



POLITIQUE		DÉPARTEMENT : DIRECTION GÉNÉRALE	
POLITIQUE DE GESTION INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE			Version n° 1
Destinataire : À tout le personnel et les médecins du CRSSS de la Baie-James			
Responsable de l'application : Président-directeur général			
Signature :		LU ET APPROUVÉ PAR Présidente-directrice générale	14 mars 2017 Date

1. PRÉAMBULE, OBJECTIF ET BUTS

Les experts reconnaissent qu'un système de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses objectifs en matière d'accessibilité des services, de qualité des services et d'optimisation des ressources. C'est pourquoi le CRSSS de la Baie-James a intégré ses dimensions dans sa vision du Vrai Nord qui lui sert de repères dans sa recherche de gestion intégrée de la performance.

Le contexte actuel fait en sorte qu'il est difficile de trouver une adéquation entre tous ces objectifs poursuivis. La pénurie de ressources tant humaines que financières en lien avec la hausse des besoins sociaux et de santé actuels et futurs commande un défi de gestion axé sur la mesure et la gestion par résultats.

En tant que responsable de la gestion du système de santé et de services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) convie l'ensemble du réseau autour de trois orientations communes décrites dans son plan stratégique 2015-2020:

1. Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes;
2. Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers;
3. Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement.

C'est dans cette volonté que le CRSSS de la Baie-James se dote d'une politique de gestion intégrée de la performance.

La présente politique vise à fournir les balises nécessaires à l'implantation d'une culture de mesure de la performance et de gestion par résultats pour des services centrés sur l'utilisateur. L'utilisation de données populationnelles, clientèles et administratives devrait permettre d'identifier nos zones d'amélioration selon différentes approches : les pratiques organisationnelles requises, les normes d'agrément, les standards ministériels, les meilleures pratiques et l'analyse de certains ratios comparatifs dans le temps et dans l'espace. Les écarts rencontrés sont prétextes à une démarche d'amélioration continue et

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abrogé :	Page 1 de 17
-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------	--------------	----------	---------------------

d'organisation apprenante afin de trouver un équilibre entre toutes les dimensions de la performance¹ telles que défini dans le Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux.

À l'échelle régionale, le contexte socio-économique nord-qubécois amène son lot de défis dans cette gestion de la performance. En effet, l'éloignement, l'isolement et les mouvements de population importants (liés à l'économie cyclique de la région) incitent encore plus à garantir l'accessibilité et la qualité des services. Pour ce faire, la caractérisation des trajectoires de clientèles et l'optimisation des processus doivent être au cœur de nos pratiques de gestion de la performance afin de répondre à une hausse ou une baisse éventuelle de population à desservir, qu'elle soit liée au développement socio-économique du territoire, au vieillissement de la population ou aux problématiques de santé et de bien-être émergentes.

Les objectifs de cette politique sont de :

- Assurer une prestation de services accessibles, sécuritaires et de qualité dans le cadre des divers continuums de services intégrés;
- Gérer avec efficience et efficacité les ressources humaines, financières, matérielles, technologiques et informationnelles disponibles afin de maintenir des services de proximité;
- Mobiliser les ressources humaines pouvant le mieux y contribuer tout en légitimant les rôles et responsabilités et en soutenant le développement des compétences dans cette culture de performance et de qualité;
- Faciliter l'échange d'information et la mise au point des outils nécessaires d'aide à la décision afin de mesurer le degré d'atteinte des priorités régionales de santé et de bien-être dans une volonté de pérenniser le réseau sociosanitaire (gestion des risques, contrôle des coûts, élimination des gaspillages) et de répondre à nos obligations légales :
 - D'informer la population sur son état de santé et de bien-être;
 - De mesurer la satisfaction des usagers par rapport à l'expérience personnelle de soins des individus ou de leurs proches eu égard à l'accessibilité, la continuité et la qualité des services;
 - De rendre compte de la mesure de la performance du CRSSS de la Baie-James dans le cycle annuel de gestion² tout en respectant les cibles ministérielles.
- Favoriser l'essor d'initiatives diverses au sein de l'établissement en vue d'améliorer la performance organisationnelle selon des références communes;
- Soutenir le développement d'une approche de soins qui oriente tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services qui a pour fondement des

¹ Voir annexe 1 : Dimensions de la performance

² Voir annexe 2 : Cycle annuel de gestion

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 2 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	----------------------------

partenariats mutuellement bénéfiques entre les usagers, les familles et les prestataires de services.

2. CADRE JURIDIQUE

- La *Loi sur les services de santé et les services sociaux – L.R.Q., chapitre S-4.2*;
- La *Loi sur la santé publique – L.R.Q., chapitre S-2.2*;
- La *Planification stratégique ministérielle 2015-2020*;
- Le cadre de gestion de l'Entente de gestion et d'imputabilité, révisé en 2013;
- La *Loi sur l'administration publique* (L.R.Q., c. A-6.01), adoptée en mai 2000;
- Le *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*;
- Normes *leadership et gouvernance* Programme d'Agrément Canada, Qmemtum, version 11.

