

## Table des matières

Fiche synthèse du rapport de stage .....	i
Remerciements .....	ii
Table des matières .....	1
Liste des schémas .....	2
Introduction .....	3
1. Description du mandat.....	4
2. Présentation de l'organisme .....	6
3. Recension des écrits.....	11
3.1 L'organisation du projet de tableau de bord.....	12
3.2 L'identification des préoccupations et objets de gestion et des indicateurs .....	13
3.3 Le design des indicateurs et du tableau de bord : les paramètres et la représentation visuelle.....	13
3.4 L'informatisation du tableau de bord .....	14
3.5 La mise en œuvre du tableau de bord .....	14
4. Méthodologie.....	15
4.1 La recherche documentaire.....	15
4.2 L'analyse du travail des équipes d'amélioration continue de la qualité.....	16
4.3 L'analyse de données quantitatives .....	16
5. Résultats .....	18
Conclusion .....	23
Bibliographie .....	24
Annexe 1 – Tableau de bord.....	26
Annexe 2 – Plan de suivi et recommandations.....	35

## **Liste des schémas**

Figure 1 : Organisation du système de santé au Québec .....	7
Figure 2 : Organisation du réseau local de santé et de services sociaux .....	8
Figure 3 : Organigramme du Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île.....	9
Figure 4 : Organigramme de l'amélioration continue de la qualité .....	10

## **Introduction**

L'administration publique se soucie davantage aujourd'hui de l'évaluation de sa performance. La pression publique sur le contrôle des dépenses de l'État a obligé les organisations à effectuer des compressions budgétaires en utilisant bien souvent des solutions imaginatives et innovatrices. En accordant une plus grande importance à l'évaluation de la performance, les organisations publiques souhaitent démontrer à l'ensemble de la population qu'elles utilisent les deniers publics de façon responsable.

L'un des outils permettant de faire un suivi sur la performance d'une organisation est le tableau de bord de gestion. Regroupant plusieurs indicateurs de performance, le tableau de bord permet d'avoir une vision d'ensemble claire de la situation d'un programme, d'un service, d'une direction ou même d'une organisation entière. Adaptable, cet outil peut être conçu pour offrir différentes visions de la performance selon la position de l'utilisateur dans la hiérarchie organisationnelle. Les indicateurs montrés pourront donc être très précis et spécifiques pour un chef de programme et plus généraux pour un directeur qui souhaite avoir une vision plus large de l'organisation, par exemple.

Dans ce contexte, le Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île a choisi de se doter d'un tableau de bord pour évaluer la performance d'une partie de son organisation : les projets cliniques. Le mandat du stage a été proposé par le Comité d'amélioration continue de la qualité sous la coordination de la Direction des services multidisciplinaires de l'établissement. C'est ce comité qui est responsable de la supervision et de la coordination des projets cliniques.

La réalisation du stage a fait appel à des notions théoriques provenant de plusieurs cours dispensés dans le cadre de la Maîtrise en administration publique. C'est dans le cours sur les tableaux de bord que l'on retrouve l'essentiel des éléments qui ont servi à construire et appliquer une démarche adéquate.

## **1. Description du mandat**

Le Gouvernement du Québec a adopté la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*<sup>1</sup> en 2003. Cette loi vise l'implantation d'un nouveau mode de gestion des services de santé et des services sociaux supervisé par les agences de santé et de services sociaux. Elle met également en place les réseaux locaux de santé et de services sociaux qui regroupent toutes les ressources d'un territoire (établissements publics, organismes communautaires, cliniques médicales, pharmacies, etc.) qui ont à cœur le bien-être et la santé de leur population. Ces réseaux sont la responsabilité d'un Centre de santé et de services sociaux et sont découplés en fonction de son territoire.

La nouvelle approche favorisant la multidisciplinarité et la concertation dans le milieu a obligé les centres de santé et de services sociaux à développer une façon intégratrice de fournir leurs services. La réponse à cette nouveauté a été la mise en place d'un projet clinique organisé par type de clientèle (par exemple : les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les enfants, etc.). Cette structure offre une approche intégrée des services de santé pour la population.

La mise en place de cette approche pour le Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île a entraîné des conséquences importantes sur la gestion de l'organisation et l'offre de service. Le mandat du stage proposé consiste à mettre en place un tableau de bord de gestion pour suivre différents indicateurs de performance des trois principales priorités de chacun des programmes d'intervention. Ces indicateurs seront développés en collaboration avec les équipes d'amélioration continue de la qualité de chaque programme clinique du projet clinique. Le développement du tableau de bord est encadré par un plan de suivi qui permettra également d'orienter les démarches à réaliser pour le compléter à la fin du présent mandat.

---

<sup>1</sup> QUÉBEC (2006). « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux », Québec, Éditeur officiel du Québec.

En créant ce mandat de stage, l'organisation souhaite atteindre deux objectifs. Le premier est la création d'un outil permettant d'observer la performance de l'ensemble des domaines d'activité de l'organisation. L'outil doit permettre de constater rapidement les secteurs qui n'atteignent pas les cibles fixées afin d'y apporter des corrections appropriées. Le deuxième objectif est de stimuler l'évaluation des programmes au sein des différentes directions. L'exemple donné concernant l'ensemble de l'organisation doit susciter des réactions positives et montrer aux autres directions et aux chefs de programme l'utilité de l'outil pour qu'ils souhaitent l'adopter également à plus petite échelle.

Lors de la présentation du mandat, deux attentes spécifiques ont été données au stagiaire. Concevoir l'outil afin qu'il soit facilement interprétable et mis à jour par une personne de l'extérieur du projet et veiller à ce que la mise en place ne soit pas trop exigeante pour les gestionnaires afin d'assurer une bonne participation.

Tout au long de l'avancement du projet, il est devenu clair que l'objectif initial de concevoir un tableau de bord pour tous les programmes incluant leurs trois principales priorités ne pourrait être atteint. Plusieurs étapes du développement du projet ont été beaucoup plus longues que prévu. Le mandat a conservé les mêmes étapes, mais il a été réduit dans son ensemble. Au lieu de faire un tableau de bord pour chaque programme, les programmes les plus avancés dans la concrétisation de leurs objectifs et de leurs cibles ont été privilégiés. Les objectifs dont les données étaient disponibles à ce moment ont été développés.

Afin de réaliser ce mandat, plusieurs tâches ont été réalisées durant le stage. La recherche de documentation, la préparation d'une présentation, la participation à un comité, la rencontre de différents intervenants, la recherche de statistiques et la réalisation du tableau de bord sont des exemples d'actes réalisés.

## **2. Présentation de l'organisme**

Le Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île (CSSS ODI) est composé des établissements suivants : l'Hôpital général Lakeshore, le CLSC Lac-St-Louis, le CLSC Pierrefonds et le Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger. Son territoire est situé à l'ouest de l'île de Montréal et comprend les « arrondissements de Pierrefonds-Roxboro et de L'Île-Bizard-Sainte-Geneviève, ainsi que les villes de Baie-D'Urfé, Beaconsfield, Dollard-des-Ormeaux, Kirkland, Pointe-Claire, Sainte-Anne-de-Bellevue et Senneville »<sup>2</sup>. Il fait partie de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) qui regroupe tous les centres de santé et services sociaux situés sur l'île de Montréal. Cette dernière fait partie du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) qui coordonne les soins de santé et les services sociaux pour le Gouvernement du Québec sur l'ensemble du territoire.

---

<sup>2</sup> CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE (CSSS ODI) [2008].  
« Rapport annuel 2007-2008 », Montréal, s.n.

Figure 1 : Organisation du système de santé au Québec



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consulté le 20 janvier 2009). « Centres de santé et de services sociaux – RLS », [En ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

Dans le but de répondre aux besoins de santé de la population, le réseau local de services de santé et de services sociaux, piloté par le Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île va plus loin que la fusion administrative d'établissements de santé sur un territoire donné. Son développement met en place une nouvelle approche centralisée et intégrée dans l'administration des soins de santé et des services sociaux.

Les projets cliniques<sup>3</sup> visent à répondre aux besoins de la population en santé et services sociaux par le développement de corridors de services entre les intervenants et les organisations. Ces projets doivent répondre aux objectifs de qualité, de continuité et d'accessibilité des services en santé. Cette mise en place se réalise par l'arrimage des différents fournisseurs de services dans la communauté. Regroupés au sein du réseau local

<sup>3</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consulté le 20 janvier 2009). « Centres de santé et de services sociaux – RLS », [En ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

de services de santé et de services sociaux, ils doivent mettre en place une offre intégrée permettant de répondre aux besoins de la population en améliorant la continuité des soins et services.

