonctionnement de ce modèle repose toutefois sur un système élaboré de transmission des compétences : activités de formation, supervision et *coaching* sur le terrain, travail d'équipe pour la planification des interventions, le plus souvent jusqu'à un grand niveau de précision. La supervision professionnelle et le conseil viennent compléter ce coffre à outils à la base d'une approche transdisciplinaire. Ce modèle, qui découle des besoins de la clientèle et du type de ressources qu'on doit mettre en place pour y répondre (parents, ressources intermédiaires, préposés, assistants de réadaptation), constitue une optimisation remarquable du rendement de ces ressources.

4.2. LA COMPÉTITIVITÉ

4.2.1. Une réflexion

La tendance sera forte, une fois les tableaux de résultats des indicateurs de performance sur la table, de se comparer au voisin afin de se rassurer quant à la qualité des services que l'on offre ou que l'on gère. Certains indicateurs sont faciles à saisir. Il va de soi, par exemple, que tous les usagers qui manifestent un TGC devraient avoir une analyse multimodale de leur TGC. Le résultat optimal est clair (100 %) et l'interprétation du chiffre est facile à faire : 20 % signifient que 4 usagers sur 5 n'en ont pas. Par contre, le sens de certains indicateurs est plus ambigu. On aura alors tendance, pour interpréter cette donnée, à regarder les résultats des milieux semblables ou à demander des normes nationales.

Un autre effet pervers découlant d'un climat de compétition exacerbé consiste à vouloir travailler pour « la donnée », et à vouloir centrer ses efforts pour améliorer un score précis qui paraît mal, plutôt que pour fournir de meilleurs services globaux à l'utilisateur. À titre d'exemple, une équipe pourrait vouloir améliorer son score au « suivi des interventions » en compilant pour cet indicateur les rencontres mensuelles des professionnels où se discutent en survol les interventions auprès des usagers, même si de telles rencontres d'ordre général n'ont qu'un impact minime, voire nul, sur les épisodes de TGC des usagers.

³ Depuis le 1^{er} avril 2015, les CRDITED du Québec font partie des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

4.2.2. Quelques pistes préventives

Tout utilisateur des tableaux de résultats doit être très conscient des enjeux de compétition qu'ils peuvent générer et agir de façon à ce que les comparaisons se fassent par rapport à des cibles qui ont reçu l'adhésion de l'ensemble de ceux qui sont impliqués dans la production des services mesurés.

Le résultat obtenu à chacun des indicateurs est le produit du fonctionnement de tout un système où les actions de chacun sont tributaires et déterminantes pour les actions des autres. Un résultat, qu'il paraisse bon ou mauvais, ne doit jamais être attribué à une personne (par exemple, le chef de service) ou même à un seul groupe de personnes. L'imputabilité est systémique dans le modèle de performance en TGC.

Le développement de cibles spécifiques et exclusives à chaque milieu est une priorité pour prévenir une compétitivité primaire et malsaine (voir les chapitres 12 et 13).

L'établissement de cibles pour le service évalué permettrait de tenir compte du contexte local, en termes tant des forces que des vulnérabilités. On pourrait alors, au niveau régional, fixer des cibles supérieures pour un service qui excelle déjà sur un indicateur donné et inversement, fixer des cibles plus susceptibles d'être atteintes lorsque ses indicateurs se situent plus loin du résultat optimal.

L'établissement de cibles par type de services (par exemple, pour les services résidentiels) au niveau régional permet aussi de tenir compte de l'évolution vers ces cibles d'une année à l'autre, balisant ainsi un cheminement continu vers l'atteinte d'un niveau de performance optimal.

4.3. L'INTERPRÉTATION

4.3.1. Quelques exemples

Les exemples (fictifs) suivants permettent d'identifier tout un répertoire d'interprétations ou de décisions intempestives.

- Interpréter un indicateur unique

Autour de la RAC de l'Étoile, le taux de supervision administrative est plus élevé que dans tous les autres services semblables. On doit réduire ce taux en augmentant la charge du chef de service l'an prochain.

Une interprétation comme celle-là n'est pas optimale puisqu'elle ne porte que sur un seul indicateur, sans le mettre en relation avec les autres ni tenir compte du contexte. C'est spécifiquement pour se prémunir contre de telles interprétations qu'un modèle de performance multifactoriel et multi effets est proposé.

- Ne prendre en compte que les aspects les moins performants des services

Une personne conclut que les services spécialisés en TGC (analyse multimodale, plan d'action, monitoring) ne donnent rien en constatant que le nombre de mesures de contrôle demeure très important malgré des taux élevés aux indicateurs de services en TGC.

Une analyse qui tiendrait compte d'un plus large spectre d'indicateurs, du contexte et de certains éléments plus spécifiques, qui se cachent derrière chaque indicateur, pourrait aboutir à une action plus ciblée et plus efficace pour réduire le nombre de mesures de contrôle.

- Ignorer le contexte

Un gestionnaire conclut qu'une équipe ne fait pas le travail demandé puisque, malgré plusieurs formations « Analyse et interventions multimodales en TGC » (AIMM) et l'ajout d'un professionnel dans l'équipe, les taux des indicateurs en lien avec l'AIMM (analyse, suivi des interventions, aménagements préventifs et prévention active) demeurent très bas.

En approfondissant le contexte, le gestionnaire pourrait identifier d'autres facteurs pouvant expliquer les résultats (ex. : supplantation, manque de formation chez les professionnels, manque de ressources, etc.)

Sans le contexte, on pourrait croire à tort à la présence d'une situation problématique ou encore se tromper de causes expliquant la situation problématique et ainsi déterminer des actions correctrices qui n'auraient pas d'impact sur la qualité des services.

- Se limiter à une analyse de premier niveau

Alors que l'on constate que l'évolution de la fréquence du TGC est relativement lente, on note également que tous les indicateurs de services en TGC sont bons (ex. : tous les usagers ont un PAM-TGC), tous ont des aménagements préventifs et une prévention active à leur plan. Toutes choses étant égales par ailleurs, il faudrait alors pousser l'analyse au-delà de ce premier niveau : ces aménagements sont-ils appliqués? Est-ce qu'ils couvrent tous les facteurs de TGC?

Ainsi, il pourrait y avoir plusieurs questions secondaires sur un indicateur qui sont susceptibles d'apporter un éclairage déterminant.

- Ne se baser que sur un petit nombre d'usagers

Selon l'unité administrative analysée, les données peuvent porter sur un tout petit nombre d'usagers ou d'intervenants. Dans ces cas, la statistique peut être étonnante. Une personne qui avait manifesté une forme grave de son TGC une fois dans la première période d'évaluation et quatre fois dans la dernière période aurait une augmentation de son taux de TGC de 400 %, de quoi faire monter la moyenne de tout le groupe.

Les chiffres extrêmes, ou qui sont simplement surprenants pour ceux qui connaissent bien l'unité administrative, doivent être vérifiés dans chacune de leurs composantes avant de pouvoir en tirer des conclusions utiles. Dans le cas présenté ici, l'évolution extrême d'un seul usager fera à elle seule bouger l'indicateur des TGC de façon à ce qu'il traduise mal l'effet réel des services dans cette unité administrative.

- L'absence de résultat optimal réaliste et accessible

Il existe, pour certains indicateurs, un résultat optimal inhérent. Par exemple, 100 % des personnes qui manifestent un TGC devraient bénéficier d'une analyse multimodale. Le résultat optimal est réaliste et accessible.

Pour d'autres, le résultat optimal n'est pas réaliste ou très difficilement accessible. C'est le cas notamment de plusieurs indicateurs d'impacts. Par exemple, le résultat optimal du taux d'heures payées en santé et sécurité au travail serait de zéro, mais réalistement, il faudrait des efforts et des ressources plus qu'exceptionnels pour y parvenir. On pourrait donc être tenté de tolérer un résultat qui ne soit pas optimal, étant donné que le zéro est trop difficile à atteindre. Il est impossible de déterminer un résultat optimal réaliste et accessible pour ces indicateurs.

Néanmoins, ces indicateurs posent un problème particulier : ils reflètent une situation qui est toujours préoccupante, même si le résultat paraît « acceptable ». Par exemple, derrière l'indicateur de fréquence d'utilisation des mesures de contrôle, il y a des usagers qui ont vécu ces mesures de contrôle et des intervenants qui les ont appliquées. À partir de quelle fréquence peut-on juger que la situation n'est pas préoccupante? Est-ce que toutes les parties impliquées dans la situation (usagers, intervenants, gestionnaires, proches, etc.) auraient la même réponse?

Lorsqu'une équipe analyse un tableau de résultats, il y a un risque qu'un résultat dans les indicateurs d'impact apparaisse suffisamment bon pour qu'elle n'y porte pas une attention particulière. Or, ce

résultat traduit une réalité qui est tout autre pour les individus qui se trouvent au cœur de la situation reflétée par l'indicateur.

4.3.2. Quelques pistes préventives

- Avoir une perspective multifactorielle

Comme pour les comportements problématiques des usagers, chaque indicateur est déterminé par plusieurs facteurs dont certains sont représentés par des indicateurs en amont dans notre modèle.

Une bonne analyse doit tenir compte de l'ensemble des déterminants du phénomène analysé.

- Se rappeler qu'un seul indicateur n'est pas LA réalité

Même si un effort sérieux a été fait pour choisir des indicateurs qui témoignaient de réalités importantes dans un système de services orienté vers la production de résultats pertinents autour des TGC, il ne faut jamais confondre le chiffre (indicateur) avec la réalité qu'il prétend représenter.

- Aller au-delà de l'indicateur

Par les données : chaque indicateur est composé de plusieurs données qui, une fois rassemblées, permettent de produire le résultat. Il est possible d'étudier ces données pour mieux comprendre le résultat de l'indicateur.

Par le contexte : le résultat d'un indicateur ne présente qu'une partie de l'élément mesuré. Par exemple, un indicateur sur la présence d'un objectif de réadaptation ne témoigne pas de l'implantation ni de l'efficacité de l'objectif de réadaptation. Pour chacun des indicateurs, plusieurs sous-questions pertinentes peuvent être posées.

Par la situation reflétée : il faut voir au-delà des chiffres recueillis pour la mesure des résultats de performance. Des usagers, des proches, du personnel, etc., sont au cœur des services en TGC et, par conséquent, au cœur des indicateurs. Au moment d'analyser un résultat et de porter un jugement sur celui-ci, il convient de garder en tête comment celui-ci se traduit au quotidien dans les services.

- Réaliser l'interprétation des résultats en équipe

Un travail d'équipe, dans lequel les intervenants et les gestionnaires de premier niveau ont un rôle important à jouer comme témoin des variables contextuelles ayant pu influencer l'indicateur analysé est indispensable pour bien comprendre la réalité complexe que reflète un indicateur. Une participation élargie à l'analyse et à l'identification d'objectifs de performance constitue déjà un premier pas en ce sens.



PARTIE 2 :

DÉMARCHE ET MÉTHODOLOGIE

5. LES PERSONNES IMPLIQUÉES

5.1. LE GROUPE DE TRAVAIL

Constitué de membres de l'exécutif de la Communauté de pratique en TGC (CdeP-TGC), de l'équipe du SQETGC, et de l'équipe projet, le groupe de travail sur la performance avait la responsabilité de définir les orientations du projet.

Les **membres de l'exécutif de la CdeP-TGC** présents ont apporté une contribution importante quant à la faisabilité du projet. Provenant des établissements, ils ont eu la préoccupation constante que le projet demeure ancré dans la réalité des services en TGC, certains ayant même expérimenté des démarches nécessitant un suivi d'indicateurs dans le passé.

Les membres de l'exécutif de la CdeP-TGC ayant collaboré au groupe de travail sont :

- Martin Bigras, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ;
- Yves Beaulieu, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ;
- Michel Mercier (décembre 2015 à mai 2016), CISSS de Chaudière-Appalaches ;
- Sophie Méthot (mai 2016 à mai 2017), CISSS des Laurentides.

Véronique Longtin, Maxime Paquet et Roger Guimond de l'**équipe du SQETGC** ont également fait partie du groupe de travail.

5.2. L'ÉQUIPE PROJET

Responsable de planifier et de réaliser le projet, l'équipe projet se compose de Julie Bouchard, conseillère en TGC au SQETGC, et d'André Lapointe, expert-conseil au SQETGC.

Claudine Thivierge (INESSS) a été sollicitée comme troisième collaboratrice dans les premiers mois du projet. Madame Thivierge a, dans le passé, activement collaboré à la démarche de mesure de la performance mise en place par la Fédération québécoise des CRDITED et ses connaissances en termes de système d'information et de données administratives ont été précieuses dans l'étape de sélection des indicateurs.

5.3. LES AUTRES COLLABORATIONS

Plusieurs autres personnes ont collaboré directement à définir, élaborer et valider le modèle de performance clinique et organisationnelle.

Des personnes-ressources, provenant du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et du CISSS de la Montérégie-Ouest, ont permis de valider la crédibilité des indicateurs de différents secteurs administratifs et de définir la méthode de collecte de données de ces indicateurs.

La Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du MSSS a aussi collaboré au projet, notamment en contribuant à définir la méthode de collecte de données au SIPAD.