3. CHAMPS D'APPLICATION

La présente politique a une portée transversale sur les rôles de tous les employés et médecins en présence à des degrés divers. Ces rôles, définis pour la plupart par le MSSS, comprennent la production de données, la mesure et l'évaluation de la performance, le conseil et le soutien, le contrôle et la certification, et enfin, l'information à la population³. À ces rôles, nous ajoutons le pilotage et l'action. Ainsi, les acteurs sont invités à améliorer les divers processus associés à :

- La gestion qui consiste à planifier, à répartir les ressources, à coordonner, à contrôler et à rendre compte;
- La production de données qui consiste à recueillir des informations et à les colliger dans des fichiers de données;
- La mesure qui consiste à identifier des indicateurs, à les calculer à partir des données et à définir des normes s'y rapportant;
- L'appréciation qui consiste à comprendre et à juger à partir des mesures et des normes correspondantes;
- Le conseil qui consiste à émettre des recommandations aux gestionnaires;
- Le contrôle et la certification qui consistent à veiller au respect des lois et des normes par les gestionnaires;
- L'information à la population qui consiste à diffuser de l'information à la population;

³ Ces rôles sont définis par la Direction générale adjointe de la performance au MSSS au sein d'un document de travail intitulé : *Évaluation et gestion de la performance du système public de santé et de services sociaux : rôles et responsabilités*, automne 2013

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 3 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	----------------------------

- Le pilotage qui consiste à prioriser, susciter et soutenir le changement, suivre la progression et les résultats;
- L'action qui consiste à fixer de nouveaux objectifs, identifier des cibles, trouver des solutions et innover.

Cette politique guide l'ensemble des politiques et procédures visant la mise en place des bonnes pratiques en gestion de la performance.

4. DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS

CIBLE :

Valeur de l'indicateur qui correspond à la valeur souhaitée ou la condition désirée, la cible de performance étant idéalement établie sur la base des meilleures pratiques.

CONTINUUM

La notion de continuum de services renvoie à la fois à la continuité et à la complémentarité des services nécessaires à une population, partant de la promotion/prévention au plan populationnel jusqu'aux interventions curatives en individuel. Un continuum de services reconnaît explicitement que les populations ont des besoins auxquels un ensemble d'organismes et d'établissements doivent répondre. Ces instances et les activités offertes constituent autant de maillons du continuum de services.

EFFICACITÉ

Rapport entre les résultats obtenus et les objectifs fixés ou la capacité d'améliorer la santé et le bien-être.

EFFICIENCE

Capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières et informationnelles) de façon optimale. Rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées pour les atteindre.

ÉVALUER

Recueillir des informations sur des processus qui nous intéressent, d'en apprécier la pertinence et la validité au moyen d'un jugement de valeur, pour ultimement améliorer et optimiser les services et aider à la prise de décision.

GESTION PAR RÉSULTAT

Implique des instruments de mesure et des indicateurs développés au niveau de chaque palier d'intervention (local, régional, national) afin de permettre à chacun d'apprécier, dans le temps et dans l'espace, sa performance, compte tenu des rôles et des responsabilités qui lui sont propres.

GOUVERNANCE

La gouvernance consiste à mettre en œuvre tous les moyens pour qu'un organisme puisse réaliser les fins pour lesquelles il a été créé, et ce, de façon transparente, efficiente et respectueuse des attentes de ses parties prenantes.

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 4 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	----------------------------

La gouvernance est donc faite de règles d'imputabilité et de principes de fonctionnement mis en place par le conseil d'administration pour en arrêter les orientations stratégiques et favoriser l'émergence de valeurs de probité et d'excellence au sein de l'organisation.

INDICATEUR

Un indicateur est toute mesure, relative ou non, utilisée pour apprécier les résultats obtenus, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux ou le contexte externe. Par une mesure, on établit une grandeur, une quantité, un indice, un état de situation ou un degré de réalisation par rapport à une étape donnée. La mesure a un sens et elle est liée à une préoccupation, à l'objectif à atteindre. Elle permet de scruter un aspect, une dimension d'un phénomène ou d'une activité et d'en comprendre la portée ou la finalité.

L'indicateur peut exprimer une mesure simple (nombre) en présentant une seule variable. Il peut aussi mettre en relation deux ou plusieurs variables (pourcentage, ratio). L'indicateur peut être mis en relation avec une cible, avec un indicateur rattaché à d'autres objectifs ou un indicateur similaire d'une autre organisation. La mesure permet d'évaluer, de juger, de comparer, d'analyser la progression, de vérifier, de contrôler.

IMPUTABILITÉ

Évaluation pour déterminer si l'établissement produit les résultats attendus ou s'il s'acquitte convenablement de ses responsabilités.

PERFORMANCE

Un système de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses buts et objectifs en matière d'accessibilité des services; de qualité des services et d'optimisation des ressources, qui réalise les mandats qui lui sont confiés, en conformité avec les valeurs qui animent ses actions, et qui optimisent sa production compte tenu des ressources dont il dispose.