Figure 2 : Organisation du réseau local de santé et de services sociaux

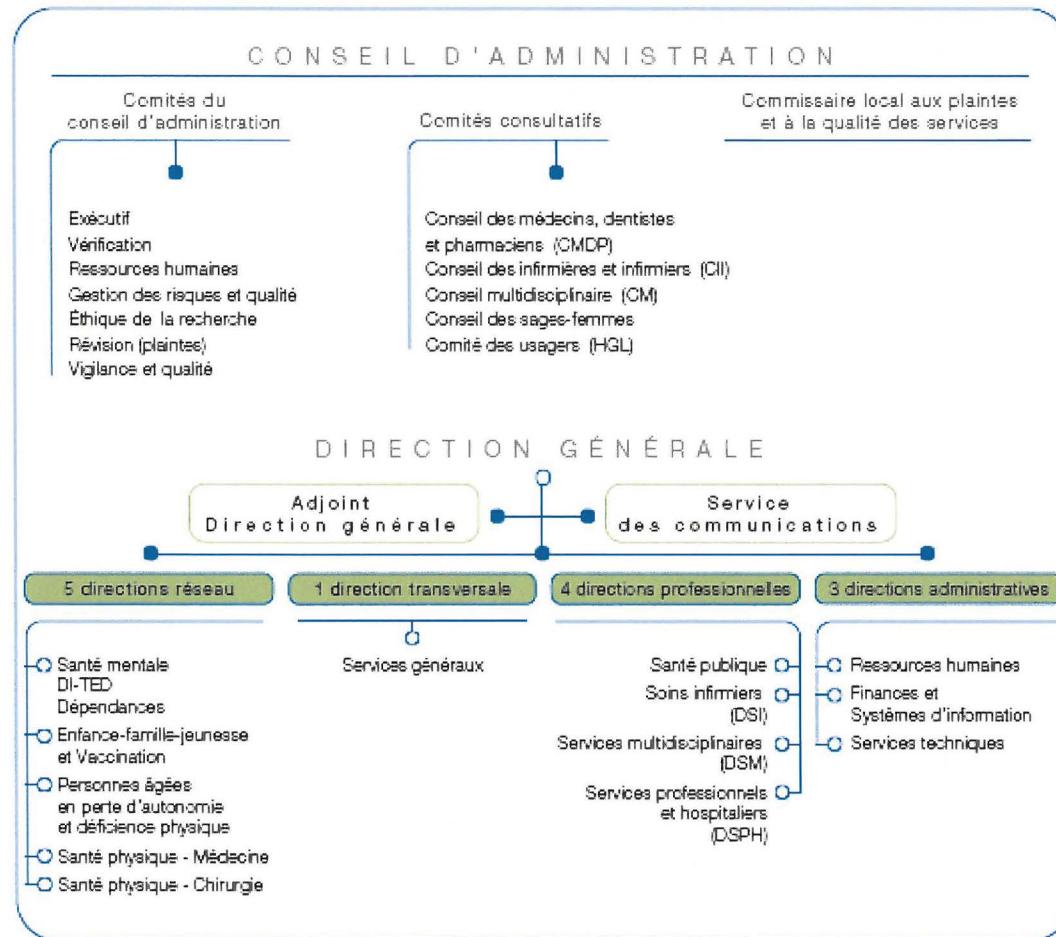


Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consulté le 20 janvier 2009). « Centres de santé et de services sociaux – RLS », [En ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

À l'intérieur du Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île, le mandat du développement et de l'implantation du projet clinique a été confié à la Direction des services multidisciplinaires. Elle pilote le Comité d'amélioration continue de la qualité, anciennement intitulé Comité du projet clinique. Ce comité a le rôle de stimuler la mise en place de la nouvelle approche de gestion afin d'améliorer la qualité des services offerts à la population. Tous les différents comités des programmes clientèles, aussi appelés équipes d'amélioration continue de la qualité, se sont donné trois priorités visant à améliorer les

services offerts à leur clientèle. Le Comité d'amélioration continue de la qualité a choisi d'évaluer la performance du projet clinique par rapport aux trois priorités de chaque équipe, cela étant le but du mandat de stage.

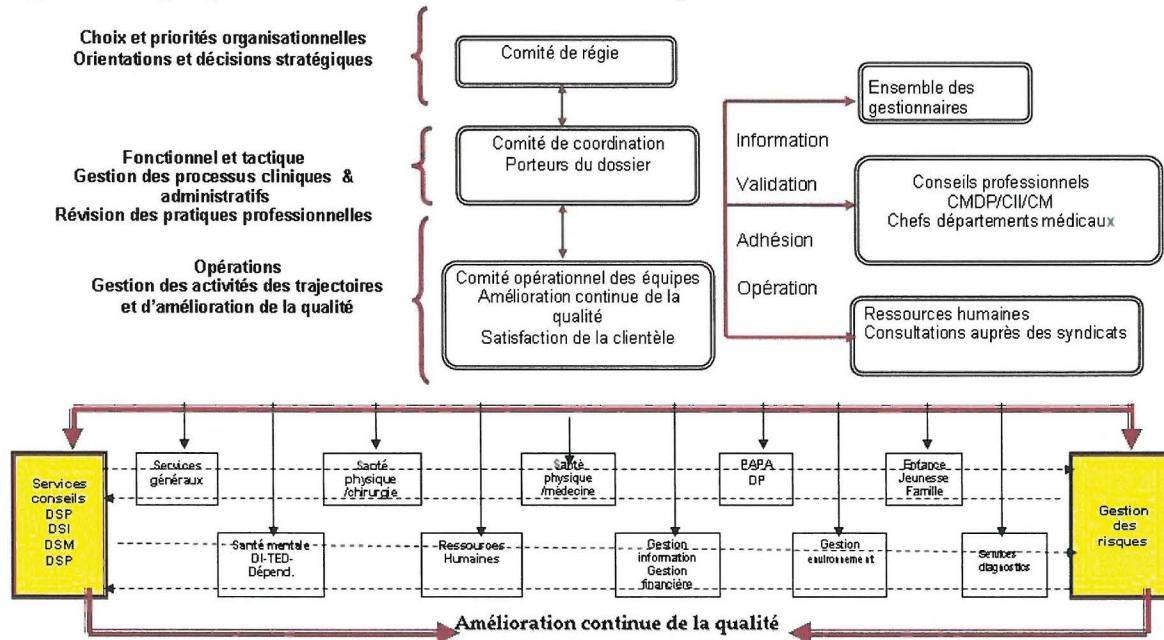
**Figure 3 : Organigramme du Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île**



Source : CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE (CSSS ODI) [2008].  
 « Structure organisationnelle », Montréal, s.n.



**Figure 4 : Organigramme de l'amélioration continue de la qualité**



Source : CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE (CSSS ODI) [2008].  
 « Passer en douceur d'un point de service à l'autre : mise en œuvre du projet clinique », Montréal, s.n.

### 3. Recension des écrits

Le tableau de bord est un outil de gestion permettant d'évaluer, de façon évolutive, la performance d'une organisation d'un aspect spécifique à une vision globale de ses réalisations. Un des aspects les plus intéressants d'un tableau de bord est la possibilité de consulter rapidement et simplement la manière dont l'information qui nous est présentée est ventilée.

La notion de tableau de bord a été introduite par Kaplan et Norton<sup>4</sup> dans les années 90. Ce sont ceux qui ont produit les écrits les plus significatifs à ce sujet jusqu'à maintenant. À cette époque, les deux chercheurs ont publié un article exposant l'utilité et le fonctionnement de leur outil, le comparant à un tableau de bord de voiture identifiant différents indicateurs. Pour eux, le tableau de bord doit permettre de constater rapidement la performance générale d'une organisation ou d'une division afin d'y repérer les problèmes de gestion pour y implanter les changements appropriés.

Cet outil a été approfondi au Québec par Voyer<sup>5</sup> qui s'est notamment intéressé à la méthode utilisée pour réaliser un tableau de bord. La méthode Voyer diffère un peu de celle de Kaplan et Norton, mais elle semble mieux adaptée à la réalité de l'administration publique québécoise<sup>6</sup>. Elle a été à la base de la réalisation du mandat. L'auteur propose cinq étapes pour réaliser le tableau de bord : « l'organisation du projet de tableau de bord, l'identification des préoccupations et objets de gestion et des indicateurs, le design des indicateurs et du tableau de bord : les paramètres et la représentation visuelle, l'informatisation du tableau de bord, la mise en œuvre du tableau de bord »<sup>7</sup>. L'utilisation de cette méthode doit permettre la réalisation d'un tableau de bord d'une plus grande

---

<sup>4</sup> KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (1992). « The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance », Boston (États-Unis), Harvard Business Review, janv.-févr., p. 72.

<sup>5</sup> VOYER, P (2006). *Tableau de bord de gestion et indicateurs de performances*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

<sup>6</sup> KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (1996). *The balanced scorecard : translating strategy into action*, Boston (États-Unis), Harvard Business School Press, p. 294.

<sup>7</sup> VOYER, P (2006). *Tableau de bord de gestion et indicateurs de performances*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 151.

qualité. Il est donc important de reprendre les étapes afin d'en déduire des hypothèses de travail.

### 3.1 L'organisation du projet de tableau de bord

La première étape de la réalisation d'un tableau de bord est la planification du projet. À ce moment, plusieurs éléments doivent être pris en considération, car ils auront une influence importante sur la finalité du projet.

Tout d'abord, il faut cibler les personnes à qui est destinée l'utilisation du tableau de bord. Les caractéristiques de ces personnes permettront de connaître le degré de précision et le type d'indicateurs nécessaires. Les attentes des gens par rapport à l'outil sont également un élément important dans la construction du tableau de bord. Ces attentes peuvent être notamment en lien avec la facilité de la mise à jour, la représentativité de certains aspects de l'organisation plutôt que d'autres, etc. Ils mettront en lumière l'étendue du tableau de bord à mettre en place. L'élément le plus important est la pertinence d'utiliser le tableau de bord comme outil de gestion. Ce dernier n'est pas toujours le modèle à prendre pour l'organisation. Finalement, Kaplan et Norton démontrent deux stratégies de déploiement pour appliquer un tableau de bord<sup>8</sup>, soit une approche pour des sociétés dont les unités sont distinctes et ont des stratégies de gestion différentes et une approche où les sociétés ont des unités identiques, comme dans le cas d'une franchise. En santé, l'organisation peut se classer en grande partie dans la première catégorie puisque chaque direction a des objectifs différents, ce qui devra être reflété dans la réalisation du tableau de bord. La principale différence que mentionnent les auteurs est que dans le secteur de la santé, comparativement à d'autres secteurs publics, les usagers sont primordiaux dans l'organisation<sup>9</sup>. Ainsi,

---

<sup>8</sup> KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (2007). *L'alignement stratégique : créer des synergies par le tableau de bord prospectif*, Paris (France), Eyrolles : Éditions d'Organisation, p. 195.

<sup>9</sup> KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (2001). *The strategy-focused organization : how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*, Boston (États-Unis), Harvard Business School Press p.159.

### 3.4 L'informatisation du tableau de bord

L'étape de l'informatisation du tableau de bord constitue la mise en commun des banques de données utilisées afin de produire l'outil. On mettra également en place les passerelles informatiques permettant une mise à jour facile de l'information, si ce critère a été retenu dans l'élaboration du projet. La mise en page est terminée afin de rendre la navigation aisée entre le tableau de bord et les ventilations. Finalement, on teste l'outil avec différentes personnes pour découvrir les points à améliorer ou encore problématiques.