Finalement, il convient de souligner la collaboration exceptionnelle des quatre établissements ayant participé à l'expérimentation du modèle. Les conclusions tirées de cette expérimentation ont permis d'améliorer significativement le modèle de performance, des indicateurs sélectionnés aux défis d'organiser une collecte de données. Les établissements ayant participé à l'expérimentation et leur répondant sont :

- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Yves Beaulieu;
- CISSS Laurentides, Marie-Hélène Gariépy;
- CISSS de Chaudière-Appalaches, Élise Lapointe;
- CISSS de la Montérégie-Ouest, Nicolas Léger-Bourgoin.

6. LA SÉLECTION DES INDICATEURS

Comme les indicateurs sélectionnés doivent soutenir la crédibilité du modèle aux yeux des personnes qui le consulteront, leur choix a été une étape importante pour l'équipe projet et le groupe de travail du modèle de Performance clinique et organisationnelle en TGC.

Le modèle, qui vise à rassembler des personnes de différents secteurs d'un établissement, doit permettre à chacun de trouver son compte dans les indicateurs retenus et de se sentir directement interpellé par au moins un indicateur. Plus encore, les indicateurs doivent être reconnus comme étant des indicateurs pertinents, voire incontournables, par les personnes du secteur qu'ils concernent.

En outre, le type et la quantité d'indicateurs présents dans le modèle détermineront en grande partie la faisabilité de la démarche dans les établissements. Des indicateurs trop complexes à obtenir ou trop nombreux nécessiteraient des ressources qui pourraient être jugées trop importantes pour les établissements et les conduiraient de ce fait à renoncer à mesurer la performance de leurs services en TGC.

De plus, le simple fait de mesurer un aspect traduit l'importance qu'on lui accorde. Il y a là une opportunité de faire valoir l'importance de certains aspects des services en TGC qui sont parfois négligés auprès des différentes personnes impliquées, de près ou de loin, dans ces services.

En résumé, les indicateurs du modèle doivent être en nombre réduit, diversifiés, crédibles et avoir un lien clair avec les services en TGC. Ces exigences ont guidé la démarche structurée de sélection des indicateurs présentée dans ce chapitre.

6.1. LE REPÉRAGE ET L'ANALYSE DE DÉMARCHES EN ÉTABLISSEMENT

Il apparaît rapidement que, dans le passé, plusieurs établissements du réseau ont déjà entrepris des démarches comprenant la mesure de différents indicateurs de services en TGC. Même si ces démarches ne visaient pas la mesure de la performance des services (ex. : évaluation de programme, projet d'organisation du travail, etc.), elles ont pu contribuer à la sélection des indicateurs. Il n'y a pas eu d'appel à tous ou de recherche exhaustive dans l'ensemble des établissements. Les membres du groupe de travail ont été en mesure de fournir des informations pour sept démarches.

Chaque démarche a été analysée (visées, indicateurs inclus, méthodes pour recueillir les informations) sans que les résultats aux indicateurs et l'atteinte des objectifs n'aient été pris en compte. Plusieurs constats ont alors été dégagés.

En premier lieu, les démarches visaient principalement à documenter une situation de nature administrative ou organisationnelle, et non de nature clinique. Des secteurs non cliniques, comme les ressources humaines ou la gestion des risques, ont amorcé les démarches à la suite d'une situation problématique qui les concernait dans le service en TGC. Le choix des indicateurs est influencé par le secteur qui amorce la démarche. Les indicateurs sont choisis en fonction de ce que le secteur identifie comme pouvant avoir un lien avec la situation problématique et en fonction des informations qu'il sait disponibles. Toutefois, plusieurs indicateurs peuvent avoir été laissés pour compte, soit parce que le secteur ne connaissait pas leur existence, soit parce qu'il ne pensait pas qu'ils pouvaient avoir un lien avec la situation problématique. Ainsi, les indicateurs retenus dans les démarches n'offrent qu'une vision fragmentée des services en TGC.

En deuxième lieu, les indicateurs cliniques sont en petit nombre et sont parfois relégués au second rang. Cela s'explique principalement par les objectifs des démarches qui sont plutôt de nature administrative. Il peut y avoir une méconnaissance de la disponibilité des données cliniques et de l'impact du travail clinique sur des situations administratives. Pourtant, le travail clinique en TGC a un lien direct avec tous les autres secteurs. Par le simple fait qu'il vise la diminution des comportements problématiques des usagers, son impact sera observable sur les accidents du travail, la rétention du personnel, les services techniques, les mesures de contrôle, etc. C'est donc dire que la solution aux problèmes, administratifs ou autres, d'un service en TGC peut et doit passer par le travail clinique auprès des usagers. Or, les indicateurs cliniques inclus dans les démarches étudiées ne reflètent pas l'importance du travail clinique en TGC.

En dernier lieu, même si les indicateurs peuvent varier d'une démarche à l'autre, certains aspects sont mesurés dans la majorité, voire la totalité des démarches. Par exemple, l'utilisation de mesures de contrôle, qui était présente dans la totalité des démarches repérées, était mesurée de différentes manières (par fréquence, par type, par la fermeture des mesures planifiées, etc.). Quoiqu'il en soit, la présence constante de ces aspects dans les démarches indique que les établissements les considèrent comme des incontournables et donc, qu'ils sont attendus dans le modèle de performance.

Finalement, cet exercice a été précieux pour la sélection des indicateurs. Les constats ont permis d'établir les bases de la liste des indicateurs potentiels, ainsi que des critères de sélection des indicateurs faisant partie du modèle.

6.2. LA LISTE D'INDICATEURS POTENTIELS

Afin de dresser un portrait d'ensemble des possibilités, une première liste des indicateurs potentiels a été produite. Cette liste a été débutée avec les incontournables identifiés dans les démarches d'établissement, puis d'autres indicateurs pouvant avoir un lien avec les services en TGC y ont été ajoutés, sans se limiter au niveau de la faisabilité. Les différentes variations possibles des indicateurs ont aussi été listées. Par exemple, pour un aspect précis, plusieurs indicateurs différents pouvaient être listés, tout en sachant qu'un seul serait probablement retenu pour le modèle de performance.

Cette liste a permis d'avoir une base solide pour ensuite y appliquer les critères de sélection.

6.3. LES CRITÈRES DE SÉLECTION DES INDICATEURS

Afin de s'assurer d'avoir les meilleurs indicateurs possible, plusieurs critères ont été identifiés.

Le lien avec les services en TGC : le lien et la force du lien entre l'indicateur et les services TGC devaient apparaître comme importants, l'indicateur doit être vu comme un incontournable pour la compréhension des services TGC.

La reconnaissance par les secteurs concernés : l'analyse des démarches en établissement citée précédemment a contribué à identifier les indicateurs reconnus comme pertinents par les secteurs concernés. Au besoin, des personnes-ressources des différents secteurs ont été consultées pour s'en assurer.

L'accessibilité : les données nécessaires doivent être trouvées facilement, idéalement à travers un système d'information existant. Les autres démarches exigées des établissements ont aussi été mises à profit, afin de maximiser l'utilisation des données recueillies et ainsi éviter le dédoublement du travail (par exemple, la collecte de données sur l'implantation des composantes essentielles du Guide de pratique en TGC). L'effort humain doit être minimal.

L'uniformité d'un établissement à l'autre : les indicateurs doivent pouvoir être mesurés de la même manière dans tous les établissements ou dans la très grande majorité d'entre eux. Il faut donc être en mesure d'extraire les données à partir de systèmes ou de mécanismes normalisés ou balisés, ou encore de suffisamment bien définir l'indicateur pour que l'ensemble des établissements le mesure de la même manière.

Exemple : plusieurs manières existent pour mesurer l'aspect des mesures de contrôle; Par fréquence d'utilisation? Par durée d'utilisation? Pour les mesures en contexte planifié ou non planifié? Pour quels types de mesures? Etc. Après avoir appliqué les critères de sélection, une ébauche d'indicateurs a été élaborée. Puis, en discutant avec une gestionnaire des risques, il est apparu qu'une donnée de l'indicateur serait très difficile, voire impossible à obtenir. L'indicateur a donc été précisé pour en arriver à sa forme actuelle.

Exemple : le groupe de travail avait à cœur d'inclure l'aspect du roulement de personnel dans les indicateurs. Toutefois, après plusieurs séances de travail, il est apparu impossible d'arriver à un indicateur qui ait un lien clair avec les TGC et qui soit composé de données accessibles et uniformes d'un établissement à l'autre. Il a donc été jugé préférable de ne pas mobiliser des ressources à mesurer cet indicateur.

6.4. LA MESURE DES INDICATEURS

Chaque indicateur est composé de plusieurs données. Certaines données sont utilisées pour plus d'un indicateur. Compte tenu de la diversité des indicateurs, les données proviennent de différents secteurs.

Un établissement doit recueillir ces données afin d'en calculer les résultats aux indicateurs et, ultimement, de produire le tableau de résultats à analyser.

Pour chaque donnée, la méthode de collecte a été définie avec la collaboration de personnes-ressources provenant du secteur concerné. Si une méthode de collecte n'a pas de sens pour certains, les personnes du secteur concerné s'y reconnaissent et sont en mesure d'extraire la bonne information à l'aide de la méthode de collecte.

7. L'ORGANISATION DES RÉSULTATS

La présentation des résultats du modèle de performance doit être organisée d'une manière qui facilite l'interprétation et qui permette l'analyse.

7.1. LE TABLEAU À QUATRE QUADRANTS

Les indicateurs et leurs résultats sont distribués dans un tableau à quatre quadrants. Ce tableau vise à rendre plus conviviales la lecture et l'analyse des résultats.

	INTRANTS	RÉSULTATS
Indicateurs principaux	<i>Services</i>	<i>Effets</i>
Indicateurs secondaires	<i>Coûts</i>	<i>Impacts</i>

La colonne de gauche, « Intrants », contient les indicateurs qui sont les ressources et les efforts investis dans le service en TGC. La colonne de droite, « Résultats », présente les indicateurs qui sont les fruits des intrants.

La ligne supérieure, « Indicateurs principaux », est composée des indicateurs qui sont prioritaires pour les services en TGC. Ce sont les indicateurs qui ont le meilleur potentiel d'amélioration et le plus d'influence sur les autres indicateurs. La ligne inférieure, « Indicateurs secondaires », rassemble les indicateurs qui, tout en étant des incontournables en TGC, ne font pas partie de la mission principale des services en TGC.

Selon son rôle, l'attention de la personne qui s'intéresse au tableau sera probablement attirée vers le quadrant qui la concerne le plus. Le tableau devrait toutefois permettre à tous de naviguer d'un quadrant à l'autre, d'un indicateur à l'autre. De plus, pour les raisons déjà évoquées au chapitre 4, il est fortement recommandé de faire l'analyse et l'interprétation des résultats de performance d'un service en TGC en collaboration avec des personnes impliquées directement dans le service en question.

7.2. LE CLOISONNEMENT PAR UNITÉ ADMINISTRATIVE

Les services en TGC d'un établissement sont souvent intégrés dans les services « réguliers », c'est-à-dire qu'ils ne sont pas centralisés, mais plutôt dispersés dans l'ensemble de l'établissement. Qui plus est, à l'intérieur d'un même établissement, les services en TGC offerts aux usagers peuvent varier d'un milieu à l'autre. Ces constats représentent un défi dans l'organisation des résultats. En effet, si un établissement veut poser des actions précises pour améliorer un service en TGC, il doit être en mesure de l'identifier.

La solution proposée par le modèle de performance est de cloisonner les résultats par unité administrative. Ces cloisonnements sont déjà bien établis dans les établissements et utilisés quotidiennement par les différents secteurs. Ils sont donc mis à profit pour le modèle de performance.

L'organisation des résultats par unité administrative offre plusieurs avantages. Elle permet aux équipes des unités administratives de se pencher sur leurs propres résultats, plutôt que sur des résultats plus globaux qui ne reflètent peut-être pas leur réalité. Elle permet aussi aux unités administratives semblables de se comparer entre elles et de s'inspirer les unes des autres pour améliorer leurs pratiques. Elle facilite aussi la collecte de données avec les différents systèmes d'information, puisque les unités administratives sont utilisées dans l'ensemble des secteurs d'un établissement, tant cliniques d'administratifs. Surtout, l'organisation des résultats par unité administrative permet à un établissement de mieux cibler quels efforts mettre et où les mettre afin d'améliorer les pratiques en TGC. Cela peut, par exemple, éviter de déployer une formation à l'ensemble de l'établissement pour améliorer un des aspects, alors qu'en fait seules quelques unités administratives en bénéficieraient.

Quelques éléments doivent toutefois être pris en compte. Il revient à l'établissement de choisir son « niveau » de cloisonnement (par exemple, milieu service ou UA3), en se rapprochant le plus possible des équipes ou milieux observés naturellement dans l'établissement. L'établissement doit aussi s'assurer d'avoir un nombre suffisant d'usagers manifestant un TGC (minimale 5) dans l'unité administrative. Un trop petit nombre d'usagers rendrait l'interprétation des résultats plus difficile. Il est cependant possible de combiner des unités administratives pour en augmenter le nombre d'usagers (par exemple, deux RAC qui hébergent chacune 4 usagers manifestant un TGC chacune sont combinées et les résultats sont communs aux deux unités administratives).