PROPRIÉTAIRE

Personne à laquelle est imputée la responsabilité de s'assurer qu'un continuum, une chaîne de valeur ou un processus est adapté aux besoins des usagers. Les responsabilités du propriétaire comprennent la gestion des changements, l'amélioration continue du processus et de ses mesures. Ce rôle est joué par un gestionnaire.

TABLEAU DE BORD

Ensemble d'indicateurs statistiques définis par un ou plusieurs gestionnaires, alimentés par un ou plusieurs systèmes d'information, visant à illustrer de manière schématique et simplifiée, une réalité souvent complexe, pour en prendre la mesure, apporter des correctifs, et surveiller l'atteinte des résultats.

TRAJECTOIRES DE SOINS ET SERVICES

Est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Elle vise la performance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant la même pathologie ou la même situation de dépendance. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des règles de bonnes pratiques en faisant appel à l'analyse des processus. Elle a pour

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 5 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	----------------------------

objectifs de planifier, organiser et assurer la prise en charge des patients de façon consensuelle.

5. PRINCIPES DIRECTEURS

Afin d'assurer une gestion optimale en santé et services sociaux, et de favoriser une synergie entre les divers acteurs impliqués, il y a lieu de se doter de principes directeurs qui permettent de guider nos actions:

1. Cette politique met à l'avant-plan les valeurs organisationnelles ainsi que les approches de « services centrés sur l'usager⁴ » et d'amélioration continue.
2. La recherche en continu de la performance du système de santé et de services sociaux est une responsabilité organisationnelle qui requiert la poursuite d'un but commun, soit celui d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population des continuums et des trajectoires de soins et services.
3. Cette responsabilité populationnelle est au cœur de l'implantation d'une culture de performance laquelle vise à soutenir l'évolution optimale de l'offre de services de l'établissement en lien avec nos partenaires dans le respect des ressources consenties.
4. La performance organisationnelle du système public de santé et de services sociaux s'appuie sur un modèle équilibré des diverses dimensions de la performance.
5. La gestion intégrée de la performance regroupe tous les membres du personnel et les médecins qui doivent agir de façon proactive et innovante dans le respect de la spécificité et de la complémentarité des rôles et responsabilités afin de positionner le CRSSS de la Baie-James comme un modèle d'efficacité unique de par ses particularités nordiques.
6. La mesure de la performance doit être fondée sur des indicateurs d'impacts et de processus, fiables, disponibles, simples à calculer et utiles pour l'ensemble des ressources du réseau de la santé et des services sociaux.
7. L'appréciation de la performance réfère à des standards ministériels et des données probantes tout en prenant en compte des particularités régionales et locales (taille de l'organisation, profil de la population, dynamique la communauté, composition des équipes de travail, etc.) dans la détermination des cibles à atteindre. Ainsi, elle ne vise pas à d'abord à justifier des écarts, mais à encourager une démarche d'amélioration continue.
8. La gestion performante du système public de santé et de services sociaux prend appui sur les notions d'organisation apprenante et d'accompagnement des équipes de travail en matière de planification et d'évaluation de la performance. Pour ce faire, l'établissement favorise le développement d'outils et de compétences visant à soutenir les gestionnaires, le personnel et les médecins.
9. L'imputabilité de l'établissement en matière de performance du système jamésien de santé et de services sociaux s'inscrit dans un cycle de gestion où chaque direction

⁴ Tel que défini par Agrément Canada

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 6 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	----------------------------

est responsable d'identifier des zones de non-performance et de mettre en œuvre des activités de planification et d'évaluation de la performance et d'en rendre compte.

10. L'évaluation globale et intégrée de la performance doit mesurer les progrès réalisés face aux enjeux de la planification stratégique ministérielle, c'est-à-dire les orientations nationales, l'atteinte des résultats de l'entente de gestion et d'imputabilité et du plan d'action qui en découle ainsi que les travaux nationaux et régionaux sur l'appréciation de la performance et de la qualité.
11. Le recours aux outils de performance et d'amélioration continu et aux salles de pilotage permet le déploiement de l'alignement, de la priorisation et de la concertation pour l'établissement et le MSSS, mais également une base pour assurer une communication bidirectionnelle cohérente. Les salles de pilotage s'intègrent dans une culture de gestion de la performance centrée sur les besoins de la population.

6. STRUCTURE FONCTIONNELLE

6.1 Responsabilités des différents intervenants :

Le conseil d'administration

- Le conseil d'administration adopte les principes directeurs de l'établissement en matière de gestion de la performance.
- Il s'assure que la gestion de la performance est coordonnée par la direction générale de l'établissement et que cette dernière joue son rôle de cohésion et de pilotage de cette gestion intégrée;
- Il s'assure également que les dimensions de la performance sont équilibrées entre autres par la distribution équitable des ressources selon les cibles établies et la mission de l'organisation.