### 3.5 La mise en œuvre du tableau de bord

L'étape ultime de la mise en place d'un tableau de bord est son implantation dans l'organisation. La phase de mise en œuvre consiste à instaurer le tableau de bord et à s'assurer de son fonctionnement pour tous les utilisateurs. Si le contexte est approprié, une formation ou un guide d'explication peuvent être offerts aux utilisateurs. Le but étant que ces derniers doivent être capables d'utiliser l'outil dans leurs activités de gestion.

## **4. Méthodologie**

La réalisation du mandat a nécessité l'utilisation de plusieurs méthodes qui s'inscrivent dans la démarche académique proposée. Plusieurs techniques n'ont pu être appliquées à la lettre pour de multiples raisons pratiques.

### 4.1 La recherche documentaire

La recherche documentaire constitue un aspect important du travail sur le terrain. En fait, il s'agit du premier lien qui se fait entre le stagiaire et l'organisation. Cette technique permet de se familiariser avec l'organisation et également avec les articles théoriques qui ont été écrits sur des sujets similaires et dans des contextes semblables. Le principal point négatif de la méthode est qu'il est difficile de cerner exactement l'organisation puisqu'en pratique, il existe peu de documents complets et récents sur celle-ci. En effet, la rareté des ressources condamne l'organisation à devoir faire un choix sur les éléments les plus importants à traiter. On comprend bien que la création et la mise à jour de la documentation sur l'organisation n'est pas une priorité dans les organisations de la santé.

Du côté théorique, la méthode a permis de prendre connaissance du modèle montréalais d'évaluation de la performance développé par l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal<sup>11</sup>. Cependant, le comité d'amélioration continue de la qualité a rejeté l'utilisation du modèle à l'appui des recommandations du stagiaire. Le modèle classait tous les indicateurs selon quatre catégories : l'efficience, l'efficacité, l'adaptation et la qualité. Dans le cadre d'un projet portant sur l'ensemble de l'organisation, cette approche aurait pu être intéressante. Comme le projet du stage portait uniquement sur les projets cliniques et encore plus spécifiquement sur trois priorités par programme, l'utilisation du modèle ne rendrait pas justice au travail réalisé au sein de l'organisation. En effet, il serait impossible de s'assurer d'avoir des indicateurs dans les quatre catégories d'évaluation de la

---

<sup>11</sup> AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (Page consulté le 27 janvier 2009). « Tableau de bord stratégie : Évaluer pour s'améliorer! », [En ligne], <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/performance/tb/feuillet.pdf>

performance du modèle, ce qui entraînerait un déséquilibre dans la représentation de l'organisation.

#### 4.2 L'analyse du travail des équipes d'amélioration continue de la qualité

La plus grande partie du stage a consisté à l'analyse des priorités de l'ensemble des équipes d'amélioration continue de la qualité. Cette tâche consistait à formuler des suggestions et des recommandations pour tous les programmes en ce qui a trait à la formulation et le choix des objectifs et des indicateurs retenus. L'analyse s'est faite sans la rencontre et la participation des équipes, ce qui a entraîné des délais substantiels pour obtenir les résultats finaux. Conséquemment, il était parfois difficile de bien saisir le sens qu'elles souhaitaient donner à un objectif et une correction en plusieurs étapes devait être faite pour s'assurer d'éliminer toute confusion.

#### 4.3 L'analyse de données quantitatives

La plus grande place du tableau de bord est réservée aux données quantitatives. Dans le cadre du mandat du stage, les données proviennent de quatre principales banques de données : I-CLSC, SI-URGE, Med-Echo et ADT. Ces banques de données ont pu être consultées grâce au logiciel « Entrepôt de données » et « Magic », ainsi que par le biais du service des archives pour les données dans I-CLSC.

L'analyse des données quantitatives est l'un des aspects fondamental du tableau de bord puisque la crédibilité de l'outil dépend de la fiabilité des données. Dans le cadre du stage, cet élément a constitué un défi particulièrement coriace à relever. En effet, dès les premières recherches, la qualité des données est un aspect qui est apparu incertain. Trois types de problèmes ont été identifiés : les erreurs d'inscription, les erreurs de classification et les erreurs d'interprétation.

Le premier type d'erreur concerne l'entrée des données au sein de l'une des bases de données. Il peut arriver qu'un dossier incomplet soit inscrit dans les bases de données avec de l'information manquante. Il s'agit des informations qui ont été inscrites en raison de l'absence d'une donnée sociodémographique sur l'usager ou d'un diagnostic incomplet de la part d'un professionnel de la santé. L'entrée réalisée peut donc provoquer des distorsions lorsqu'on extrait les données.

Le deuxième type d'erreur se produit lorsque l'information est complète dans le dossier du patient, mais qu'elle n'est pas inscrite correctement dans les banques de données. Il peut s'agir d'un cas où les archivistes ne classent pas l'usager selon les bons critères ou commettent une erreur de transcription en saisissant l'information. L'usager est comptabilisé correctement dans le système d'informatique, c'est-à-dire qu'il ne provoque pas d'erreur de manque d'information par exemple, mais il n'est pas comptabilisé pour les bonnes raisons. Cette erreur provoquait des différences entre les données que possédaient les chefs de programme et les données inscrites dans les bases de données par le service des archives.

Le dernier type d'erreur rencontré concerne l'interprétation des données. Cet aspect n'est pas en lien avec l'entrée des données, mais la collecte de celles-ci à l'intérieur des banques de données. La recherche de la définition exacte des données a été un aspect des plus problématiques. En effet, l'interprétation variait souvent selon la personne qui confirmait les données. À quelques reprises, le service des archives donnait son interprétation et le chef de programme relié à cette information offrait une autre définition. Dans le but de réaliser le mandat, l'information provenant des chefs de programme a été priorisée.

## 5. Résultats

La réalisation du stage a permis de confirmer l'adage populaire voulant que la pratique soit toujours différente de la théorie. Tout au long de l'avancement du mandat, il est apparu clair qu'une différence significative existait et que le modèle, tel que décrit dans une section précédente, ne pouvait s'appliquer intégralement. Plusieurs raisons ont eu une influence considérable sur le déroulement.

Dans tout le processus, la place centrale a été laissée aux équipes d'amélioration continue de la qualité. Elles ont procédé au choix des objectifs ainsi qu'à la sélection des indicateurs. Le Comité des porteurs de dossiers, supporté par le stagiaire, a encadré les équipes en apportant une aide administrative, notamment au niveau de la définition des objectifs et des indicateurs.

Trois critères ont prévalu lors de l'aide apportée aux équipes d'amélioration continue de la qualité pour sélectionner les indicateurs : la pertinence de l'indicateur dans un contexte de gestion et d'évaluation de la performance, la qualité de l'information pouvant être obtenue et la faisabilité de la cueillette et de l'analyse des données.

Le premier livrable qui a été fourni est le tableau de bord du projet clinique, disponible en annexe au document. Dans le mandat, le tableau de bord devait être fait pour chaque programme et inclure les objectifs prioritaires de chacun d'eux. Cependant, il n'a pas été possible de réaliser tout ce qui était demandé. En plus d'un manque de temps, plusieurs comités des programmes ont fourni beaucoup plus que trois priorités, ce qui a allongé grandement le temps d'analyse des objectifs. Ainsi, nous avons également dû faire des choix dans les indicateurs à retenir.

La création de *fiche-indicateur*<sup>12</sup> a également été abandonnée. Cet outil théorique, bien que fort intéressant dans le monde académique, ne semblait pas utile aux membres du Comité de l'amélioration continue de la qualité et ils ont préféré accorder une plus grande importance à l'analyse des objectifs et indicateurs des différentes équipes qu'à cet aspect méthodologique de la réalisation du tableau de bord. Même si cette pratique a pu sembler discutable, la présentation du tableau a été réalisée pour permettre une compréhension immédiate au premier regard.

Le Comité d'amélioration continue de la qualité n'étant pas une instance décisionnelle, les membres du comité ont souhaité que le travail réalisé durant le mandat engendre la volonté des directions de programme de se doter d'un tel outil pour évaluer leurs services. Pour ce faire, l'outil montré devait prouver son utilité pour une direction et être visuellement attrayant et simple à comprendre. Ainsi, d'une volonté d'avoir un tableau de bord fonctionnel incluant différentes ventilations, le comité a choisi d'offrir des exemples de tableaux de bord variés pour le plus grand nombre de programmes possibles.

Le livrable réalisé est constitué d'exemples de tableau de bord pour les programmes : santé physique – médecine, santé physique – chirurgie, enfance – famille – jeunesse – vaccination, personnes âgées en perte d'autonomie – déficience physique, services généraux, gestion de l'environnement et gestion des ressources humaines. Chacun d'entre eux possède au minimum un indicateur et, parfois, celui-ci a également une ventilation d'illustrée. Cependant, pour ne pas mélanger les utilisateurs, les ventilations ont été traitées comme s'ils étaient des indicateurs différents. Il est entendu que ce choix va à l'encontre de la méthodologie. Par contre, en procédant ainsi, l'outil est plus facilement utilisable pour une personne peu expérimentée, ce qui est la priorité du comité.

Le deuxième livrable à être fourni est le plan de suivi et recommandations, également joint en annexe au document. Ce document a permis de montrer clairement les principaux

---

<sup>12</sup> VOYER, P (2006). Tableau de bord de gestion et indicateurs de performances, Presses de l'Université du Québec, Québec.

problèmes du tableau de bord engendrés par les modifications théoriques mentionnées précédemment. Plusieurs recommandations ont été émises afin de répondre aux problèmes théoriques existants.