7.3. LES RÉSULTATS PAR USAGER

La distribution des usagers manifestant un TGC dans un établissement varie en fonction de plusieurs facteurs : la présence de plusieurs ressources non institutionnelles (RNI) sur un territoire, la taille d'un service d'hébergement, etc. Elle peut aussi varier dans le temps. Afin de rendre les résultats comparables d'un milieu à l'autre et d'une année à l'autre, indépendamment des variations du nombre d'usagers, les résultats sont calculés par usager. Ainsi, les résultats sont présentés sous forme de moyennes par usager ou de taux (en pourcentage).

7.4. L'ANNÉE FINANCIÈRE

Étant donné que les secteurs administratifs et certains secteurs cliniques structurent leurs données en fonction de l'année financière, cette période a été retenue pour définir la période couverte par le modèle de performance. Ainsi, pour certains indicateurs, il faut mesurer leur présence ou leur statut en date du

31 mars de l'année mesurée. Pour d'autres indicateurs, il faut cumuler les informations du 1^{er} avril de l'année précédente au 31 mars de l'année mesurée.

8. L'EXPÉRIMENTATION EN ÉTABLISSEMENTS

8.1. LES OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION EN ÉTABLISSEMENTS

Prévue dès les premières discussions sur le projet, l'expérimentation en établissements, du modèle de performance et de ses indicateurs était une étape essentielle pour s'assurer de la crédibilité et du réalisme du modèle.

Les objectifs de cette expérimentation étaient de :

- **Valider en contexte réel les méthodes de collecte des données** afin de s'assurer que les méthodes permettent d'obtenir les données et que celles-ci rendent possible le calcul du résultat des indicateurs.
- **Valider en contexte réel les indicateurs** afin de vérifier qu'il est possible de les « faire parler » entre eux et de valider s'ils ont du sens pour le service en TGC ciblé.
- **Documenter l'effort nécessaire pour recueillir les données** afin d'avoir une estimation de l'effort exigé et des secteurs où l'effort est plus important, et ce, en prévision du déploiement du modèle dans les établissements.

8.2. LA DÉMARCHE D'EXPÉRIMENTATION

Les établissements qui ont participé à l'expérimentation se sont portés volontaires ou ont été sollicités pour le faire. Ils devaient s'engager à expérimenter le modèle pour au moins dix usagers manifestant un TGC répartis en deux unités administratives. Les unités administratives ciblées devaient présenter des profils variés en termes de types de services (hébergement et soutien aux milieux et familles), d'âge, de diagnostic, etc. Il était aussi essentiel qu'ils utilisent les méthodes de collecte de données prédéfinies, même s'il pouvait sembler plus facile et rapide de le faire autrement, compte tenu du petit nombre d'usagers inclus dans la démarche. En contrepartie de leur participation, les établissements ont obtenu les tableaux de performance de ces unités administratives. Ils ont reçu une première série de résultats, qui leur a permis de cibler des améliorations et de comparer ces résultats avec ceux des années suivantes. Du soutien, dans l'interprétation des résultats et dans l'identification d'améliorations possibles, leur a aussi été offert.

Chaque établissement participant a dû cibler un répondant qui agissait à titre d'interlocuteur principal pour l'expérimentation. Chaque répondant a reçu des fiches de collecte de données et un fichier pour y rassembler les données obtenues; la période de collecte de données a duré au moins deux mois pour chaque établissement. Ils ont également reçu du soutien, sur demande, en cas de difficultés ou de questionnements.

Les quatre établissements participants ont pu mener toutes les étapes de l'expérimentation. Un seul a cependant été en mesure d'obtenir des résultats pour l'ensemble des indicateurs. Certaines données ont en effet été impossibles à obtenir pour les trois autres, principalement pour des raisons de délais et de difficultés à contacter les personnes en mesure de fournir les données. Au final, comme les données manquantes varient d'un établissement à l'autre, chaque donnée et chaque indicateur ont été expérimentés dans au moins deux établissements.

8.3. LES CONSTATS ET LES AJUSTEMENTS À LA SUITE DE L'EXPÉRIMENTATION

Les questions, préoccupations et commentaires des établissements participants ont été recueillis tout au long de la démarche, mais ce sont les rencontres bilans qui ont permis de rassembler ces informations et de dégager des constats dont certains sont présentés ci-après. Il est à noter que les ajustements découlant de ces constats ont été faits et sont intégrés dans le modèle actuel.

8.3.1. Les constats au sujet de la validation de la méthode de collecte de données

Certaines données sont plus difficiles à obtenir : c'est le cas principalement des données qui doivent être recueillies « manuellement », c'est-à-dire autrement que par l'entremise d'un système d'information. Ces données sont aussi généralement recueillies usager par usager, ce qui requiert un effort plus important.

Les données à recueillir sont réparties dans plusieurs secteurs : le fait que chaque secteur n'ait que quelques données à recueillir est avantageux en termes d'effort à fournir, mais implique de s'arrimer avec plusieurs personnes et leurs supérieurs, ainsi qu'avec les responsables des autres projets de ces secteurs.

On remarque un manque de fiabilité de certaines données : dès la collecte, certaines données apparaissent peu ou pas fiables, notamment parce que les règles de saisie des informations ne sont pas toujours suivies à la lettre par l'établissement ou encore parce qu'il y a une manière différente d'inscrire les informations dans un secteur donné.

8.3.2. Les constats au sujet de la validation des indicateurs

Certains indicateurs sont « parlants », d'autres le sont moins : les indicateurs qui sont les plus parlants sont ceux que l'on rencontre fréquemment dans les démarches d'établissements, ceux qui ont des cibles à atteindre évidentes ainsi que ceux qui sont surprenants. Les autres, sans balises ou sans comparatif, sont plus difficiles à interpréter même si certaines stratégies peuvent aider (ex. : ramener le résultat par semaine plutôt que par année). En fait, c'est souvent au moment de mettre en relation les résultats de différents indicateurs entre eux qu'ils prennent tout leur sens.

Un indicateur reflétait mal la réalité : les données à recueillir et la méthode de calcul ont été ajustées.

8.3.3. Les constats au sujet de l'effort nécessaire pour recueillir les données

C'est au moment de s'arrimer avec les différents secteurs que l'effort à fournir est le plus important : cette étape se situe en amont, quand vient le moment de repérer, informer et suivre les personnes-ressources de ces secteurs. Plus il y a de secteurs concernés, plus l'effort est important.

L'effort à fournir sera probablement moins important dans les démarches futures : dans les prochaines années, quand viendra le temps de solliciter les mêmes secteurs pour la collecte de données, le modèle de performance sera mieux connu et les personnes-ressources sauront de quoi il est question. L'effort pour les solliciter sera moins grand, tout comme l'effort de leur part pour extraire les données.

L'effort en vaut la peine : c'est le constat le plus important de cette expérimentation. Aucun établissement n'a dit que la collecte de données était facile, bien au contraire. Tous ont affirmé avoir appris sur les services en TGC avant même de voir les résultats, certains ayant même mis en place des actions au moment de la collecte de données. Cependant, c'est au moment d'analyser les résultats qu'ils y ont vu le plus de bénéfiques. Les efforts prenaient alors tout leur sens. Tous les établissements participants ont nommé vouloir répéter l'expérience dans l'avenir.

8.3.4. D'autres constats et ajustements

Le repérage, le suivi et la collaboration avec les personnes-ressources des différents secteurs sont primordiaux : pour le répondant d'une collecte de données, ce sont les aspects les plus exigeants. Si une personne-ressource ne fournit pas une donnée, ce sont plusieurs indicateurs qui peuvent être touchés. Aussi, certains responsables se sont dotés d'outils complémentaires et de collaborateurs afin de les soutenir dans ces tâches.

La période idéale pour la collecte des données varie d'un établissement à l'autre : aucune période déterminée ne semble faire l'unanimité chez les établissements participants. Chacun avait toutefois une idée de la meilleure période pour son établissement.

L'ancrage organisationnel est absolument essentiel : positionner le projet comme une priorité et avoir la collaboration d'un cadre avec une influence transversale qui l'appuie auprès des différents secteurs sont des conditions essentielles au bon déroulement de la collecte de données. Cela permet de faciliter et d'accélérer l'obtention des données, autrement compromise.



PARTIE 3 :

LISTE DES INDICATEURS ET COLLECTE DE DONNÉES

9. L'ORGANISATION D'UNE COLLECTE DE DONNÉES

Note : Chaque indicateur (caractéristiques, méthode de collecte, pistes d'interprétation) est présenté dans le Guide technique « Performance clinique et organisationnelle en TGC ». Ce document suit les mises à jour du modèle de Performance clinique et organisationnelle des services en TGC et est essentiel pour la collecte de données et l'interprétation des résultats.

Primordiale dans le modèle de Performance, l'étape de la collecte de données consiste à rassembler l'ensemble des données nécessaires pour calculer les résultats des indicateurs du modèle.

Afin de refléter au mieux la complexité des services en TGC, le modèle de performance se veut multifactoriel et systémique. Les données se trouvent réparties dans plusieurs secteurs d'un même établissement : ressources humaines, gestion des risques, finances, équipes cliniques, etc. Comme ces données sont interreliées, l'absence d'une seule d'entre elles peut avoir une incidence sur plusieurs indicateurs. Le tableau de résultats serait alors incomplet et offrirait une vision parcellaire des services en TGC. Recueillir l'ensemble des données est un défi important et il peut être pertinent de considérer la collecte de données comme un projet à part entière et de la positionner comme tel au sein de l'établissement.

Ce chapitre présente quelques-unes des conditions favorisant le succès de la collecte de données. Elles ont été identifiées en collaboration avec les établissements ayant participé à l'expérimentation du modèle de performance et ayant donc déjà réalisé une collecte de données. Plus encore, l'ensemble des stratégies portant sur la gestion de projet pourraient être aidantes au moment de la collecte de données. Un établissement a tout intérêt à solliciter la participation d'une personne ayant des compétences en gestion de projet pour cette étape.

9.1. L'ANCRAGE ORGANISATIONNEL

L'élément le plus important pour organiser une collecte de données est son ancrage organisationnel. La collecte de données concerne plusieurs directions et services de l'établissement, déjà très sollicités de part et d'autre. L'appui et le soutien d'un ou de plusieurs gestionnaires qui ont une influence transversale sont primordiaux. Selon les structures des établissements, il peut s'agir d'un directeur, d'un coordonnateur TGC, etc.

Le rôle de ce gestionnaire est varié. Il porte, au besoin, le modèle de performance et sa collecte de données auprès de ses collègues gestionnaires, s'assure de l'accès aux personnes des différents secteurs concernés, prévient et règle différents problèmes liés à la collaboration ou à la disponibilité des personnes des différents secteurs et soutient le répondant de la collecte de données.

L'ancrage organisationnel ne se limite pas à l'importance de la performance des services. La collecte de données, exigeante, mais indispensable, doit recevoir l'appui des gestionnaires. Les étapes du projet qui suivent (analyses en équipe, plans d'action, etc.) dépendent de la collecte de données. Or, sans ancrage organisationnel fort, le succès de la collecte de données peut être compromis; l'ensemble de la démarche est donc tributaire de cet ancrage.

9.2. LE MOMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES

Chaque établissement a plusieurs projets, démarches, processus et exigences d'ordre local et national à son calendrier annuel. La collecte de données doit s'inscrire dans ce calendrier, au moment identifié par l'établissement comme étant le meilleur.

Certaines données de l'année financière ne sont pas officiellement disponibles avant la mi-juin (par exemple, celles provenant du rapport financier), ce qui rend impossible l'achèvement de la collecte de données avant cette date. En outre, plus on retarde la collecte, plus on retarde les étapes subséquentes, incluant la mise en œuvre des actions visant à améliorer les services. Un délai trop long entre la fin de l'année financière (période couverte par le modèle) et la mise en œuvre des actions pourrait poser deux problèmes : 1) les actions correspondent à la réalité des services au 31 mars, mais pas à la réalité actuelle qui a évolué depuis, et 2) il reste peu de temps avant la fin de l'année financière, donc peu de temps pour que les changements découlant des actions paraissent dans le tableau des résultats de performance de l'année suivante.

De plus, la durée de la collecte de données doit être suffisamment longue pour que toutes les personnes sollicitées aient le temps de rassembler les données nécessaires, sans oublier qu'il peut exister des imprévus et des urgences.

9.3. LE RÉPONDANT

Il est recommandé d'identifier dans l'établissement un répondant, c'est-à-dire une personne responsable de coordonner la collecte de données. Le répondant doit avoir les disponibilités, les compétences et l'autorité pour exercer son rôle. Il peut faire partie des services en TGC ou provenir d'une autre direction; une bonne connaissance des services en TGC et de leurs enjeux est cependant un atout.

Le répondant peut s'entourer de collaborateurs qui le soutiendront pour différents aspects de la collecte; il est recommandé que les communications soient centralisées au répondant.

En cas de problème, le répondant pourrait avoir besoin du soutien d'un cadre. Le canal de communication doit donc être établi d'avance afin d'éviter d'induire des délais dans la collecte de données.

9.4. LES PERSONNES-RESSOURCES

Il est utile d'identifier tôt dans la démarche les personnes-ressources des différents secteurs de même que leurs coordonnées. Une même personne-ressource peut être désignée pour plusieurs données, unités administratives ou usagers. Par la suite, il est recommandé de contacter chacune d'entre elles, de leur présenter sommairement le modèle de performance et la collecte de données et de leur remettre la liste des données dont elles sont responsables, ainsi que les méthodes de collecte.