Le président-directeur général (PDG)

- Le président-directeur général est le promoteur principal de la gestion intégrée de la performance et de la qualité au sein de l'établissement;
- Il transmet ses attentes à son personnel d'encadrement en matière de gestion intégrée de la performance et de la qualité;
- Il détermine l'ordonnancement de la stratégie de gestion intégrée de la performance et de la qualité;
- Il approuve les règlements, directives et procédures découlant de la présente politique;
- Il s'assure que les priorités organisationnelles en matière de gestion de la performance et de la qualité sont déployées selon les principes directeurs adoptés par le conseil d'administration;
- En collaboration avec le comité de direction, il détermine les projets et les critères de performance, mandate les personnes chargées d'en assurer la gestion et l'évaluation;
- Il présente au conseil d'administration les activités d'appréciation intégrée de la performance ainsi que les résultats obtenus;

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 7 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	----------------------------

- Il concerte les directions pour préparer un tableau de bord stratégique en fonction du plan stratégique quinquennal;
- Il soutient la saine adéquation entre les différentes dimensions de la gestion intégrée de la performance dans l'application du modèle retenu;
- Il prend les décisions qui s'imposent selon les recommandations du comité de direction;

Le comité de direction

- En soutien au président-directeur général, le comité de direction priorise les objets d'évaluation de la performance dans un contexte d'amélioration continue;
- Il s'assure de l'alignement stratégique (cascade-escalade) des priorités organisationnelles permettant l'évaluation de la gestion intégrée de la performance et de la qualité;
- Il identifie les propriétaires et les collaborateurs afin de positionner la gouvernance clinique;
- Il recommande au président-directeur général les plans d'action pour soutenir les priorités organisationnelles et s'assure de la cohérence des activités et des résultats attendus liés à la gestion intégrée de la performance et de la qualité;
- Il constate les écarts de performance à l'aide d'indicateurs, il identifie les obstacles et les occasions de réaliser des gains en matière d'accessibilité-continuité, de qualité-sécurité et d'optimisation des ressources.

L'adjoint au président-directeur général – Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration

En soutien à l'équipe de direction, cette personne exerce un rôle stratégique au niveau de la transformation de l'organisation. Elle agit comme catalyseur de résultats auprès des différents acteurs au sein de l'établissement. Appuyée de son équipe, elle exerce un rôle d'encadrement hiérarchique sur son équipe et un rôle de soutien auprès des autres directions de l'établissement, mandatée de collaborer avec elle.

- L'adjoint au président-directeur général – Qualité, performance, évaluation, éthique soutien et administration met en œuvre une stratégie d'implantation et de pérennisation de la culture de la performance et de l'amélioration continue au sein du CRSSS de la Baie-James conformément aux fondements de l'approche de gestion Lean et de l'approche partenaire de soins;
- Il exerce un rôle-conseil auprès des gestionnaires et de leurs équipes afin de soutenir la performance de chacune des directions et l'atteinte des cibles fixées en assurant l'accompagnement requis pour la révision des processus et l'implantation de la gestion quotidienne de la performance et de l'amélioration continue à l'aide d'outils standardisés;
- Il utilise une approche de coaching qui suscite la contribution des partenaires, directeurs, gestionnaires et leurs équipes afin de développer leur potentiel et accroître leur autonomie dans l'application de l'approche Lean;
- Il a la responsabilité du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement;

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 8 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	----------------------------

- Il met en place dans l'ensemble de l'organisation, des mécanismes de gestion de l'amélioration continue au quotidien (stations visuelles);
- Il veille au déploiement, à l'intégration et à l'appropriation des meilleures pratiques associées à l'approche Lean au sein des équipes;
- Il effectue la cueillette, l'analyse et la gestion informationnelle de l'ensemble des données nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions et propose des recommandations appropriées aux gestionnaires concernés, exploite différents systèmes d'information et autres logiciels d'extraction des données;
- Il soutient les directions dans l'identification d'indicateurs afin de concevoir des tableaux de bord stratégiques, tactiques et opérationnels pour l'évaluation de la performance des différents secteurs de l'organisation;
- Il développe, organise et propose des méthodes de suivi de gestion qui permettent de faciliter la prise de décision et mettre en place une stratégie d'information et de diffusion des données intégrées et de mesure selon les secteurs d'activités identifiés et les clientèles concernées;
- Il procède avec l'approbation des gestionnaires concernés à des audits pour mesurer des processus et proposer des projets d'amélioration continue afin d'augmenter la performance de l'organisation;
- Il soutient le développement global des connaissances de la performance et de l'amélioration continue en offrant de la formation;
- Il clôture les différents projets transversaux en générant un bilan ainsi qu'une liste des leçons apprises;
- Il rédige des règlements, directives et procédures découlant de la présente politique;
- Il assume le pilotage de banque de données, valide la saisie des données dans les systèmes clientèle, soutient les intervenants et génère des rapports pour les équipes;

Les gestionnaires

Selon les descriptions de fonction des gestionnaires de l'ensemble de l'établissement (2016), on y trouve les rôles et responsabilités en matière de gestion de la performance selon le profil d'emploi (cadre supérieur, adjoint au directeur et cadre intermédiaire). Ainsi, pour chacun des objectifs poursuivis ci-dessous, des comportements de gestion sont attendus. Ces objectifs sont les suivants :

- Contribuer à la mise en œuvre du Programme intégré de gestion de la performance et de la qualité;
- Promouvoir une culture de la mesure;
- Se réseauter sur les meilleures pratiques;
- Identifier les cibles de performance en fonction du Vrai Nord;
- Identifier les besoins d'information se traduisant en tableaux de bord;
- Évaluer l'amélioration continue de la qualité;
- Gérer par résultats;
- Rendre des comptes;
- Évaluer la performance;
- Optimiser des processus;
- Élaborer un Plan de développement des compétences;

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 9 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	----------------------------

- Assurer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services;
- Contrôler les activités des secteurs sous sa responsabilité.