D'entrée de jeu, il est important de mentionner qu'il y a une différence importante dans l'interprétation des indicateurs entre les programmes cliniques et les programmes administratifs. Les programmes administratifs sont : gestion de l'environnement et gestion des ressources humaines. Pour différentes raisons, ces deux programmes ont mis en place des indicateurs qui n'illustrent pas l'amélioration de l'objectif recherché. Il s'agit en fait d'indicateurs de réalisation. Ces derniers illustrent si une action précise a été posée, mais ne font aucune référence à la qualité de l'atteinte de son objectif. Dans un contexte de suivi de gestion et d'évaluation de la performance, c'est justement cette qualité qui doit être évaluée. Par contre, en utilisant la méthode de Kaplan et Norton<sup>13</sup>, il a été possible d'évaluer sommairement les actifs intangibles informationnels comme la mise en place d'une nouvelle technologie de gestion de l'entretien. Cette évaluation est faite en observant s'il existe de meilleurs systèmes disponibles ailleurs sur le marché. Ensuite, on crée une échelle avec tous les différents systèmes incluant les moins performants que celui utilisé et on mesure la situation par rapport à la position du système actuel.

L'évaluation du projet clinique offre la possibilité de constater l'état de l'avancement des travaux de neuf équipes d'amélioration continue de la qualité. Dans un souci de perfectionnement, certaines modifications devraient être apportées au processus d'évaluation afin d'accroître son utilité de gestion.

Un des principaux éléments que l'on dénote au premier coup d'oeil est le manque de continuité dans la forme et le contenu entre les différents programmes. Cette situation a pour effet de rendre difficiles la lecture, la compréhension du tableau de bord dans son ensemble et la comparaison entre les différents programmes. Une des constantes qui se

---

<sup>13</sup> KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (2004). *Strategy maps : converting intangible assets into tangible outcomes*, Boston (États-Unis), Harvard Business School Press, p. 264.

dégage est que les programmes ne semblent pas avoir les mêmes attentes vis-à-vis de l'évaluation et du tableau de bord.

Cette discordance a pour effet de produire des différences majeures dans les objectifs à évaluer. Ainsi, on remarque la présence de deux types d'objectifs : les objectifs de réalisation et les objectifs d'amélioration. Les objectifs de réalisation sont d'ordre ponctuel et concernent une implantation, un projet ou une action. Pour leur part, les objectifs d'amélioration sont continus et déterminent des cibles qui peuvent être modifiées dans le temps. Ce sont ces derniers qui devraient être représentés dans le tableau de bord du projet clinique. Il n'est pas impossible d'inclure des objectifs de réalisation dans un tableau de bord, mais dans ce cas, il ne s'agirait plus d'un tableau de bord d'appréciation de la qualité. Dans le cas qui nous intéresse, les objectifs doivent permettre aux équipes de se questionner sur les aspects de leur programme qui doivent être améliorés. Ainsi, ils pourront constater une évolution dans le temps et observer le résultat de la portée de leurs actions. Il va sans dire que ces objectifs permettent de définir des actions qui sont plus spécifiques que d'atteindre la réalisation totale d'un projet comme peut l'illustrer, par exemple, un objectif de réalisation.

Afin de pallier cette situation, le comité devrait préciser le projet auprès des différentes directions et du comité d'amélioration continue de la qualité pour s'assurer d'une meilleure participation de ceux-ci. L'implication des gens concernés est à la base de la réussite de l'implantation d'un tableau de bord.

L'harmonisation des objectifs pour l'amélioration continue n'est pas le seul aspect qui rend la comparaison difficile entre les programmes. Le niveau de précision des indicateurs est très volatile d'un programme à l'autre. Certains ont choisi des objectifs de programme définissant de grandes orientations. D'autres ont choisi des objectifs sur des aspects précis pouvant aller jusque dans les détails d'une action réalisée au sein d'un programme.

Pour assurer une meilleure uniformité, le comité devrait veiller à avoir un niveau de précision semblable entre les différents programmes. À ce moment, il serait possible d'avoir une vue d'ensemble des programmes de l'organisation ou, dans le cas contraire, d'aspects particuliers à chacun d'eux. C'est en observant des indicateurs semblables qu'on peut mieux comprendre l'organisation et tenter de tirer des leçons des autres programmes.

Un des aspects qui n'a pas été inclus dans le processus d'évaluation est la satisfaction du personnel et des partenaires dans la communauté. Cette absence rend l'évaluation du projet clinique moins globale dans son ensemble. Le personnel et les partenaires sont partis prenants au projet clinique et sont les maîtres d'œuvre de sa réalisation et de son succès. Ainsi, inclure leur appréciation permettrait de connaître, notamment, l'appui et l'appropriation du projet clinique à l'intérieur de la communauté.

Le tableau de bord réalisé permet de constater l'état de l'organisation au moment de la collecte des données. L'outil prendra tout son sens lorsqu'il permettra de constater l'évolution de la situation à différents moments. Cette continuité du processus d'évaluation permettra une utilisation adéquate des résultats dans un contexte de gestion. La mise à jour des données et la poursuite du processus d'évaluation en continu demeurent la clé du succès du tableau de bord.

## Conclusion

La réalisation du stage a permis de faire une application pratique des enseignements théoriques reçus durant notre scolarité. À la lumière des résultats obtenus, il est aisé de constater qu'il est difficile d'appliquer les modèles théoriques, comme celui de Voyer, dans un environnement en constante évolution. En effet, le perpétuel changement rend la rigidité du tableau de bord imposé par le modèle théorique obsolète pour la réalisation d'une réelle évaluation de la performance de l'organisation. Comme le mouvement du personnel et les modifications de programmes sont nombreux particulièrement dans le domaine de la santé, les objectifs, les indicateurs et les préférences en matière de tableau de bord changent constamment.

Pour bien répondre aux besoins du secteur, le tableau de bord devrait être un outil facilement modifiable. Cependant, pour ce faire, il faudrait attribuer des ressources non négligeables à la réalisation de ce travail, chose qui est difficile à justifier dans le contexte actuel de l'administration publique. De plus, comme les données sont difficiles à obtenir et à valider, il est laborieux de procéder à une mise à jour des données, comme le stipule la méthode Voyer. L'utilisation qu'il en fait se réalise à plus petite échelle qu'une grande organisation du secteur de la santé comme le Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île.

Cependant, ces constatations ne réduisent en rien l'importance du tableau de bord et la nécessité pour une organisation d'en réaliser un. Les gestionnaires doivent être conscients des limites que pose l'outil et ils doivent l'utiliser comme un outil d'aide à la décision imparfait. Il leur permettra de tirer des constatations générales intéressantes, mais insuffisantes pour prendre une décision uniquement sur la base de cette information.

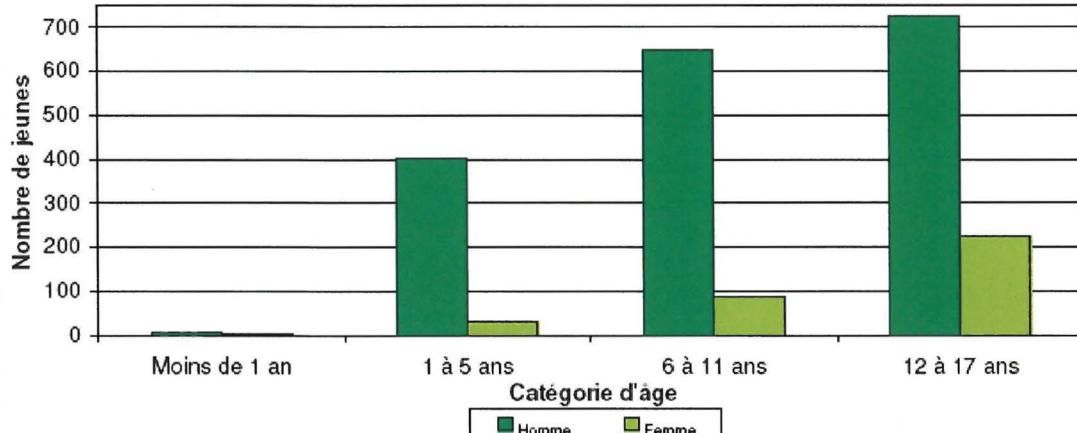
Comme il a été mentionné, un des objectifs du Comité d'amélioration continue de la qualité était de servir de tremplin pour motiver les directions à entreprendre la création et la tenue d'un tableau de bord pour évaluer la performance de leurs programmes. Le mandat semble avoir porté fruit puisque la direction générale de l'établissement a demandé que soit mis en place un tableau de bord pour toutes les directions de l'organisation et que soit refait le tableau de bord actuel du conseil d'administration.

## Bibliographie

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (Page consulté le 27 janvier 2009). « Tableau de bord stratégie : Évaluer pour s'améliorer! », [En ligne], <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/performance/tb/feuillet.pdf>
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE (CSSS ODI) [2008]. « Passer en douceur d'un point de service à l'autre : mise en œuvre du projet clinique », Montréal, s.n.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE (CSSS ODI) [2008]. « Rapport annuel 2007-2008 », Montréal, s.n.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE (CSSS ODI) [2008]. « Structure organisationnelle », Montréal, s.n.
- KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (2007). *L'alignement stratégique : créer des synergies par le tableau de bord prospectif*, Paris (France), Eyrolles : Éditions d'Organisation, p. 195.
- KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (2004). *Strategy maps : converting intangible assets into tangible outcomes*, Boston (États-Unis), Harvard Business School Press, p. 264.
- KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (1992). « The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance », Boston (États-Unis), Harvard Business Review, janv.-févr., p. 72.
- KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (1996). *The balanced scorecard : translating strategy into action*, Boston (États-Unis), Harvard Business School Press, p. 294.
- KAPLAN, Robert S. et David P. NORTON (2001). *The strategy-focused organization : how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*, Boston (États-Unis), Harvard Business School Press p. 159.
- LABIE, Marc (2005). « Comprendre et améliorer la gouvernance des organisations à but non lucratif : vers un apport des tableaux de bord? », Gestion, printemps, p. 78.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consulté le 20 janvier 2009). « Centres de santé et de services sociaux – RLS », [En ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>
- MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES DE FRANCE (2003). « Mieux piloter l'hôpital : les tableaux de bord », *La Revue des Sciences de Gestion*, janvier - février, p. 95.