La collaboration des personnes-ressources est précieuse. L'obtention des données dépend d'elles et il est fort probable qu'elles seront à nouveau sollicitées dans le cadre du modèle de performance, soit au moment des analyses, soit lors de la collecte de l'année suivante.

9.5. LE BILAN

Une fois la collecte de donnée terminée, un bilan s'impose. La première raison justifiant ce bilan est d'apprendre des réussites et des problèmes rencontrés afin d'ajuster la démarche l'année suivante. D'autres démarches semblables peuvent aussi bénéficier de ces conclusions.

La deuxième raison ne concerne pas directement la mesure de performance des services en TGC. La collecte de données en soi peut révéler différentes situations problématiques dans l'établissement, comme des problèmes de communications entre des secteurs, des problèmes reliés aux systèmes d'information, des problèmes dans la saisie des informations, etc. Il y a là une belle occasion pour un établissement de repérer et de résoudre certains de ces problèmes.

The background features a light gray network diagram with nodes and connecting lines, and a grid of squares in the lower right. A large white circle is centered on the page, partially overlapping the network diagram. An orange square is on the left side, and an orange circle is at the bottom center.

PARTIE 4 :

ANALYSE ET SUITES À DONNER

10. LES CONDITIONS POUR ANALYSER DES RÉSULTATS DE PERFORMANCE

Une analyse adéquate des résultats de la performance requiert la présence de certaines conditions préalables. Les conditions considérées comme incontournables sont présentées dans le présent chapitre. Certains établissements ou milieux peuvent toutefois ajouter d'autres conditions, dans la mesure où elles n'entrent pas en contradiction avec celles énumérées ci-après.

10.1. LES PERSONNES IMPLIQUÉES

Toutes les personnes qui sont en mesure de contribuer à l'analyse, en apportant des explications sur les résultats de performance, peuvent être impliquées. Ces personnes proviennent de différents secteurs de l'établissement et c'est la mise en commun des connaissances de tous qui permettra de trouver les meilleures explications.

Par ailleurs, les personnes qui sont très proches de la réalité quotidienne des services offerts aux usagers TGC de l'unité administrative, qui connaissent notamment les usagers manifestant un TGC et leur profil, les éducateurs, l'organisation du travail et la culture de l'unité administrative, doivent **obligatoirement** être présentes lors de l'analyse des résultats et lors des analyses comparatives. Un chef de service, un spécialiste en activités cliniques (SAC) ou un psychoéducateur ainsi que les éducateurs et autres intervenants sont donc les personnes tout indiquées pour participer à l'analyse. Sans leur contribution, l'analyse des résultats manquerait de contexte et risquerait de rater son objectif. De plus, la collaboration de ces personnes sera précieuse quand viendra le temps d'élaborer et mettre en œuvre le plan d'action. Leur implication dès l'analyse favorisera en outre leur adhésion au plan d'action.

Dans les prochaines pages, le terme « équipe » fait référence à l'ensemble des personnes impliquées dans l'analyse.

10.2. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉQUIPE

Les personnes impliquées doivent toutes avoir une connaissance minimale du modèle de performance. Le présent document peut être d'une aide précieuse et l'équipe devrait avoir lu minimalement la partie 4. D'ailleurs, il est suggéré de l'avoir sous la main au moment de l'analyse, afin que les personnes s'y réfèrent au besoin.

On s'attend de chaque personne impliquée qu'elle fasse preuve d'ouverture et de compréhension. Chaque secteur rencontre son lot de défis et de situations exceptionnelles, qu'on ne connaît pas toujours. En outre, chaque personne a une vision des services qui est teintée par son secteur, son expérience, ses valeurs, etc. La mise en commun des connaissances de chacun n'est possible que si les autres la permettent.

Finalement, toute l'équipe doit participer à l'analyse en gardant en tête l'objectif qui est d'améliorer les services en TGC.

10.3. LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Comme il serait étonnant qu'un établissement parvienne à obtenir une fiabilité des données parfaite pour l'ensemble des indicateurs, chaque équipe devra analyser les résultats en tolérant un certain niveau de non-fiabilité.

Toutefois, si un indicateur particulier a une très faible fiabilité, ou s'il a été impossible d'obtenir les données, il est préférable que cet indicateur soit identifié comme tel dans le tableau de résultats. Dans ce cas, l'équipe n'en tiendra pas compte dans son analyse. Il est cependant important qu'on se penche sur les mesures à prendre pour corriger cette situation.

11. LES ANALYSES DES RÉSULTATS

Le modèle de performance comprend plusieurs indicateurs répartis dans le tableau à quatre quadrants, introduit au chapitre 7. Ce tableau permet de présenter les résultats et de faire les analyses. Il ne permet toutefois pas de comprendre comment les groupes d'indicateurs interagissent entre eux.

Le schéma qui suit illustre la synergie des indicateurs.

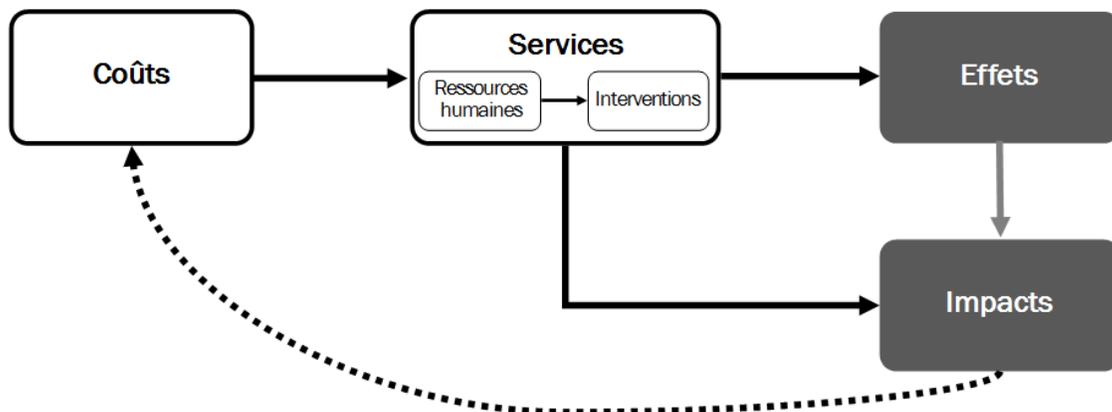


Figure 1 - Représentation dynamique du modèle de performance

On distingue dans ce schéma les intrants, en blanc, et les extrants (résultats) en gris. Les flèches indiquent la direction de l'action de chacun des groupes sur les autres. On constate, entre autres, que les services sont influencés par les montants qui y sont investis. Le groupe des services se compose de deux sous-groupes qu'on identifie comme étant le déploiement des ressources humaines et les interventions. Il existe entre les deux, un lien de dépendance direct. On constate également que certains indicateurs ont une influence sur plusieurs groupes d'indicateurs. Par exemple, les services influenceront autant les effets que les impacts. Certains groupes d'indicateurs varient en fonction de plus d'un groupe en amont, comme dans le cas des impacts, résultant à la fois des services et des effets.

Les services influencent directement les effets (c.-à-d. les objectifs des services en TGC : diminuer et prévenir les comportements problématiques et la qualité de vie). La qualité et l'intensité du service offert se reflèteront dans les indicateurs d'effets. Il n'y a pas de lien direct entre les coûts et les effets : cela passe nécessairement par les services.

Les impacts quant à eux dépendent en même temps des services et des effets. Plus les comportements problématiques sont fréquents et graves, plus les indicateurs de mesures de contrôle, d'accidents de travail, d'arrêt de travail, etc. s'en ressentiront. Plus les usagers auront des plans de prévention active rédigés dans les règles de l'art et conformément appliqués, moins il devrait y avoir de mesures de contrôle.

Enfin, la flèche en pointillés indique que les impacts (accidents, assurance salaire ou SST) créeront en retour des engagements financiers qui viendront réduire les ressources disponibles pour générer des services.

Ce schéma est utile pour comprendre l'importance de chaque catégorie d'indicateurs, voire même de chaque indicateur. Il sera d'une grande aide aussi au moment de l'analyse des résultats.

Chaque indicateur (caractéristiques, méthode de collecte, pistes d'interprétation) est présenté dans le Guide technique « Performance clinique et organisationnelle en TGC ». Ce document suit les mises à jour du modèle de Performance clinique et organisationnelle des services en TGC et essentiel pour la collecte de données et l'interprétation des résultats.

Devant un tableau de résultats de la mesure de la performance, les liens possibles entre les indicateurs sont tellement nombreux qu'il est impossible d'en faire un inventaire complet. D'ailleurs, lors de l'élaboration du modèle de performance, à chaque fois qu'un exercice d'analyse du tableau de résultats a eu lieu, des personnes trouvaient de nouveaux liens. De plus, la diversité des services en TGC et les différences dans l'organisation du travail font en sorte que des liens peuvent être évidents pour une unité administrative, alors qu'ils n'ont pas de sens pour une autre. La décision a donc été prise de présenter une méthode de travail qui permettra à une équipe de faire ses propres analyses d'un tableau des résultats de performance et qui facilitera la collaboration entre les personnes qui y participent.

Ce chapitre vise donc à outiller et à encadrer les équipes qui analyseront les tableaux de résultats du modèle de performance.

Outiller les équipes afin qu'elles puissent effectuer leurs propres analyses de résultats est cohérent avec les efforts du SQETGC qui visent à favoriser l'autonomie des équipes et des établissements dans l'amélioration de leurs services en TGC. On s'attend également à ce que les équipes développent une expertise commune et spécifique en ce qui a trait à la performance de leurs services en TGC.

Certaines limites méritent d'être posées quand vient le temps de faire l'analyse des résultats de performance, d'où la nécessité d'encadrer les équipes pour le faire. Comme expliqué dans le chapitre 4 portant sur les enjeux, il existe également certains risques qu'il est possible de prévenir en mettant en place un cadre d'analyse des résultats commun et connu de tous.

Finalement, il convient de rappeler que l'ensemble des stratégies d'analyse présentées dans ce chapitre visent à 1) identifier les zones de performance d'un système de services en TGC, 2) cibler des causes probables des lacunes, et 3) soutenir l'identification d'actions pour les améliorer. La qualité des services en TGC doit toujours se trouver au centre des analyses des tableaux de résultats.

11.1. L'ANALYSE DE BASE

L'analyse de base permet de mettre en relation les différents indicateurs entre eux et de trouver des explications plausibles aux résultats. Elle sert à chaque fois qu'une équipe se penche sur un tableau de résultats et est utilisée autant devant un tableau unique de résultats, que dans le contexte des analyses évolutives et comparatives.

11.1.1. Étape 1 - Repérer un écart

Lorsqu'une équipe repère un écart, c'est-à-dire un résultat qui est très différent de ce qu'on devrait avoir ou de ce à quoi on s'attend, la différence peut être positive (le résultat est meilleur qu'anticipé) ou négative (le résultat est moins bon qu'anticipé). Même si ce sont souvent les plus grands écarts qui attirent l'attention en premier, tous les écarts importants d'un tableau des résultats de performance devraient faire l'objet d'une analyse ou être inclus dans une analyse.

L'écart peut se trouver n'importe où dans le tableau, mais il est préférable de débiter par les écarts de la colonne des résultats et, idéalement, par ceux de la case des effets. Dans les étapes suivantes, des séquences d'indicateurs seront construites afin d'expliquer les écarts repérés. Comme les indicateurs de résultats sont les conséquences des indicateurs de services, ils permettront de « remonter » la séquence explicative.

On peut commencer par faire un tour d'horizon des résultats des indicateurs et noter ceux pour lesquels il y a un écart. L'équipe priorisera ensuite les écarts à analyser.

Sans normes pour se comparer, juger de la présence ou non d'un écart, ou de l'importance de celui-ci peut sembler difficile. Il est toutefois possible, même sans normes, d'atteindre les objectifs principaux du modèle de performance : permettre la comparaison des résultats de performance dans le temps et entre services semblables, dans le but d'améliorer les services en TGC. Les équipes doivent pour cela développer leurs habiletés à analyser elles-mêmes leurs résultats, en fonction de leurs valeurs, de l'historique de leurs services, des usagers recevant les services, etc.

11.1.2. Étape 2 - Expliquer l'écart

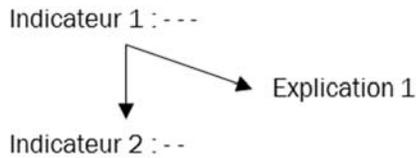
Lorsqu'un écart a été repéré, l'équipe identifie différentes explications visant à justifier les raisons pour lesquelles le résultat n'est pas celui attendu.

Les explications peuvent se trouver à l'intérieur du tableau des résultats de performance. Le résultat d'un autre indicateur peut, par exemple, expliquer, en tout en partie, l'écart de l'indicateur ciblé au départ.

Les explications peuvent aussi se trouver à l'extérieur du tableau des résultats de performance. L'apport des différentes personnes rassemblées pour l'analyse est primordial à cette étape : chacune détient une partie de connaissance qui peut contribuer à trouver une explication.

Pour plusieurs indicateurs, une des stratégies qui peut être utilisée pour trouver des pistes d'explications consiste à aller « derrière » le résultat. Comme chacun des indicateurs repose sur la compilation de plusieurs données, s'intéresser à ces données pourrait permettre de mieux expliquer le résultat. Des suggestions en ce sens sont faites pour chacun des indicateurs dans le Guide technique.