Les responsabilités à l'égard de l'amélioration continue des processus et des trajectoires clientèle sont aussi inscrites dans les descriptions de fonction selon les profils d'emploi. Les objectifs abordés selon les profils sont :

- Collaborer avec les directions;
- Coordonner les projets interdictions;
- Coordonner les activités d'amélioration continue;
- Implanter un modèle de gestion organisationnelle;
- Réviser des processus;
- Mettre en place des salles de pilotage;
- Mettre en place des stations visuelles;
- Cartographier les trajectoires de clientèles;
- Développer des tableaux de bord;
- Se concerter avec le milieu (responsabilité populationnelle);
- Rendre des comptes dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité.

Plus spécifiquement, les comportements attendus sont :

- Ils transmettent leurs attentes en matière de performance à leur personnel;
- Ils développent leurs compétences en matière de bonnes pratiques de gestion;
- Ils s'assurent de la fiabilité et de la qualité des données saisies;
- Ils analysent les informations issues de tableaux de bord de gestion;
- Ils apprécient périodiquement la contribution de leur personnel à la performance du service;
- Ils s'assurent que la description de fonction du personnel correspond aux attentes actuelles en matière de contribution à l'effort de l'équipe et ils la révisent périodiquement;
- Ils suivent la performance des services sous leur responsabilité par des indicateurs appropriés;
- Ils ciblent des projets et des pistes d'amélioration avec leur équipe;
- Ils confient des mandats d'amélioration aux membres de leur équipe et assurent le suivi de leur réalisation;
- Ils soutiennent leur équipe dans leurs mandats;
- Ils sont responsables de la mise à jour de leurs indicateurs et de l'état d'avancement des actions à l'intérieur de leur salle de pilotage ou de leurs stations visuelles.

La direction des ressources humaines

- Assure le suivi d'indicateurs RH clés;
- Collabore à l'intégration des différents indicateurs;
- Identifie les écarts entre la capacité de main-d'œuvre et les besoins de l'organisation;
- Collabore à l'ordonnancement, à la priorisation et à l'identification de solutions probantes;
- Mesure les impacts des projets en matière d'impact sur les ressources humaines;

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 10 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	-----------------------------

- Soutient la transition humaine en contexte de changement;
- Collabore avec la direction générale pour la mesure des impacts des projets en matière de performance RH.

La direction des ressources financières, techniques et informationnelles

- Assure le suivi d'indicateurs financiers, techniques ou informationnels clés;
- Collabore à l'intégration des différents indicateurs;
- Identifie les écarts entre la capacité financière, technique ou informationnelle et les besoins de l'organisation;
- Collabore à l'ordonnancement, à la priorisation et à l'identification de solutions probantes;
- Mesure les impacts des projets en matière d'impact sur les ressources autres qu'humaines;
- Collabore avec la direction générale pour la mesure des impacts des projets en matière de performance.

Les directions cliniques

- Assurent le lien entre le palier national et le palier local afin de bien refléter l'offre de service attendue et déterminer les modalités d'organisation de services;
- Organisent l'offre de services en fonction des pratiques reconnues efficaces ou encore à partir d'analyse de performance (*benchmarking*);
- Doivent se coordonner et convenir des cibles et des priorités à mettre de l'avant;
- Conviennent de plans d'action annuels en regard des priorités organisationnelles et s'assurent de mettre en place les processus requis pour une amélioration continue de la performance et de la qualité;
- Évaluent le degré d'atteinte des objectifs, la satisfaction de la clientèle, l'expérience-patient et le respect des orientations et de l'utilisation des ressources;
- Collectent l'information nécessaire aux évaluations de programmes. L'évaluation de programmes ne doit pas être confondue à la logique d'imputabilité. Le rôle de l'évaluation est de veiller à l'utilité des programmes;
- Analysent les écarts par rapport aux rendements des programmes ou des processus. Leurs états de situation permettent d'identifier des pistes d'action et des recommandations pour l'amélioration de l'offre de services du réseau territorial de services du Nord-du-Québec;
- En complémentarité de leur mission, conviennent des ententes avec d'autres établissements et partenaires (les centres de réadaptation, les centres jeunesse, etc.). Le partenariat et la collaboration entre les différents partenaires assurent les services qui ne sont pas présents dans la région;
- Analysent les informations issues de tableaux de bord de gestion et agissent en conséquence. Ces directions informent les instances concernées (PDG et MSSS) de la situation par dossier pour l'ensemble du territoire;
- Doivent respectivement s'assurer que leur service est performant et qu'il répond aux exigences de l'organisation ainsi qu'aux standards de qualité généralement reconnus dans leur domaine. Le cadre doit intervenir sur quatre dimensions :
 - La prestation de services de qualité pour la clientèle et centrée sur l'utilisateur et son apport;

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 11 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	-----------------------------

- L'optimisation des processus organisationnels;
- L'accroissement du niveau de professionnalisation et de responsabilisation par le renouvellement des pratiques;
- L'utilisation optimale des ressources.