- MORANA, Joëlle et Gilles PACHÉ (2003). « Quels indicateurs de gestion pour le projet logistique? », Revue Française de Gestion, novembre – décembre, p. 185.
- NASH, Mark A. et Sheila R. POLING (2007). « Improving Quality Through Lean Concepts », *Quality*, décembre 2007, p. 24.
- NOBRE, Thierry (2001). « Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif », Comptabilité – Contrôle – Audit, tome 7, volume 2, p. 125.
- QUÉBEC (2006). « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux », Québec, Éditeur officiel du Québec.
- VOYER, P (2006). *Tableau de bord de gestion et indicateurs de performances*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

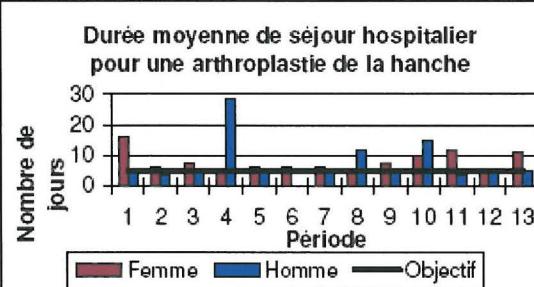
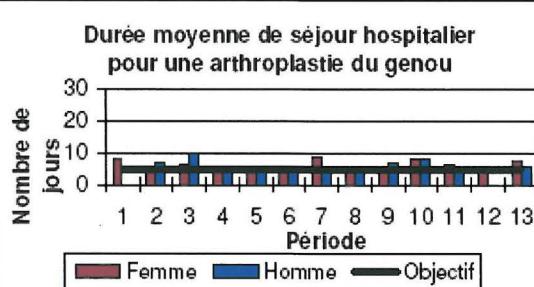
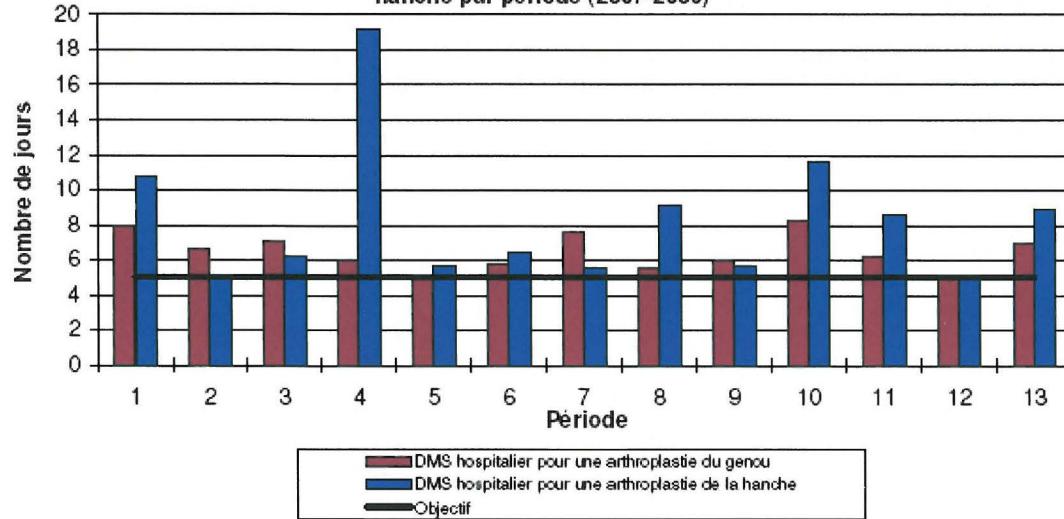
## Annexe 1 – Tableau de bord

 <p style="text-align: center;"><b>Tableau de bord - Projet clinique</b> <b>Enfance - famille - jeunesse - vaccination</b></p>															
<b>Objectif : Augmenter le nombre de mères, de pères, de bébés à naître, et des enfants de 0 à 5 ans vulnérables rejoint par les services de périnatalité et de la petite enfance</b>															
Nombre de mères de moins de 20 ans rejoint par les services de périnatalité (2008-2009)	18	Cible de l'ASSSM	19 Cible atteinte ✓												
Nombre de mères de plus de 20 ans, sous-scolarisé et vivant dans la pauvreté rejoint par les services de périnatalité et de la petite enfance (2008-2009)	10	Cible de l'ASSSM	120 Cible à atteindre X												
<b>Objectif : Augmenter les services psychosociaux aux jeunes et à leur famille</b> <b>Cible : Rejoindre 7,5 % des jeunes du territoire</b>															
Nombre de jeunes rejoint par les services psychosociaux (2008-2009)	676	Cible de l'ASSSM	3675 Cible à atteindre X												
<b>Nombre de jeunes rejoint par les services psychosociaux (2008-2009)</b>															
 <table border="1"> <caption>Data for Bar Chart: Nombre de jeunes rejoint par les services psychosociaux (2008-2009)</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie d'âge</th> <th>Homme</th> <th>Femme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moins de 1 an</td> <td>~10</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1 à 5 ans</td> <td>~400</td> <td>~30</td> </tr> <tr> <td>6 à 11 ans</td> <td>~650</td> <td>~80</td> </tr> <tr> <td>12 à 17 ans</td> <td>~720</td> <td>~220</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie d'âge	Homme	Femme	Moins de 1 an	~10	0	1 à 5 ans	~400	~30	6 à 11 ans	~650	~80	12 à 17 ans	~720	~220
Catégorie d'âge	Homme	Femme													
Moins de 1 an	~10	0													
1 à 5 ans	~400	~30													
6 à 11 ans	~650	~80													
12 à 17 ans	~720	~220													

## Tableau de bord - Projet clinique Santé physique - Chirurgie

**Objectif : Diminuer la durée moyenne de séjour hospitalier  
à la suite d'une arthroplastie du genou ou de la hanche**  
**Cible : Durée moyenne de séjour de 5 jours**

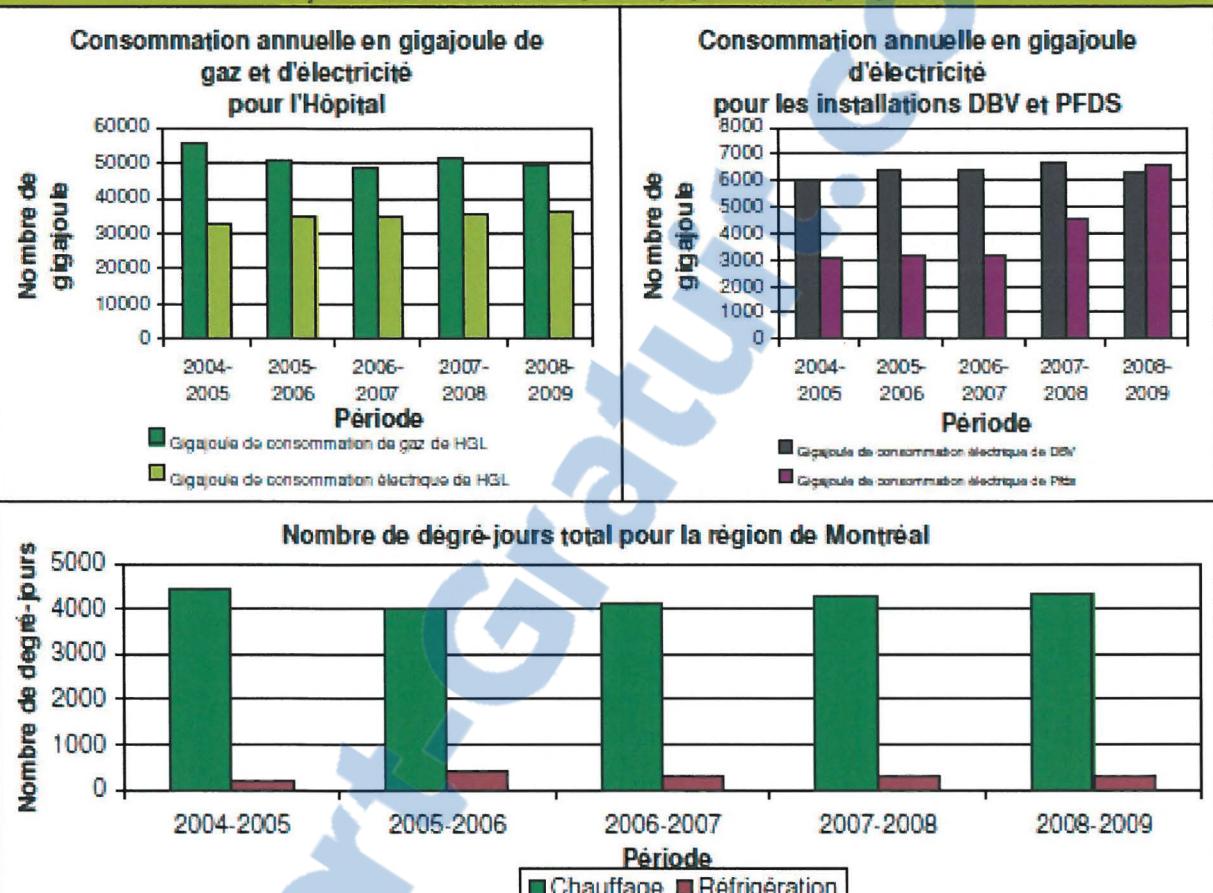
Durée moyenne de séjour hospitalier pour une arthroplastie du genou ou de la hanche par période (2007-2008)



\* La durée moyenne de séjour hospitalier à zéro indique l'absence de chirurgie de ce type durant cette période.

## Tableau de bord - Projet clinique Gestion de l'environnement

### Objectif : Diminuer les coûts d'entretien des installations



\* Le nombre de degré-jours correspond au nombre de degré de différence en terme de chauffage ou de réfrigération avec c la température de référence qui est de 18 degré celsius.