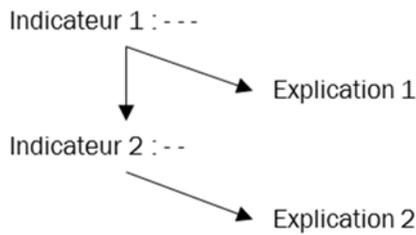
Ainsi, pour chaque indicateur pour lequel un écart a été repéré, il faut chercher des explications à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du tableau de résultats.



Légende des schémas d'exemples

Indicateur : - ou -- ou --- : écart négatif
 Indicateur : 0 : aucun écart
 Indicateur : + ou ++ ou +++ : écart positif

Quand on identifie un deuxième indicateur pour expliquer un écart, on recherche aussi une explication pour cet indicateur.

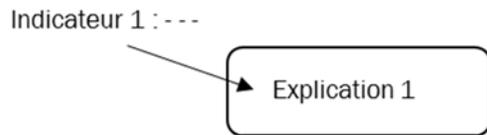


On construit ainsi une séquence d'indicateurs et d'explications. Tant que l'équipe trouve de nouvelles explications, elle poursuit la séquence.

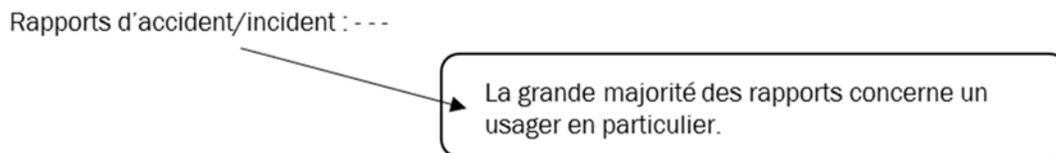
La séquence s'arrête quand l'équipe considère que l'écart initial et l'ensemble de la situation sont globalement bien expliqués.

Les paragraphes suivants présentent différents types de situations qui peuvent survenir lors d'analyses.

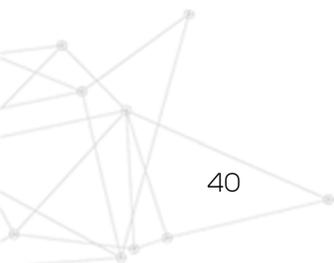
Parfois, une situation d'exception vient expliquer complètement un écart.

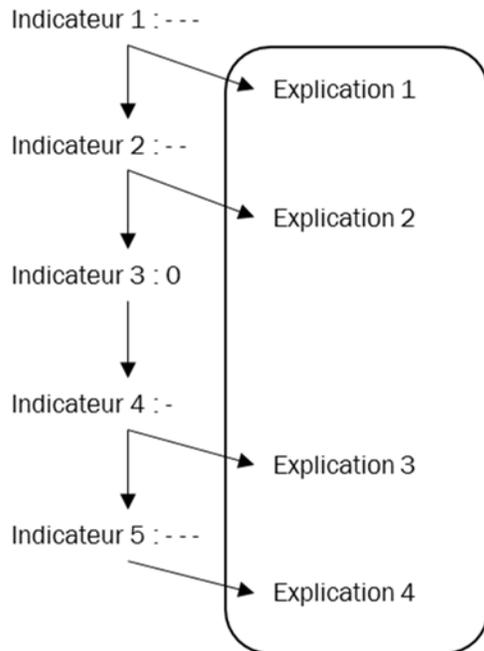


Exemple : dans un service où il y a eu plusieurs rapports d'incidents/accidents, le gestionnaire des risques explique que la grande majorité concerne un usager en particulier et que la situation a été réglée en cours d'année.



Cependant, le plus souvent, les séquences seront composées de différents indicateurs et de différentes explications. Tant que l'équipe considère que les explications sont pertinentes, elle continue à approfondir la séquence.





Il est parfois nécessaire de prendre en compte un écart nul ou positif pour construire la séquence appropriée. En effet, comme certains indicateurs ne reflètent qu'une partie de la réalité des services en TGC, des analyses ou des informations complémentaires peuvent s'avérer très utiles pour compléter les séquences. L'exemple qui suit illustre cette situation.

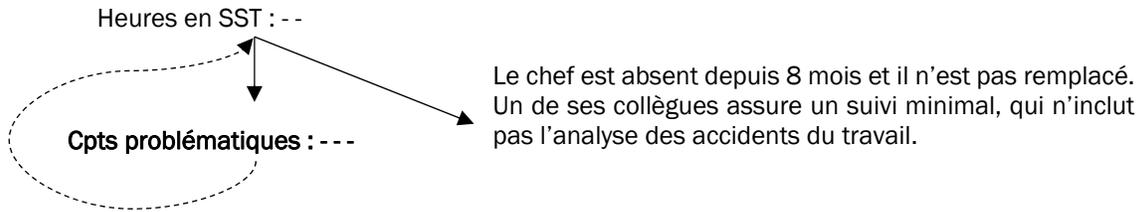
Une équipe est rassemblée pour analyser les résultats de performance de son milieu. Toutes les personnes à impliquer s'y trouvent, incluant le spécialiste aux activités cliniques (SAC) et le chef « remplaçant » (le chef est en congé depuis huit mois). Les différents secteurs de l'organisation sont aussi représentés. L'équipe identifie d'abord l'indicateur de la fréquence des comportements problématiques comme ayant un écart négatif important.

Cpts problématiques : ---

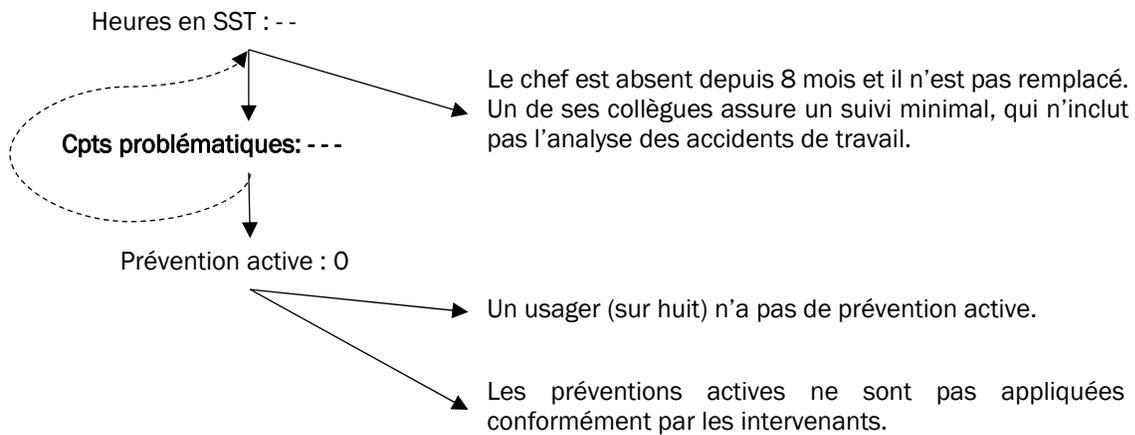
L'agent SST fait remarquer que l'indicateur des heures payées en SST a aussi un écart négatif, explicable par la forte fréquence des comportements problématiques.



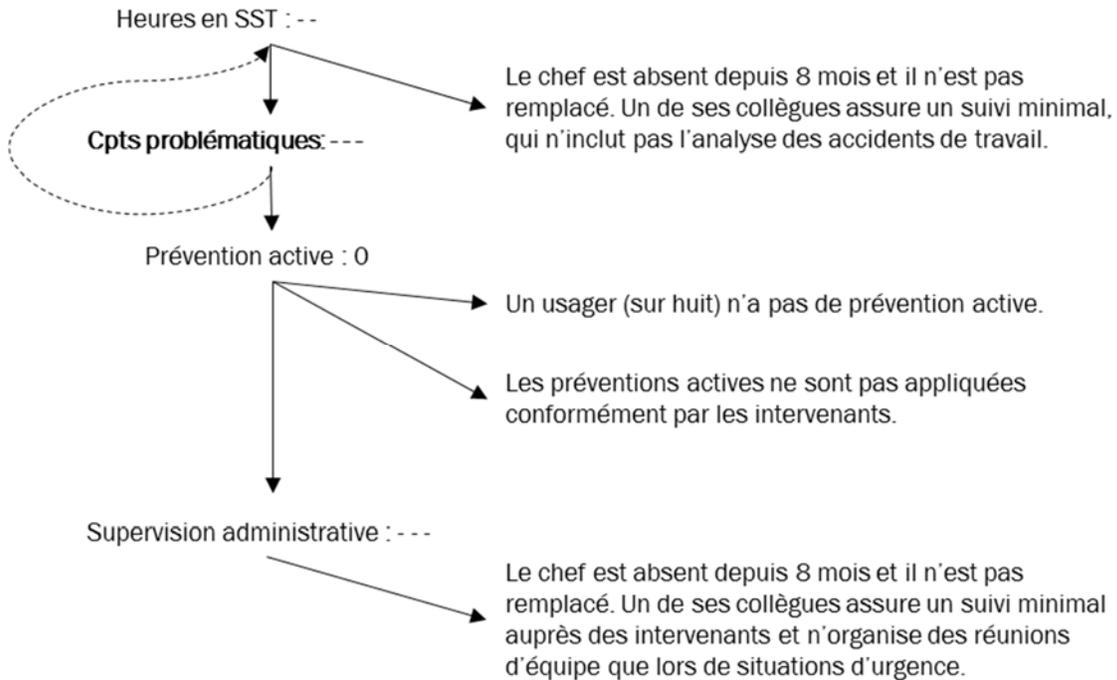
Le chef remplaçant identifie lui-même une explication : sa charge de travail ne lui permet d'assurer qu'un suivi minimal auprès des intervenants, qui n'inclut pas l'analyse des accidents du travail. Il y a donc peu de mesures préventives qui sont mises en place et leur suivi n'est pas fait systématiquement.



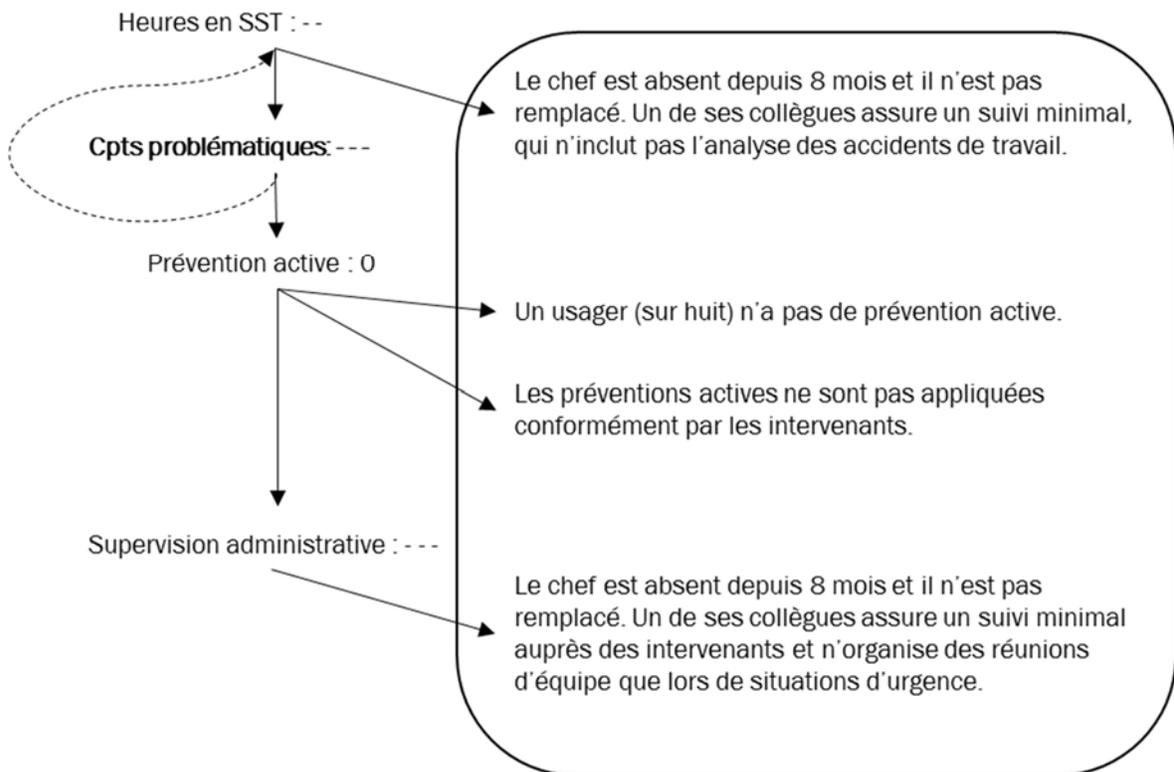
L'équipe se tourne vers l'indicateur du taux de prévention active. Elle ne remarque pas d'écart : il manque bien une prévention active pour un usager, mais les sept autres en ont une. Le SAC soulève toutefois qu'il est très difficile de faire appliquer les plans de prévention active par les intervenants. Cette information complémentaire permet d'identifier une explication importante : l'effet des plans de prévention active sur les comportements problématiques ne peut s'observer s'ils ne sont pas dûment appliqués.