Les employés et les médecins

- Saisissent les interventions réalisées dans les systèmes d'information appropriés selon les cadres normatifs en vigueur et complète les redditions de compte demandées;
- Sont présents lors de l'animation des stations visuelles;
- Participent à l'identification des écarts de performance;
- Informent leur gestionnaire des risques inhérents à leur tâche ou à leur milieu;
- Contribuent à la recherche de pistes d'amélioration des processus dans lesquels ils sont impliqués;
- S'impliquent volontairement dans des projets visant l'amélioration continue.

Les comités et tables internes

- Les comités de coordination sont des tribunes où des personnes s'attablent à des objectifs propres à plusieurs services au sein d'une organisation pour obtenir un ensemble cohérent, un résultat ou une fin déterminée;
- Les comités de coordination ont pour fonction de mettre en œuvre, de façon cohérente, les ressources et les talents de chacun et coordonner l'exécution des travaux pour assurer le respect des objectifs et des échéanciers;
- Les tables cliniques ou d'intervenants sont des tribunes qui invitent les participants à travailler dans l'optique d'harmoniser les programmes, les services, les pratiques et les modèles d'intervention entre les centres de santé (incluant parfois des partenaires intersectoriels);
- Ces instances doivent poursuivre des objectifs communs en conformité aux orientations nationales et régionales;
- Ces instances ont un pouvoir de recommandation ou de concertation, alors que leurs membres doivent répondre de leurs actions auprès de leur supérieur immédiat;
- Ces instances ont pour but d'outiller, d'harmoniser et d'assurer une uniformité quant à la qualité des services à offrir et d'impliquer un plus grand nombre d'acteurs possédant des besoins et des intérêts communs (ex. : briser l'isolement, partager les bons coups, etc.);
- Ensemble, ces groupes s'approprient l'offre de service dans les centres de santé par rapport aux critères d'admissibilité des populations à risque, le choix des pratiques reconnues efficaces, d'outils standardisés, de standards d'accès et de continuité des services, de normes d'excellence, etc.;
- Les pilotes de comités et de tables ont la responsabilité de s'assurer de la conduite optimale des rencontres de ces instances. Pour ce faire, ils s'assurent de la pertinence de la composition de l'instance, de la fréquentation des rencontres, de la valeur ajoutée des rencontres de l'instance et de revoir périodiquement l'instance en vue d'en améliorer la contribution à l'organisation.

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 12 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	-----------------------------

6.2 Responsabilités de l'application :

Le président-directeur général outre les responsabilités prévues à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, voit à l'application et au respect de la politique par les différentes directions et personnes qui exercent des fonctions au sein de l'établissement ou œuvrent au bénéfice de celui-ci.

Les directeurs doivent s'assurer que cette politique est comprise et appliquée par tous.

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

La politique entre en vigueur à compter de son adoption par le conseil d'administration à sa séance du 14 mars 2017.

8. BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *La performance des continuums de services : une mesure de réseautage Cadre de référence pour l'appréciation de la performance Mauricie et Centre-du-Québec*, ASSS Mauricie-Centre-du-Québec, décembre 2011, 40 p.

AGRÉMENT CANADA, Normes leadership et gouvernance

AQESSS, *L'actualisation du rôle du cadre intermédiaire Enjeu 1*, pages 1 à 20

AQESSS, *Pour une gouvernance créatrice de valeurs Manuel du participant*, AQESSS en collaboration avec l'institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques, janvier 2012, 112 p.

www.agesss.qc.ca/fr/index.aspx, consulté le 18 novembre 2013 (Offre d'accompagnement personnalisé pour le rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance 2012

CRDITED, *Cadre de référence sur l'évaluation organisationnelle au CRDITED MCQ – Institut universitaire*, Trois-Rivières, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, 2012, 66 p.

IGOPP, Définition de la gouvernance dans le domaine de la santé, 2012.

BEAUDRY, Daniel et DESCHÊNES, Christine, *Indicateurs de performance et tableaux de bord de gestion*, Université Laval, Faculté des sciences et de l'administration, Département de management, Direction générale de la formation continue, MGN-65731, hiver 2001, notes de cours

CRSSS, de la Baie-James, Descriptions de fonction des gestionnaires, 2016

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abrogé :	Page 13 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	-----------------------------

DESCHÊNES, Marie-Susan, *Le tableau de bord : Outil de gestion de la performance*, AQESSS, Montréal, 2010, 52 p.