Coûts d'entretien par mètre carré (2008-2009)	HGL	40,90 \$
	DBV	38,72 \$
	PFDS	61,22 \$

### Objectif : Diminuer les coûts des services alimentaires

Coût d'un repas (2008-2009)	HGL	5,71 \$
	DBV	4,46 \$

### Objectif : Ajuster le nombre de routes de travail selon le nombre d'équivalent à un temps complet

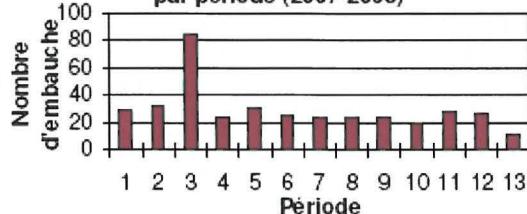
Pourcentage de routes de travail ajusté avec le nombre d'équivalent à un temps complet (2008-2009)	HGL	82,35%
	DBV	87,69%

Tableau de bord - Projet clinique  
Gestion des ressources humaines

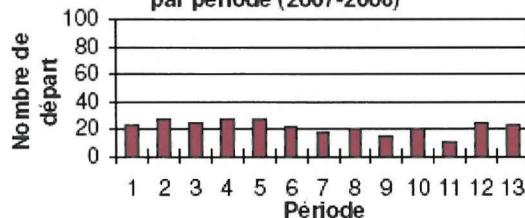
Objectif : Augmenter l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre

Cible : Remplacer les départs à 100 %

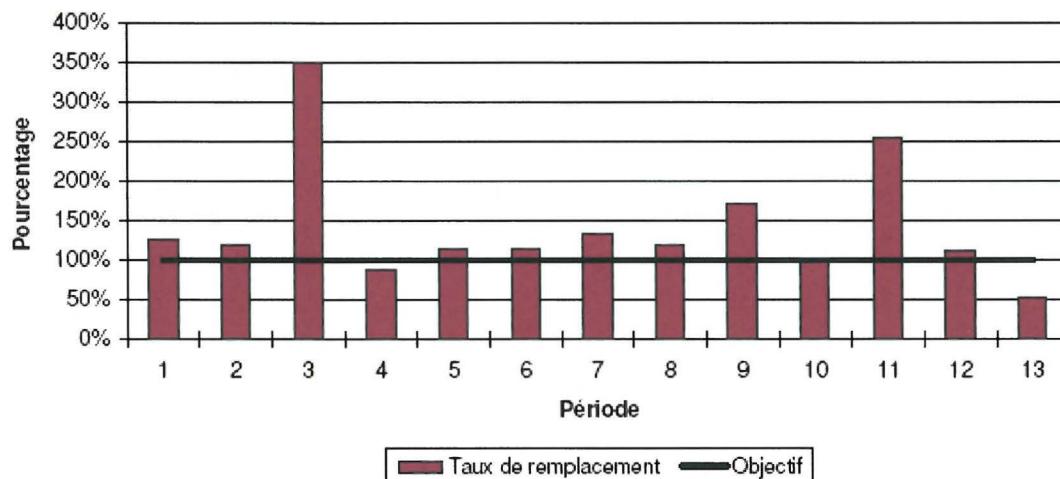
Nombre d'embauche par période (2007-2008)



Nombre de départ par période (2007-2008)

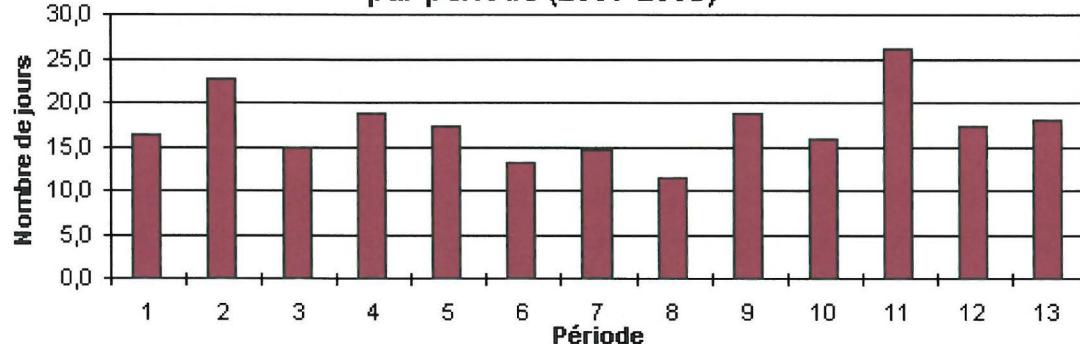


Taux de remplacement du personnel par période (2007-2008)

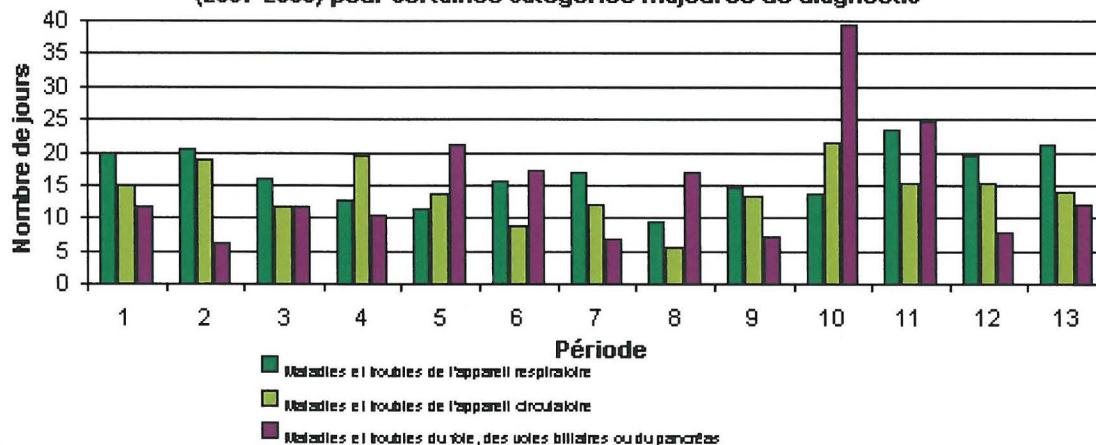


Objectif : Diminuer la durée moyenne de séjour en médecine

**Durée moyenne de séjour en médecine en nombre de jours  
par période (2007-2008)**

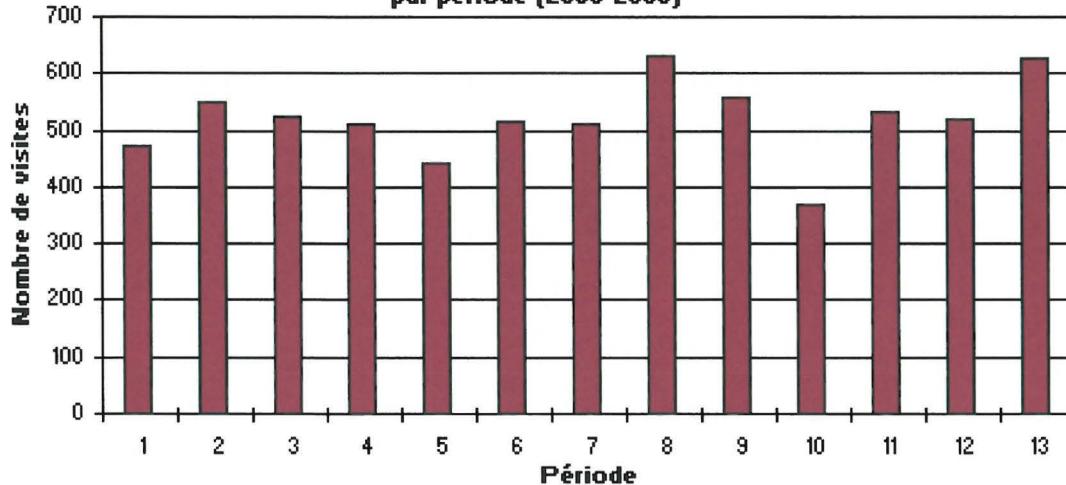


**Durée moyenne de séjour en médecine en nombre de jours par période  
(2007-2008) pour certaines catégories majeures de diagnostic**

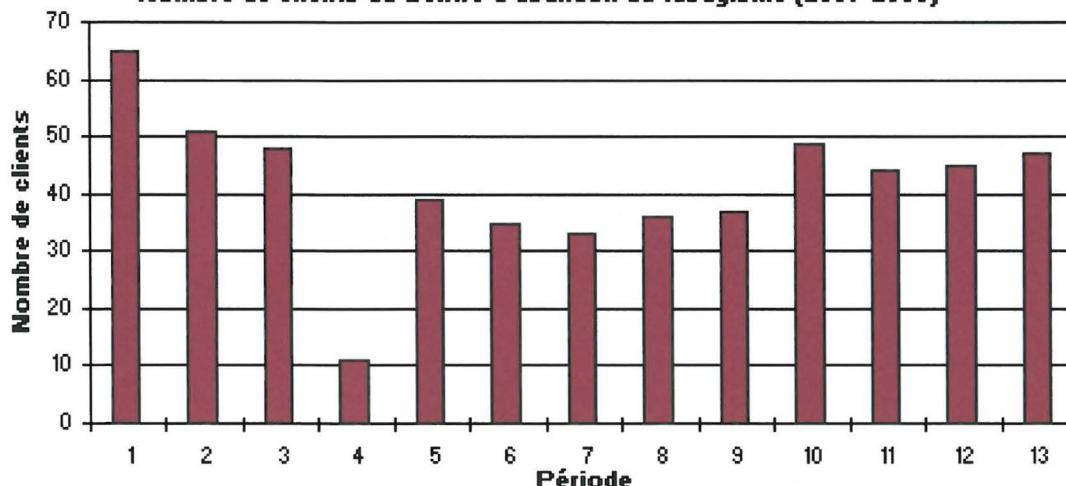


**Objectif : Développer un programme de lutte contre le cancer qui assure une coordination et une intégration de toutes les activités, pour les professionnels et les instances impliquées dans la lutte contre le cancer**