Le SAC et le chef remplaçant sont au fait de cette situation depuis un certain temps déjà, mais ils ne sont pas en mesure de la redresser. Malgré les efforts soutenus du SAC auprès des intervenants, la dynamique de l'équipe exigerait un suivi serré de la part du gestionnaire, ce qu'il n'est pas en mesure d'offrir.

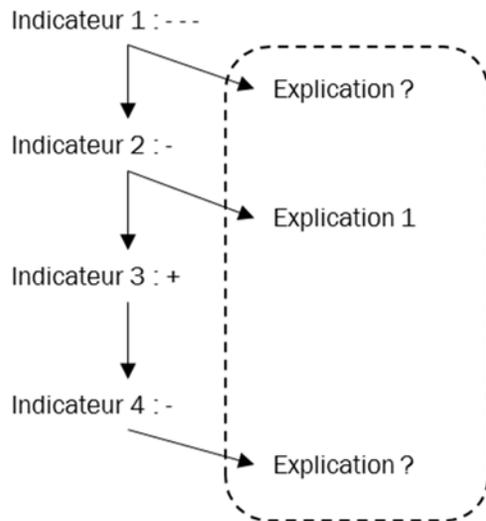


Après cette explication, l'équipe considère que la séquence est terminée. Les explications trouvées sont suffisantes pour traduire l'ensemble de la situation.



Cet exemple illustre bien la complexité d'une situation problématique dans un service en TGC. Alors que pris individuellement, chaque élément ne semble avoir qu'une portée limitée sur le service en TGC, une fois rassemblés, tous ces éléments et leur interaction contribuent à la situation globale. Lorsque le moment sera venu d'identifier des actions pour améliorer les services en TGC; il faudra donc prendre en compte l'ensemble des explications afin de s'assurer d'avoir un impact optimal.

Il peut arriver qu'une équipe ne soit pas en mesure d'expliquer les écarts, et ce, même si elle repère une séquence dans le tableau de résultats. Dans ce cas, il se pourrait que l'équipe ne soit pas satisfaite des explications trouvées et considère que ces explications ne suffisent pas pour expliquer la situation globale.



Devant un tableau semblable, une équipe dispose de plusieurs options. Elle peut :

- Effectuer des analyses complémentaires en utilisant d'autres données : plusieurs facteurs ne se trouvant pas dans le modèle de performance peuvent influencer les services en TGC.
- Approfondir certains résultats : en décortiquant les données qui composent les résultats, on peut trouver des pistes de réponse.
- Solliciter la collaboration d'autres partenaires de l'établissement ou le soutien d'autres équipes en TGC qui ont fait face à des problèmes similaires.
- Accepter un certain niveau d'incertitude et poursuivre son analyse : il est tout à fait possible qu'on ne parvienne pas à expliquer certains résultats.

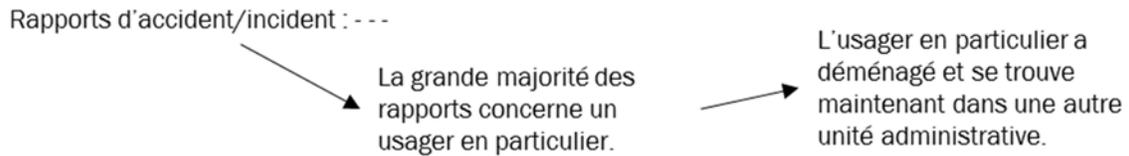
11.1.3. Étape 3 - Vérifier les changements et les actions en cours dans l'unité administrative

Entre la fin de la période ciblée (31 mars) par les résultats de performance et le moment de l'analyse, plusieurs changements ont pu survenir dans l'unité administrative et des actions visant à améliorer les services en TGC sont peut-être déjà en cours.

Un changement n'est pas toujours le résultat de mesures intentionnelles. Son impact est parfois difficile à prévoir et peut être variable. Lorsqu'on recherche des changements, il faut considérer les plus petits

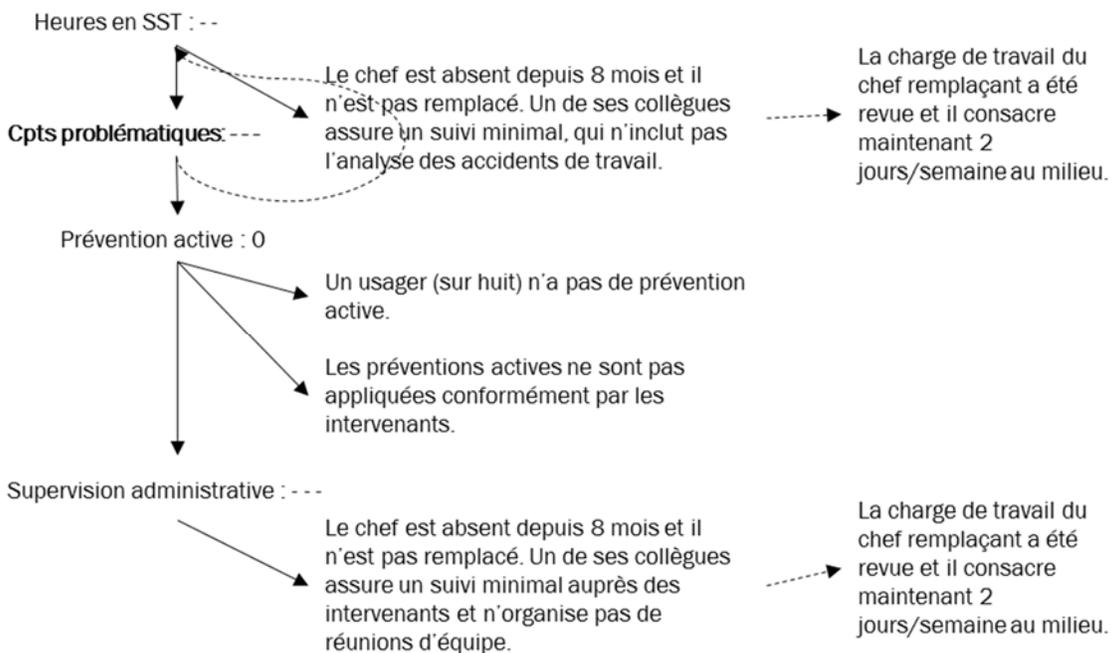
comme les plus grands, ceux qui ont été planifiés ainsi que ceux qui résultent des fluctuations ordinaires dans un service.

Dans l'exemple dans lequel une équipe explique un écart à l'indicateur des rapports d'accidents/incidents par la situation d'un usager en particulier, le déménagement de l'usager identifié est un changement. Puisque cet usager se trouve maintenant dans une autre unité administrative, l'équipe de son ancien milieu n'a pas d'action à prévoir. Il serait cependant avisé que l'équipe contacte le nouveau milieu de l'usager afin de l'informer de son analyse.



Une action déjà en cours est une action qui pourrait avoir un impact sur l'amélioration des services en TGC et qui a été entreprise avant l'analyse du tableau des résultats de performance. Sa mise en œuvre peut être liée à la mesure de performance (ex. : on remarque quelque chose au moment de la collecte de données) ou être réalisée en parallèle (ex. : une action en lien avec une situation connue depuis longtemps).

Ainsi, dans l'exemple où l'équipe avait identifié une longue séquence explicative, une action est déjà en cours. La charge de travail du chef remplaçant a été revue et depuis plusieurs semaines, il est présent dans le milieu 2 jours/semaine. Même si cette action à elle seule ne peut régler l'ensemble de la situation problématique, elle fait partie des solutions et doit être identifiée comme telle.



On peut aussi se questionner à savoir si une action en cours est suffisante ou si elle pourrait être améliorée. Des actions complémentaires pourraient aussi permettre de catalyser l'effet d'une action en cours.

Le chef remplaçant recevra du soutien pour faire différents suivis administratifs et monter les horaires, ce qui lui permettra d'optimiser son temps en présence dans le milieu.

Les changements et les actions en cours influencent les actions qui seront ciblées par la suite. Dans certains cas, la situation étant résorbée, aucune action ne sera nécessaire. Dans d'autres cas, le changement ou l'action en cours ne règle pas totalement la situation, mais peut atténuer sa gravité ou encore enligner les autres actions à cibler. Cette étape est donc nécessaire afin de faciliter l'identification d'actions à mettre en place.

11.1.4. Étape 4 - Répéter les étapes 1 à 3

Considérant la complexité des services en TGC, la quantité d'indicateurs inclus dans le modèle et la multitude d'analyses complémentaires possibles, il y a certainement plus d'un écart et plus d'une séquence d'explications dans un tableau de résultats. L'équipe rassemblée autour de l'analyse répète donc les étapes 1 à 3.

Il n'y a pas de limites quant aux possibilités qu'offre le tableau des résultats de performance d'une unité administrative. Un écart pourrait servir dans plusieurs séquences. Un écart pourrait aussi s'expliquer par deux indicateurs, ce qui créerait une séquence en « Y ». La seule limite est l'interprétation de l'équipe qui fait l'analyse : chaque séquence et chaque explication doit faire sens pour les personnes impliquées.

11.1.5. Terminer une analyse

Quand une équipe considère qu'elle a tiré le maximum d'un tableau des résultats de performance, que les écarts principaux ont été traités et que les explications sont satisfaisantes, elle peut considérer que son analyse est terminée.

Les situations qui ont été exposées pendant l'analyse de base peuvent faire l'objet d'un plan d'action. Le chapitre 12 - « Les suites à donner », traite de cet aspect.

11.2. L'ANALYSE ÉVOLUTIVE

Lorsque l'unité administrative a fait l'objet d'autres mesures de la performance dans les années précédentes, il est possible de faire une analyse évolutive. Il s'agit d'analyser les résultats en prenant en compte les résultats de l'année antérieure afin d'en dégager des explications. Les stratégies présentées pour l'analyse de base sont aussi utiles pour l'analyse évolutive.

Selon les écarts repérés dans le tableau de résultats, différentes situations peuvent se présenter. Quelques-unes de ces situations, ainsi que des pistes pour en faire l'analyse, sont décrites dans les prochaines pages.

11.2.1. Lorsque des cibles sont identifiées à la suite des résultats de l'année précédente

Lorsqu'un plan d'action a été élaboré à la suite de l'analyse des résultats de l'année précédente, l'équipe a déjà décidé de cibles à atteindre pour certains indicateurs et utilise ces cibles comme balises pour juger de l'écart des indicateurs concernés par le plan d'action. Quelle est, par exemple, la hausse réelle d'un indicateur pour lequel on visait une hausse de 20 %?

Si la cible est atteinte, voire dépassée, et que cette amélioration est attribuable en tout ou en partie au plan d'action, c'est signe que l'équipe a bien conçu et implanté son plan d'action.

Si la cible n'est pas atteinte, l'équipe doit expliquer l'écart en tenant compte de la mise en œuvre du plan d'action qui n'a pas apporté les résultats attendus. Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'échec de l'atteinte de la cible :

- Est-ce que l'indicateur est suffisamment sensible pour avoir évolué dans une année?
- Est-ce que le plan d'action a été appliqué ? A-t-il été porté (ancrage organisationnel)?
- Est-ce que le plan d'action avait un réel impact sur l'indicateur?
- Est-ce que d'autres éléments peuvent avoir influencé le résultat de l'indicateur?

Pour chacune de ces questions, les causes possibles doivent être identifiées, puis corrigées dans les futurs plans d'action.

11.2.2. Lorsqu'un plan d'action est toujours en cours

Lorsqu'un plan d'action a été élaboré à la suite de l'analyse des résultats de l'année précédente et qu'il a toujours cours, on ne s'attend pas à voir de changements majeurs dans les résultats.

Une équipe peut tout de même porter une attention particulière aux indicateurs concernés par le plan d'action pour voir si elle est sur la bonne voie. L'interprétation devra toutefois se faire avec prudence, considérant que des actions sont toujours en cours.

Cette situation peut devenir problématique lorsqu'une équipe fait une analyse de base du tableau de résultats le plus récent et se retrouve à élaborer un deuxième plan d'action alors que le premier n'est pas terminé. L'équipe a alors le choix entre plusieurs options qui peuvent être combinées :

- Elle peut décider de terminer le premier plan d'action avant de démarrer le second;
- Elle peut intégrer les objectifs de la deuxième analyse dans le premier plan d'action;
- Si certaines actions de la deuxième analyse sont en continuité avec d'autres du premier plan d'action, les objectifs peuvent être révisés et replanifiés pour y intégrer les éléments de la nouvelle analyse;
- Le premier plan d'action peut être arrêté et les éléments jugés essentiels intégrés dans le deuxième;
- Etc.

11.2.3. Lorsqu'un résultat a régressé depuis l'année précédente (écart négatif)

Dans une telle situation, l'équipe réalisera une analyse très semblable à l'analyse de base, sauf qu'elle saura où chercher les explications. En effet, si l'écart est négatif par rapport au résultat de l'année précédente, l'explication se trouve probablement dans les événements de la dernière année. Le reste du processus de l'analyse est identique.

Par exemple, l'an dernier, un territoire avait un très bon taux pour tous les indicateurs liés à l'AIMM l'an dernier. Dans le tableau de résultats le plus récent, tous ces indicateurs ont un écart négatif notable. L'équipe cherche parmi les événements de la dernière année ce qui peut expliquer ces écarts. Les usagers manifestant des épisodes de TGC ont changé dans la dernière année, certains ont déménagé, d'autres ont vu leur TGC se résorber. Parmi les « nouveaux » usagers manifestant des épisodes de TGC, aucune AIMM n'a été commencée. Cela s'explique par 1) l'équipe professionnelle est débordée et ne peut s'impliquer dans plus de dossiers et par 2) la formation AIMM qui n'a pas été offerte aux nouveaux éducateurs dans la dernière année.