FLEURY, Marie-Josée, TREMBLAY, Mireille, NGUYEN, Hung, BORDELEAU, Luc, *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation*, Éditeur Gaëtan Morin, Montréal, 2007, 505 p. et annexe

MSSS, *Le cadre de gestion dans les agences, document de travail*, Québec, avril 2009

MSSS, *Évaluation et gestion de la performance du système public de santé et de services sociaux : rôles et responsabilités*, Direction générale adjointe de la performance, document de travail, automne 2013, 8 p.

MSSS, *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, juin 2012, 26 p.

MSSS, Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé, *Cadre de référence des salles de pilotage stratégiques et tactiques*, novembre 2015, 20 pages

MSSS, *Plan d'action ministériel 2012-2015 en vue de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, juin 2012, 12 p.

MSSS, *Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et des services sociaux*, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, Québec, juin 2012, 29 p.

MSSS, La gouvernance des agences de la santé et des services sociaux Un cadre de gestion rigoureux... Un processus d'amélioration continue Section II : Le cadre de gestion des agences en conformité avec les principes de Saine Gestion généralement reconnus de l'Ordre des administrateurs agréés du Québec, décembre 2008, Annexe 2

Secrétariat du Conseil du Trésor. *Guide sur les indicateurs. Modernisation de la gestion publique*. Février 2003. dans *Document de travail, Pour évaluer l'apport du réseau de la santé et des services sociaux au développement des communautés*.

SHANG, Mélanie, *Élaboration de trajectoires de services à l'intention d'une population vivant avec une déficience : recension des écrits et recommandations*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012, 29 pages.

VOYER, Pierre, *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, 2^e édition, Presses de l'Université du Québec, Québec, 2000, 446 p.

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 14 de 17
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	-----------------------------

VGQ, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 Tome II Suivi de la performance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux*, chapitre 7, 36 p.