**Nombre de visites à la clinique d'oncologie  
par période (2008-2009)**

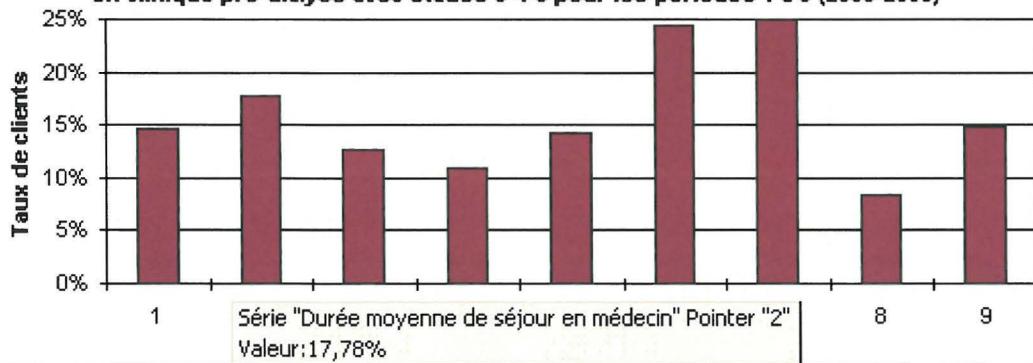


**Nombre de clients du Centre d'abandon du tabagisme (2007-2008)**

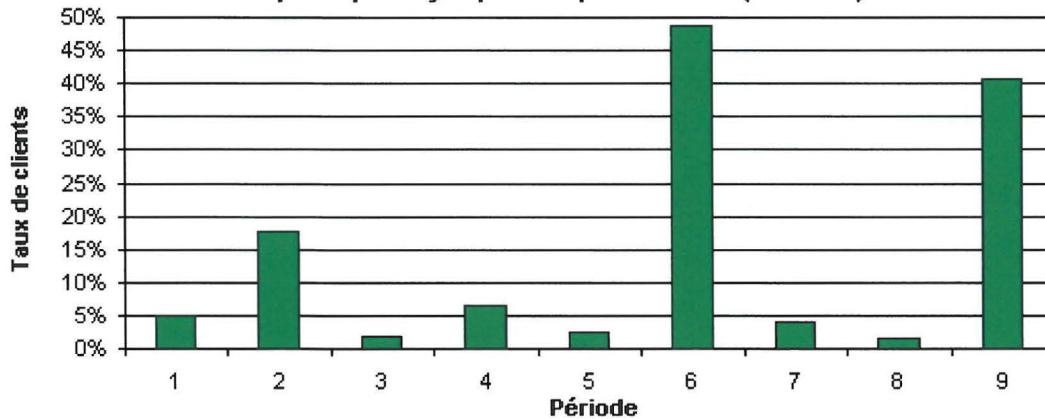


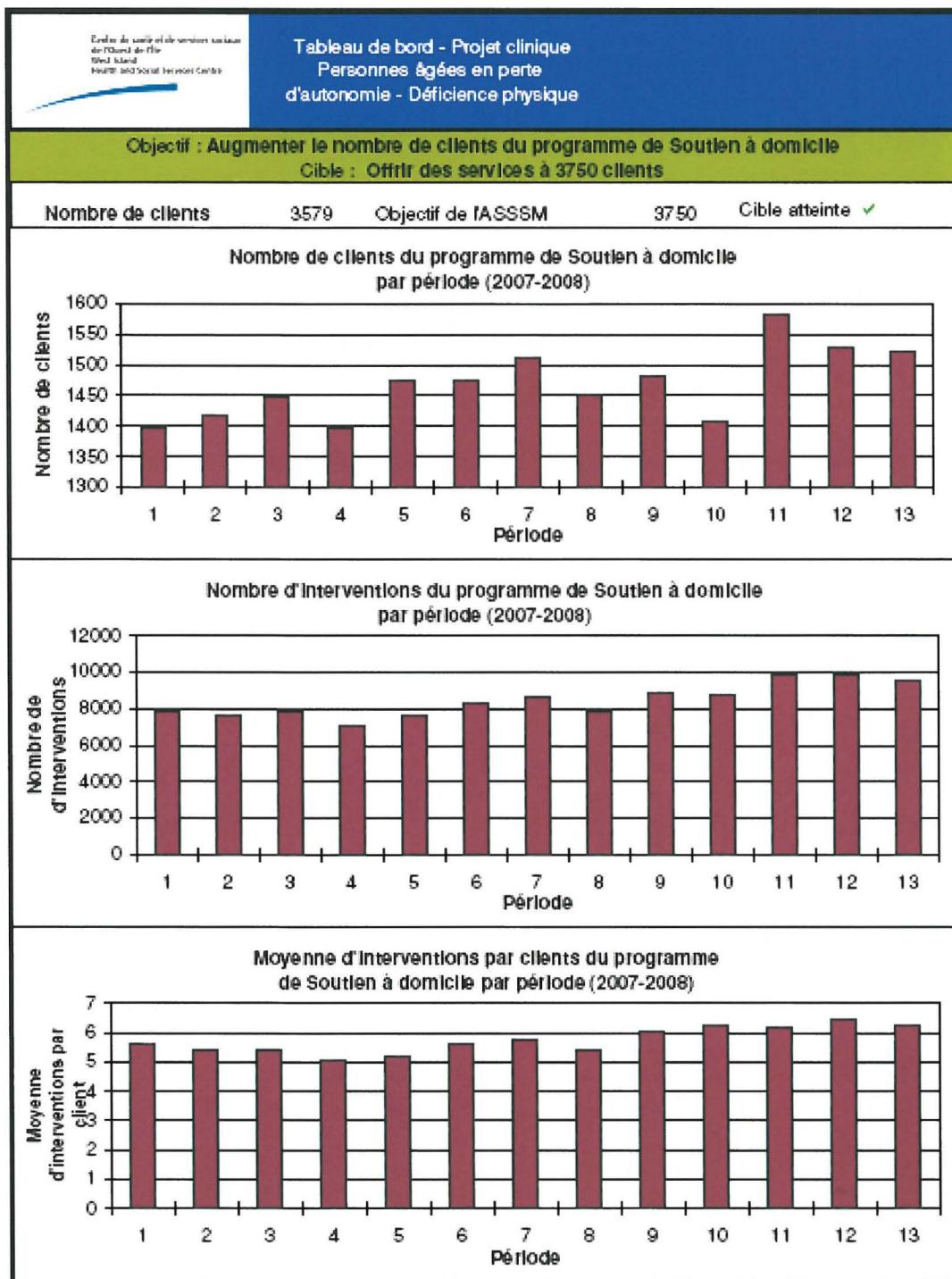
Objectif : Améliorer les stratégies de dépistage en particulier chez les personnes âgées, chez la clientèle diabétique ou/et hypertendue

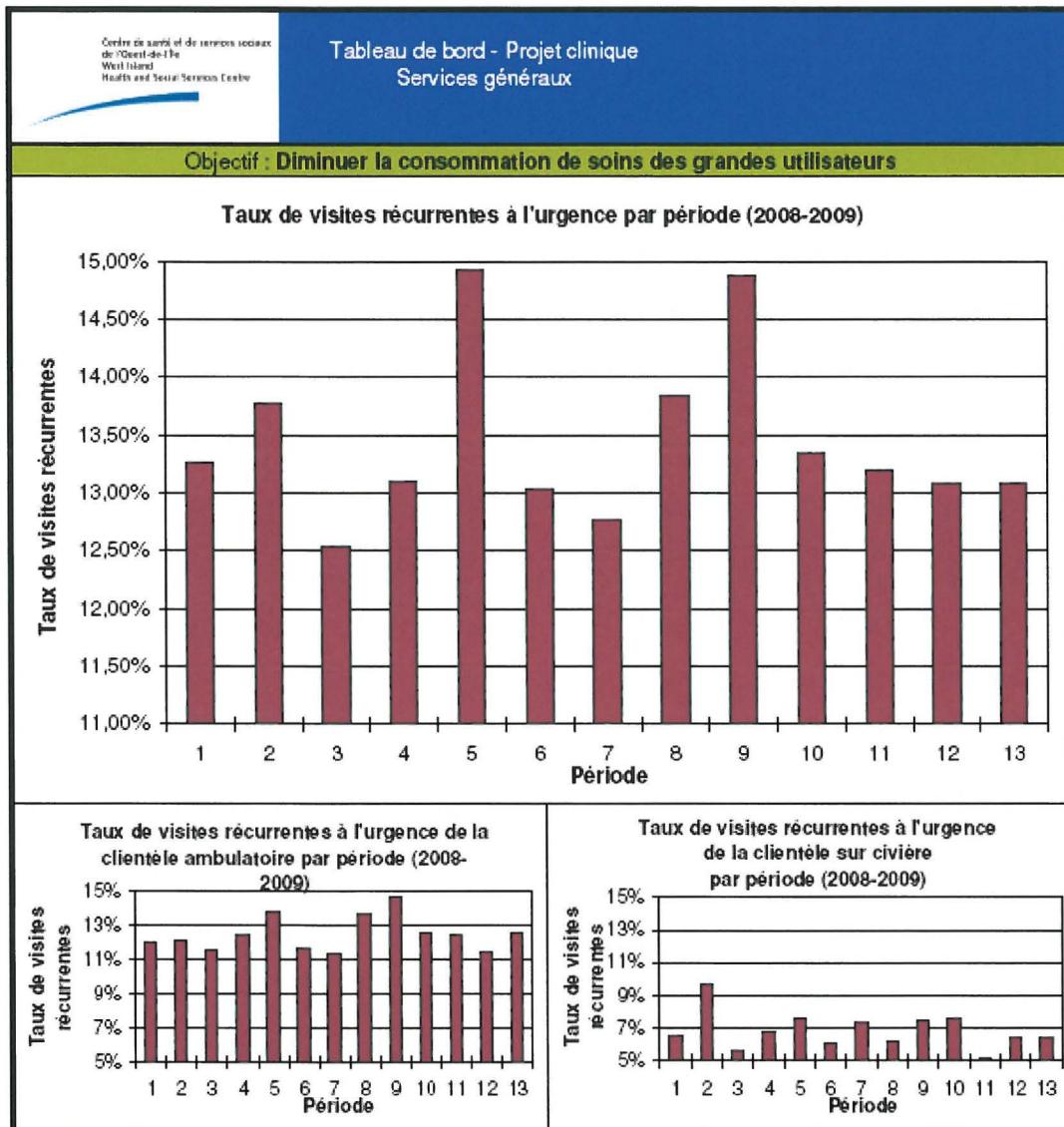
Taux de clients subissant une hémodialyse parmi les clients se présentant en clinique pré-dialyse avec stades 3-4-5 pour les périodes 1 à 9 (2008-2009)