11.2.4. Lorsqu'un progrès notable n'est pas relié à un plan d'action (écart positif)

Lorsqu'une équipe repère un écart positif à un indicateur sans que le plan d'action ne l'ait visé, elle doit alors se demander si cet écart peut être expliqué par des actions délibérées.

Si l'écart positif n'est pas explicable par des actions délibérées, l'équipe effectue alors une analyse semblable à celle réalisée dans le cas d'un écart négatif. Elle doit chercher l'explication dans les événements de la dernière année. Il est cependant possible qu'il n'y ait aucune explication et que l'écart reflète simplement une évolution du service.

Parfois, des actions délibérées ont été posées, mais elles ne l'ont pas été dans le cadre d'un plan d'action ou à la suite de la mesure de la performance. Elles ne visaient donc pas précisément l'indicateur, mais elles l'ont influencé. De telles initiatives ne sont pas à décourager, bien au contraire : l'écart positif repéré dans le tableau en est la preuve. L'équipe peut alors documenter ces actions (ce qui les a provoquées, qui les a coordonnées, etc.), dans le but de déterminer si elles peuvent être partagées, voire transférées dans d'autres unités administratives.

Par exemple, la moyenne des critères atteints pour les activités de jour d'un territoire a doublé par rapport à l'an dernier. La SAC explique que, pour faire face aux nombreuses stagiaires accueillies par les éducatrices et les professionnelles de l'équipe, elles ont dû réfléchir à une manière de coordonner leurs travaux de stage. Elles ont choisi de prioriser les activités de jour offertes pour les usagers manifestant des épisodes de TGC. Pour ce faire, des formations ont été offertes, des échanges de groupe ont été organisés, des connaissances ont été partagées et des partenariats avec des plateaux de travail ont été développés. Les critères d'activités de jour atteints sont donc maintenant beaucoup plus nombreux chez les usagers ciblés. En partageant l'expérience vécue et en s'arrimant avec le service des stages, il est tout à fait possible de reproduire ces actions dans une autre unité administrative.

11.3. L'ANALYSE COMPARATIVE

11.3.1. Les mises en garde

Même si on trouve, à l'origine du projet Performance, la volonté de pouvoir comparer des services semblables (et d'éviter ainsi la comparaison entre services différents), la réflexion entourant cette question a depuis évolué. Il existe en effet un risque réel de dérapages lorsque l'on compare des services, le principal étant d'instituer une compétitivité malsaine qui nuirait à l'amélioration de la qualité des services.

L'analyse comparative servirait probablement à pallier l'absence de cibles pour chacun des indicateurs. En effet, sans point de référence, il pourrait sembler difficile de juger si un résultat est « bon » ou « mauvais ». Cependant, les contextes des services en TGC sont à ce point variés qu'il est impossible d'établir des cibles applicables à l'ensemble des unités administratives. L'analyse de base et l'analyse évolutive, toutes deux axées sur une seule unité administrative, sont donc préférables.

En outre, lorsque l'on privilégie l'amélioration des services, les éléments les plus importants sont l'identification des facteurs permettant d'expliquer les lacunes et les actions à mettre en place pour corriger ces lacunes. Or, ces éléments seront fort probablement différents d'une unité à l'autre, rendant la comparaison des résultats de ces unités administratives peu pertinente.

L'amélioration des services en TGC ne passe donc pas par l'analyse comparative de deux unités administratives, mais par les analyses de base et évolutives d'une même unité administrative. Une équipe n'a pas besoin de comparer les résultats de performance de son unité avec ceux d'une autre unité pour prendre des décisions visant l'amélioration de ses services en TGC, bien au contraire. Il est de ce fait fortement recommandé de s'en tenir aux analyses de base et évolutives pour juger des résultats de performance d'une unité administrative.

Néanmoins, lorsqu'elle est faite adéquatement, et en suivant certaines balises, une analyse comparative de la performance peut avoir certains avantages.

11.3.2. Les préalables à l'analyse comparative

La meilleure garantie d'une analyse comparative adéquate est la bonne foi des acteurs concernés. Tant que leurs actions sont résolument et exclusivement orientées vers l'amélioration des services en TGC et le mieux-être des usagers manifestant un TGC, l'analyse comparative est possible.

En aucun cas une analyse comparative, ou toute autre analyse, ne doit servir à justifier une ou des actions qui pourraient avoir comme conséquence une diminution de la qualité des services en TGC. Une telle situation serait en contradiction avec les valeurs et la vision du modèle de performance des services en TGC.

- Clarifier l'intention derrière l'analyse comparative

Dès qu'un établissement demande à comparer deux unités administratives, ou dès que des équipes décident de comparer leurs unités administratives, l'intention justifiant l'analyse comparative doit être clarifiée et explicitement présentée aux personnes concernées.

L'intention, bien que formulée en termes plus concrets, doit être résolument et exclusivement tournée vers l'amélioration des services en TGC et le mieux-être des usagers. Les personnes proches des unités administratives sont les mieux placées pour en juger.

- Faire l'analyse de base pour chaque unité concernée

Avant de considérer une unité administrative pour une analyse comparative, son analyse de base doit avoir été effectuée selon la démarche proposée dans les pages précédentes. Une équipe doit d'abord comprendre ses propres résultats, des écarts aux actions possibles, avant de les mettre en relation avec ceux d'une autre unité administrative.

- Impliquer et faire collaborer les équipes concernées

Les analyses de base de chaque unité administrative ayant dû être effectuées avant de considérer l'analyse comparative, les équipes sont déjà constituées. Ces équipes doivent être rassemblées et doivent collaborer à l'analyse comparative. L'idée n'est pas que chaque équipe « défende » son unité administrative, mais plutôt qu'elles partagent les informations qu'elles détiennent afin de contribuer à l'analyse comparative.

- S'assurer que les unités sont semblables et comparables, et identifier les différences

À première vue, deux unités administratives peuvent paraître semblables et comparables : elles offrent le même type de services à des usagers ayant un même diagnostic et se trouvant dans la même tranche d'âge, etc. Cependant, plusieurs facteurs peuvent venir nuancer considérablement les ressemblances entre des unités administratives. Ainsi, pour être en mesure de faire une analyse comparative entre deux unités administratives, il faut d'abord recenser leurs différences. Les équipes qui ont collaboré

aux analyses de base de chaque unité administrative sont les mieux placées pour trouver ce qui les distingue de leurs collègues. Les différences couvrent différents aspects :

- Les usagers TGC : leur nombre, leur profil, les cas complexes, etc.
- Les ressources humaines : l'ancienneté, le niveau de spécialisation, la formation, etc.
- Le soutien professionnel : la proximité des professionnels, leur implication dans les dossiers, etc.
- Les ressources d'hébergement : le nombre de ressources, leur collaboration, les profils d'usagers hébergés, etc.
- La situation géographique : éloignement, étalement de la population, etc.
- L'encadrement : proximité du gestionnaire, style de gestion, etc.
- Les valeurs de l'équipe : travail d'équipe, approche positive, etc.

Si les différences sont trop grandes, on doit conclure que les unités administratives ne sont pas comparables. Il n'y a donc pas d'analyse comparative possible entre elles.

Quand les équipes impliquées jugent que les différences ne compromettent pas l'analyse comparative, elles peuvent poursuivre la démarche. Les différences recensées doivent toutefois être gardées en tête à toutes les étapes de l'analyse comparative. Elles viendront nuancer certains écarts repérés et elles contribueront à les expliquer.

Exemple : l'unité administrative « territoire Nord TSA 13 ans et + » et l'unité administrative « territoire Sud TSA 13 ans et + » veulent faire une analyse comparative de leurs résultats de performance. Les équipes soulèvent plusieurs différences. Le territoire Nord couvre un large territoire dans lequel les usagers sont très dispersés et habitent principalement dans leur famille naturelle, ce qui entraîne beaucoup de temps de déplacement pour les éducateurs. Le territoire Sud couvre également un grand territoire, mais pas aussi vaste que le Nord. Deux ressources spécialisées, qui accueillent des usagers TGC et qui ont des places pour les urgences, sont desservies par l'équipe du territoire Sud. Les équipes concluent que leurs unités administratives sont comparables, mais une attention particulière sera portée entre autres aux indicateurs HPS pertinents (en lien avec le temps de déplacement), au nombre d'usagers ayant vécu un déplacement et à la démarche de transition (en lien avec les places réservées en urgence).

11.3.3. Les comparaisons possibles

Lors de l'analyse de base, les résultats sont traités par des personnes qui connaissent très bien l'unité administrative et qui sont en mesure de les contextualiser. Les résultats bruts, sans contexte, peuvent par contre vouloir dire tout et son contraire. Comparer deux unités administratives seulement sur leurs résultats aux différents indicateurs ne permet pas de mieux comprendre les services en TGC et de les améliorer. Par conséquent, lors de l'analyse comparative, **on ne doit pas comparer les unités administratives indicateur par indicateur, ou résultat par résultat.**

Plusieurs autres comparaisons sont possibles et seront plus aidantes pour les équipes.

- Les explications et les séquences explicatives : lors de l'analyse de base, les équipes ont trouvé des explications pour les écarts et les ont mises en relations pour former des séquences explicatives. Les équipes peuvent se comparer sur ces points : pourquoi avez-vous fait le lien entre tel et tel indicateur? Comme expliquez-vous cet écart? Est-ce que cette explication en inspire une pour votre unité administrative?
- Les changements et les actions en cours : les équipes peuvent échanger autour des changements et des actions en cours qui devraient influencer les résultats dans le futur.

- Les actions à mettre en place et le plan d'action : ces aspects sont ceux qui ont le plus grand potentiel d'impact pour améliorer les services en TGC. Les équipes ont tout intérêt à comparer leurs plans d'action, leurs choix de priorités, les moyens utilisés, les cibles à atteindre, etc.

12. LES SUITES À DONNER

Le plan d'action découlant de l'analyse des résultats de performance n'est pas différent d'autres plans d'action visant des changements organisationnels ou cliniques. Plusieurs méthodes de travail peuvent s'avérer efficaces pour la préparation de tels plans d'action. En outre, on trouve, au sein de chaque établissement, des personnes détenant une expérience et une expertise en plans d'action d'amélioration des pratiques (APPR, gestionnaires de projets, conseillers-cadres, etc.). Parfois, des gestionnaires ou des professionnels des unités administratives ont des compétences dans ce domaine. On tient ainsi pour acquis que chaque établissement a une certaine expertise à l'interne pour élaborer ses propres plans d'action à la suite de la mesure de performance des services en TGC.

Il n'est donc pas nécessaire de développer une méthode d'élaboration de plans d'action spécifique au modèle de performance, d'autant plus que le SQETGC s'est déjà penché sur la question. En effet, le cadre de référence sur le Modèle de plan de développement de l'expertise en TGC (PDE-TGC), tomes I et II (Roberge, 2015a, 2015b), regroupe tous les concepts et les étapes nécessaires à un plan d'action visant l'amélioration des services. Le livrable du tome I, expliqué à la page 38, est « une planification pertinente, appropriée et approuvée des travaux pour :

- Améliorer en continu l'expertise clinique et organisationnelle relative aux TGC
- Améliorer la qualité des services en TGC ;
- Améliorer la réduction des TGC des usagers. »

Ce livrable et certains objectifs du modèle de performance des services en TGC sont très proches.

Les informations qui se trouvent dans ces documents sont orientées vers le PDE-TGC, mais adaptables et utilisables pour des plans à plus petite échelle. Les pages suivantes mettent l'accent sur les éléments les plus pertinents pour le modèle de performance et proposent des pistes d'adaptation du contenu.

Il est fortement recommandé que les personnes impliquées dans l'élaboration d'un plan d'action découlant d'une mesure de performance consultent ces publications.

12.1. LA PRÉPARATION DE L'EXERCICE

Après avoir réalisé les analyses du tableau des résultats de performance, il faut préparer l'étape de planification du plan d'action, appelée « Préparation de l'exercice ».

12.1.1. L'ancrage organisationnel

Il faut d'abord convenir du niveau organisationnel du plan d'action à élaborer. Un plan d'action qui concerne l'ensemble de l'établissement aura un ancrage organisationnel différent d'un plan d'action qui concerne une RAC spécifique, par exemple. Les gestionnaires concernés ne doivent pas seulement être informés, ils doivent également être impliqués dans les actions à venir.

L'ancrage organisationnel concerne aussi la coordination du plan d'action. Si dans le cas d'un PDE-TGC, cette tâche revient au coordonnateur TGC, ce n'est pas nécessairement le cas pour les plans d'action découlant de la mesure de performance. Il faut identifier la personne la mieux placée pour assurer la coordination du plan d'action, selon le niveau organisationnel du plan, les secteurs concernés, etc.

Cette personne doit avoir les compétences, les disponibilités et l'autorité nécessaires pour assurer la coordination du plan.