Taux de clients subissant une greffe rénale parmi les clients se présentant en clinique de pré dialyse pour les périodes 1 à 9 (2008-2009)







## Annexe 2 – Plan de suivi et recommandations

Centre de santé et de services sociaux  
de l'Ouest-de-l'Île  
West Island  
Health and Social Services Centre



# Plan de suivi et recommandations

## Évaluation du projet clinique

Pierre Lemay, stagiaire

Janvier – Avril 2009



## **1. Le bilan du processus d'évaluation**

### **1.1 La démarche**

Le tableau de bord du projet clinique a été conçu dans le cadre de la proposition sur l'évaluation du projet clinique déposé au Comité des porteurs de dossiers. L'objectif de cet outil est de permettre un suivi commun des cibles prioritaires des différents programmes, de les faire connaître auprès des intervenants de l'organisation et de permettre une meilleure gestion continue de la qualité.

À la base, le projet d'évaluation déposé prévoyait l'utilisation du modèle montréalais de mesure de la performance développé par le Carrefour montréalais d'information sociosanitaire<sup>14</sup>. Ce modèle évalue l'organisation selon quatre sphères de performance, soit l'efficacité, l'efficience, l'adaptation et la qualité. Après maintes réflexions, la classification proposée par ce modèle a été abandonnée par le Comité puisque les projets cliniques ne représentent pas l'ensemble de l'organisation et ne peuvent pas être utilisés pour évaluer les quatre sphères de performance.

Actuellement, l'approche du modèle *lean* encadre l'amélioration continue de la qualité dans le réseau de la santé. Cette méthode favorise une amélioration continue et graduelle de la qualité en fonction des problèmes observés. Ainsi, des objectifs d'amélioration sont fixés à chaque fois que des problèmes sont rencontrés.

Le tableau de bord réalisé permet de mettre en valeur l'amélioration continue de la qualité réalisée par chaque équipe des programmes. Cette mise en valeur se fait grâce au suivi des objectifs d'amélioration fixés à l'aide des indicateurs développés. L'outil procure également des pistes d'actions pour améliorer les résultats par le biais de l'observation du comportement de l'organisation.

---

<sup>14</sup> Carrefour montréalais d'information sociosanitaire (2006). « Tableau de bord stratégique : Évaluer pour s'améliorer! », <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/performance/tb/feuillet.pdf>

La démarche de création du tableau de bord a été réalisée en trois étapes : l'identification des cibles d'amélioration prioritaires, la définition des indicateurs de performance appropriés et l'élaboration et la mise en place du tableau de bord.

Dans tout le processus, la place centrale a été laissée aux équipes d'amélioration continue de la qualité. Ils ont procédé au choix des objectifs ainsi qu'à la sélection des indicateurs. Le Comité des porteurs de dossiers, supporté par le stagiaire, a encadré les équipes en apportant une aide administrative notamment au niveau de la définition des objectifs et des indicateurs.

Trois critères ont prévalu lorsqu'il s'est agi d'aider les équipes d'amélioration continue de la qualité à sélectionner les indicateurs : la pertinence de l'indicateur dans un contexte de gestion et d'évaluation de la performance, la qualité de l'information pouvant être obtenue et la faisabilité de la cueillette et de l'analyse des données.

Le tableau de bord regroupe l'ensemble des programmes du CSSS de l'Ouest-de-l'Île dans un esprit de synthèse permettant la consultation et l'analyse des objectifs fixés dans le cadre du projet clinique.

## **1.2 Les résultats obtenus**

Basé sur la structure des équipes d'amélioration continue de la qualité, le tableau de bord regroupe les objectifs de neuf des onze équipes d'amélioration continue de la qualité : gestion de l'environnement, gestion de l'information, gestion des ressources humaines, santé physique – médecine, santé physique – chirurgie, santé mentale – DI - TED, enfance – famille – jeunesse – vaccination, services généraux et personnes âgées en perte d'autonomie – déficience physique. Les deux autres équipes d'amélioration continue de la qualité sont le laboratoire et le leadership. Cependant, ces équipes ne sont pas représentées au sein du projet clinique.

Chaque programme a sélectionné trois écarts de service prioritaire. Pour chacun d'eux, ils ont fixé un ou des objectifs à réaliser dans l'intervalle de temps fixé pour le projet clinique, soit pour la période 2009-2010. Afin de mesurer l'atteinte de l'objectif, un ou plusieurs indicateurs ont été choisis pour représenter le plus adéquatement possible les réalisations de l'organisation. Les indicateurs ont été évalués pour l'année 2007-2008 ou 2008-2009 selon les données disponibles à ce moment.

D'entrée de jeu, il est important de mentionner qu'il y a une différence importante dans l'interprétation des indicateurs entre les programmes cliniques et les programmes administratifs. Les programmes administratifs sont : gestion de l'environnement, gestion de l'information et gestion des ressources humaines. Pour différentes raisons, ces trois programmes ont mis en place des indicateurs qui n'illustrent pas l'amélioration de l'objectif recherché. Il s'agit en fait d'indicateurs de réalisation. Ces derniers illustrent si une action précise a été posée, mais ne fait aucune référence à la qualité de l'atteinte de son objectif.

## **2. La poursuite de l'évaluation**

L'évaluation du projet clinique offre la possibilité de constater l'état de l'avancement des travaux de neuf équipes d'amélioration continue de la qualité. Dans un souci de perfectionnement, certaines modifications devraient être apportées au processus d'évaluation afin d'accroître son utilité de gestion.

### **2.1 Mieux définir les attentes**

Un des principaux éléments que l'on dénote au premier coup d'oeil est le manque de continuité dans la forme et le contenu entre les différents programmes. Cette situation a pour effet de rendre difficiles la lecture, la compréhension du tableau de bord dans son ensemble et la comparaison entre les différents programmes. Une des constantes qui se dégage est que les programmes ne semblent pas avoir les mêmes attentes vis-à-vis de l'évaluation et du tableau de bord.

Cette discordance a pour effet de produire des différences majeures dans les objectifs à évaluer. Ainsi, on remarque la présence de deux types d'objectifs : les objectifs de réalisation et les objectifs d'amélioration. Les objectifs de réalisation sont d'ordre ponctuel et concernent une implantation, un projet ou une action. Pour leur part, les objectifs d'amélioration sont continus et déterminent des cibles qui peuvent être modifiées dans le temps. Ce sont ces derniers qui devraient être représentés dans le tableau de bord du projet clinique. Il n'est pas impossible d'inclure des objectifs de réalisation dans un tableau de bord, mais dans ce cas, il ne s'agirait plus d'un tableau de bord d'appréciation de la qualité. Dans le cas qui nous intéresse, les objectifs doivent permettre aux équipes de se questionner sur les aspects de leur programme qui doivent être améliorés. Ainsi, ils pourront constater une évolution dans le temps et observer le résultat de la portée de leurs actions. Il va sans dire que ces objectifs permettent de définir des actions qui sont plus spécifiques que d'atteindre la réalisation totale d'un projet comme peut l'illustrer, par exemple, un objectif de réalisation.

Afin de pallier cette situation, le comité devrait préciser le projet auprès des différentes directions et du comité d'amélioration continue de la qualité pour s'assurer d'une meilleure participation de ceux-ci. L'implication des gens concernés est à la base de la réussite de l'implantation d'un tableau de bord.

## **2.2 Utiliser des objectifs comparables**

L'harmonisation des objectifs pour l'amélioration continue n'est pas le seul aspect qui rend la comparaison difficile entre les programmes. Le niveau de précision des indicateurs est très volatile d'un programme à l'autre. Certains ont choisi des objectifs de programme définissant de grandes orientations. D'autres ont choisi des objectifs sur des aspects précis pouvant aller jusque dans les détails d'une action réalisée au sein d'un programme.

Pour assurer une meilleure uniformité, le comité devrait veiller à avoir un niveau de précision semblable entre les différents programmes. À ce moment, il serait possible d'avoir une vue d'ensemble des programmes de l'organisation ou, dans le cas contraire,

d'aspects particuliers à chacun d'eux. C'est en observant des indicateurs semblables qu'on peut mieux comprendre l'organisation et tenter de tirer des leçons des autres programmes.

### **2.3 Inclure la satisfaction du personnel et des partenaires**

Un des aspects qui n'a pas été inclus dans le processus d'évaluation est la satisfaction du personnel et des partenaires dans la communauté. Cette absence rend l'évaluation du projet clinique moins globale dans son ensemble. Le personnel et les partenaires sont partis prenants au projet clinique et sont les maîtres d'œuvre de sa réalisation et de son succès. Ainsi, inclure leur appréciation permettrait de connaître, notamment, l'appui et l'appropriation du projet clinique à l'intérieur de la communauté.

### **2.4 Rendre le processus d'évaluation continu**

Le tableau de bord réalisé permet de constater l'état de l'organisation au moment de la collecte des données. L'outil prendra tout son sens lorsqu'il permettra de constater l'évolution de la situation à différents moments. Cette continuité du processus d'évaluation permettra une utilisation adéquate des résultats dans un contexte de gestion. La mise à jour des données et la poursuite du processus d'évaluation en continu demeure la clé du succès du tableau de bord.