12.1.2. Les conditions favorables

Il faut se poser plusieurs questions relatives aux conditions favorables à la mise en place d'un plan d'action. Elles concernent notamment :

- la disponibilité des ressources pour mettre le plan en œuvre;
- la motivation de ces ressources;
- la perception de la démarche par les acteurs concernés;
- la capacité d'appliquer le plan;
- la présence d'autres démarches d'amélioration des services;
- le *momentum* dans l'établissement ou dans le service;
- etc.

12.1.3. Les parties prenantes

L'importance de l'implication des personnes concernées par la mesure de performance d'une unité administrative a été maintes fois rappelée dans le présent document.

On trouve dans le tome I deux caractéristiques à prendre en compte :

- L'intérêt des parties prenantes : s'il est favorable ou défavorable, et à quel niveau il se situe;
- La capacité d'influencer le projet ou ses livrables : positivement ou négativement.

Le risque principal en lien avec les parties prenantes est d'en laisser certaines de côté lors des étapes importantes, comme l'analyse des résultats et l'élaboration du plan d'action. Si tel était le cas, l'équipe se priverait de l'apport précieux de ces personnes, en plus de compromettre leur niveau d'adhésion (qui pourrait s'avérer faible ou nul) envers la démarche et ainsi compromettre le succès de celle-ci. Or, comme le rappelle très justement Roberge (2015a) : « Un projet se réalise notamment par l'implication des parties prenantes ».

12.2. LA RÉFLEXION ET LE DIAGNOSTIC

Pour cette étape précise, il convient donc d'utiliser comme point de départ les analyses des résultats de performance et les séquences explicatives élaborées par les équipes.

Devant ces conclusions sur les résultats de performance, des actions vont se dégager afin de les améliorer. Afin d'optimiser les efforts, l'équipe doit mettre en commun les explications, en faire des regroupements et identifier les causes communes. Cet exercice permettra en outre de dégager des actions à mettre en œuvre qui auront un maximum d'impact.

12.3. LES CHOIX STRATÉGIQUES

À cette étape, l'équipe doit faire un choix parmi les actions possibles qui ont été identifiées à l'étape précédente. Le plan d'action est ensuite produit.

12.3.1. La sélection d'un ensemble d'éléments prioritaires.

Devant la liste, parfois longue, des actions possibles à mettre en place, une équipe doit se doter de certains critères pour sélectionner celles qui seront incluses dans le plan d'action. Parmi ces critères, une équipe doit minimalement inclure :

- Des améliorations significatives : les actions retenues doivent avoir des effets bénéfiques et souhaités sur les services en TGC et, par ricochet, sur les usagers. Si plusieurs, voire toutes les actions, semblent répondre à ce critère, il faudra dégager celles qui ont le plus grand potentiel d'impact sur les services en TGC. On peut aussi utiliser un rapport « potentiel d'impact vs effort exigé » pour prioriser les actions.
- Un réalisme de réalisation : la mise en évidence des conditions favorables qui a été faite préalablement sera utile pour ce critère. Face aux tâches régulières, aux autres projets, aux changements à venir, etc., il n'est pas réaliste de tout faire. Il est préférable de s'en tenir à un plan d'action qu'il est possible de terminer dans la période prévue et avec les ressources disponibles.

12.3.2. Formuler les objectifs, les moyens et les cibles.

Une fois les actions prioritaires identifiées, il est temps de construire le plan d'action. Les actions deviennent des objectifs, idéalement rédigés en termes observables et mesurables, et des moyens y sont rattachés. Il est primordial de déterminer les personnes responsables de chacun de ces moyens.

Puisque le modèle de performance permet la mesure de certains indicateurs, il est possible de déterminer des cibles à atteindre pour les résultats de l'année suivante. Ainsi, une équipe pourrait convenir que la cible pour tel indicateur est une amélioration de X % à la prochaine mesure de performance. Établir de telles cibles comporte plusieurs avantages : les équipes voient concrètement les fruits de leurs efforts, elles permettent un langage commun entre les membres de l'équipe, elles orientent le travail de tous les membres de l'équipe, etc. De plus, ces cibles peuvent servir de point de départ pour l'analyse évolutive de l'unité administrative : elles permettront d'identifier les écarts des résultats d'une année à l'autre.

12.4. LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Les meilleures pratiques pour mener à bien un projet sont de mises quand vient le temps de mettre en œuvre le plan d'action. Ces pratiques incluent : la diffusion de l'information, un comité de pilotage ou de coordination du plan, une concertation de la mobilisation des ressources, etc.

Le modèle de performance présente deux particularités à prendre en compte lors de sa mise en œuvre.

12.4.1. Les mesures intermédiaires

Il est possible de prendre des mesures intermédiaires pour des données de plusieurs indicateurs, c'est-à-dire avant la fin de l'année financière. Certains indicateurs peuvent donc être suivis par trimestre, par période ou par semaine. Les mesures ponctuelles sont les plus faciles à monitorer, mais certaines mesures cumulatives peuvent l'être aussi.

Il n'est toutefois pas recommandé de prendre des mesures intermédiaires trop fréquemment ou pour un trop grand nombre d'indicateurs. Extraire une donnée demande un effort de la part d'une personne/ressource; il est donc préférable d'établir une fréquence de mesure qui soit suffisamment longue pour y observer des changements et suffisamment rapide pour faire les ajustements si

nécessaire. Il est aussi préférable de ne suivre qu'un nombre limité d'indicateurs lors des mesures intermédiaires, parmi ceux pour lesquels des actions sont mises en œuvre.

12.4.2. La période de mise en œuvre

Les résultats du modèle de performance sont recueillis pour une année financière, soit du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante. Si une équipe démarre son plan d'action longtemps après le 31 mars, il reste moins de temps au service pour s'améliorer suffisamment pour que ce soit visible dans les résultats de l'année suivante. Dans ce cas, il faut soit commencer le plan d'action le plus rapidement possible, soit en tenir compte lors de l'analyse des résultats de l'année suivante.

Exemple : une unité administrative s'est dotée d'un plan d'action prometteur afin d'améliorer les services en TGC, ce qui devrait se voir dans les résultats d'au moins cinq indicateurs. Le temps d'effectuer la collecte de données, de générer les résultats, de se rencontrer pour l'analyse et d'établir le plan d'action, il est déjà début novembre et il ne reste que cinq mois avant la fin de l'année financière. Même en mettant toutes les ressources nécessaires jusqu'au 31 mars, il est fort probable que les résultats auront peu évolué lors de la prochaine mesure de performance, le 31 mars prochain.

12.5. LES RESSOURCES DISPONIBLES

Plusieurs ressources sont à la disposition des établissements pour les soutenir. Ces ressources peuvent être utilisées au moment d'élaborer, de mettre en œuvre et de mesurer un plan d'action d'amélioration des services en TGC, mais elles peuvent s'avérer utiles à toutes les autres étapes du modèle de performance (collecte de données, analyse, etc.).

12.5.1. Les experts internes

Chaque établissement a, parmi son personnel, des personnes qui ont à cœur la performance des services, l'amélioration des pratiques, la gestion de projet, etc. Ces personnes peuvent se trouver à des endroits attendus (par exemple, à la direction performance) ou inattendus (par exemple, un professionnel dans une équipe qui a fait une maîtrise sur le changement de pratiques). Ainsi, chaque établissement doit d'abord mettre à profit ses experts internes dans la démarche.

12.5.2. Le PDE-TGC et l'accompagnateur de l'établissement

Un accompagnateur du SQETGC est désigné pour chaque établissement offrant des services spécialisés en DI-TSA au Québec. Le mandat d'un accompagnateur est de soutenir l'établissement dans le développement de son expertise en TGC. Le modèle de performance s'inscrit donc parfaitement dans ce mandat. Un coordonnateur TGC peut ainsi solliciter le soutien de l'accompagnateur de son établissement dans l'une ou l'autre des étapes du modèle de performance.

Le PDE-TGC peut aussi être arrimé avec le modèle de performance. Une action à mettre en place dans l'ensemble des unités administratives ou dans plusieurs d'entre elles pourrait faire partie du PDE-TGC. On s'assure ainsi d'une prise en charge et d'un appui organisationnel pour cette action.

Au moment de rédiger ou de réviser un PDE-TGC, un coordonnateur et un spécialiste TGC ont tout intérêt à consulter les analyses des résultats de performance faites par les équipes de l'établissement. Plusieurs indicateurs sont en lien avec les six perspectives du PDE-TGC et pourraient orienter la prise de décisions.

12.5.3. Le cadre de référence « Le modèle de plan de développement de l'expertise en TGC », tomes I, II

Outre les éléments déjà présentés, plusieurs autres informations pertinentes et intéressantes se trouvent dans les publications de Roberge (2015a, 2015b), que ce soit des outils complémentaires, des stratégies de changement de pratiques, des références à consulter, etc. Qu'un plan d'action découlant d'une mesure de la performance ait l'envergure d'un PDE-TGC ou non, le contenu de ces publications peut s'avérer tout à fait à propos.

12.5.4. Le SQETGC

Le SQETGC est une ressource pour les établissements qui ont besoin de soutien dans l'amélioration de leurs services en TGC. Ce soutien peut se traduire par de la formation, des services-conseils, etc. Une demande de service qui découle de la mesure de performance s'inscrit dans le même processus que les autres demandes de service et doit passer par le coordonnateur TGC de l'établissement.

CONCLUSION

Les services en TGC sont, comme les usagers qu'ils servent, complexes et variés. La gravité et les impacts des comportements problématiques des usagers imposent une approche multidimensionnelle, globale et spécifique. Les services en TGC sollicitent d'importantes ressources au sein d'une organisation, d'où la préoccupation des établissements de mesurer ces services. Mesurer la performance de ces services nécessite la même approche : multidimensionnelle, globale et spécifique.

Ce guide propose un modèle de performance clinique et organisationnelle des services en TGC, élaboré en tenant compte des spécificités de ces services et avec l'objectif premier de les améliorer. La démarche qui y est présentée peut paraître exigeante, mais les bénéfices possibles sont nombreux. Elle permet en effet de cibler les actions pertinentes selon les résultats des unités administratives et de suivre leur évolution. Les retombées positives de la mesure de performance reposent sur la collaboration et sur l'intention des personnes impliquées.

Plusieurs des enjeux inhérents à la diffusion et à la comparaison de résultats de performance sont soulevés dans le présent document. Diverses stratégies et conditions sont décrites afin de s'assurer que tous utilisent le modèle de performance dans le même but : l'amélioration des services en TGC et le mieux-être de la clientèle.

Il était primordial, pour les collaborateurs impliqués dans ce projet, qu'il soit bien informé de la réalité des établissements et des services en TGC. Tout comme les systèmes qui se doivent d'être dynamiques pour répondre aux besoins des usagers, le modèle de performance, les indicateurs, la collecte de données, les stratégies de déploiement, etc., devront être mis à jour pour suivre l'évolution des services en TGC.



RÉFÉRENCES

- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2011). Rapport technique. Évaluation de la performance de CSSS. Repéré à http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/AQESSS_Rapport_technique_Performance_2011.pdf
- Conroy, M. A., Davis, C. A., Fox, J. J. et Brown, W. H. (2002). Functional assessment of behavior and effective supports for young children with challenging behavior. *Assessment for Effective Instruction*, 27(4), 35–47
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. (2010). Guide de pratique. Le service d'adaptation et de réadaptation auprès des personnes ayant des troubles graves du comportement (TGC). Repéré à <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/education/01-vie%20scolaire/GUIDE-TGC.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2017). Loi constitutionnelle de 1982. Charte canadienne des droits et libertés. Repéré à <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Const/page-15.html>
- Gouvernement du Québec. (2017a). Loi sur les services de santé et les services sociaux. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- Gouvernement du Québec. (2017b). Charte des droits et libertés de la personne. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-12.pdf>
- Kincaid, D., Knoster, T., Harrower, J. Shannon, P. et Bustamante, S. (2002). Measuring the impact of positive behavior support. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(2), 109-117.
- LaVigna, G.W. et Willis, T.J. (2012). The efficacy of positive behavioural support with the most challenging behaviour: The evidence and its implications. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(3), 185–195
- McClean, B., Grey, I. et McCracken, M. (2007). An evaluation of positive behavioural support for people with very severe challenging behaviours in community-based settings. *Journal Of Intellectual Disabilities*, 11(3), 281-301.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1988). L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle : un impératif humain et social : orientations et guide d'action. Québec : Les Publications du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2001/01-840-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_referance_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020. Mise à jour 2016. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-717-01W.pdf>
- Paquet, M., Sabourin, G., Camiré, M., Gagnon, I., Gagnon, S. et Godbout, D. (à paraître). *Élaboration d'une définition de « troubles graves de comportements » commune au réseau de la santé et des services sociaux.*
- Reeve, C. E. et Carr, E. G. (2000). Prevention of severe behavior problems in children with developmental disorders. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 2(3), 144–160



- Roberge, M. (2015a). *Le modèle de plan de développement de l'expertise en TGC. Tome I – Guide pour l'amélioration progressive du dispositif de services en TGC dans les établissements desservant une clientèle ayant une DI ou un TSA et un TGC*. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Roberge, M. (2015b). *Le modèle de plan de développement de l'expertise en TGC. Tome II – Procédures et outils complémentaires*. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Sicotte, C., Champagne, F. et Constandriopoulos, A.-P. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6(1).



2021, avenue Union, bureau 870
Montréal (Québec)
H3A 2S9

Téléphone : 514 525-2734

www.sqetgc.org

SQETGC

Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 