9. LISTE DES MODIFICATIONS ET COMMENTAIRES

DATE aaaa-mm-jj	VERSION	MODIFICATIONS/COMMENTAIRES	ARCHIVÉ

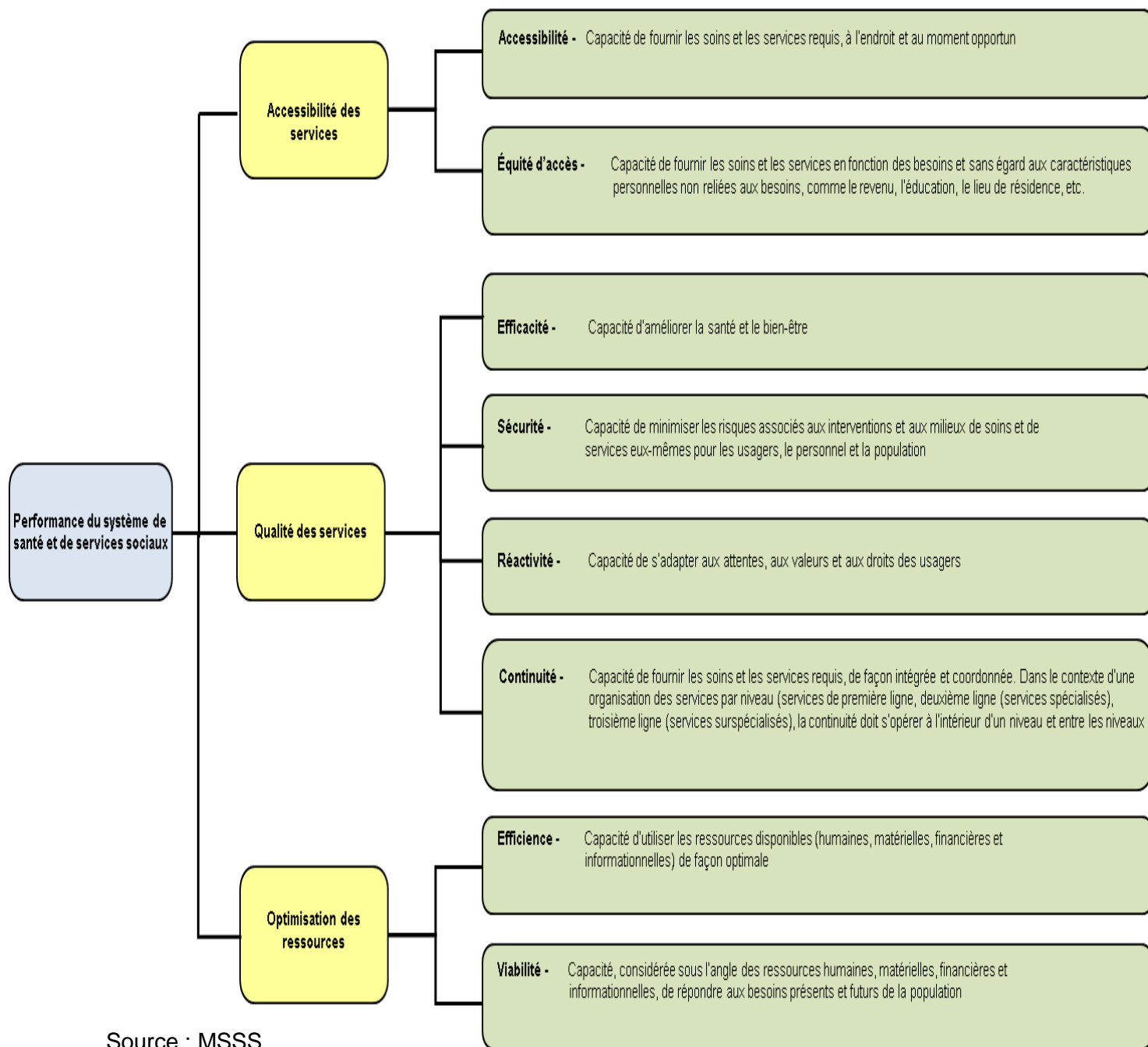
10. RÉVISION ANNUELLE

La personne soussignée a revu ce document à la date indiquée et l'a reconduit sans modification.

DATE	SIGNATURE AUTORISÉE

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 15 de 17
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	-------------------------

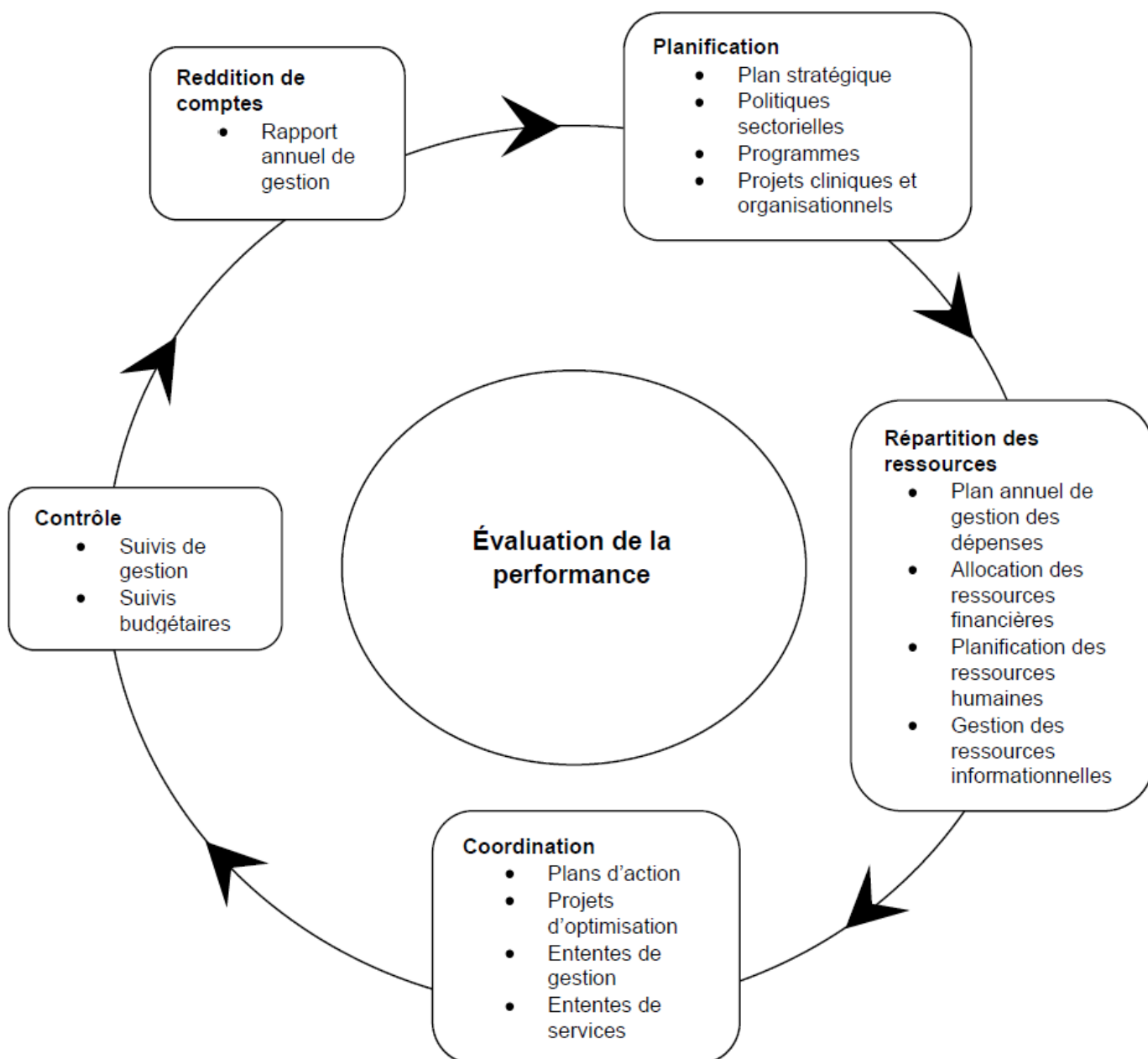
Annexe 1 : Cadre théorique de la performance du système de santé et de services sociaux



Source : MSSS

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abrogé :	Page 16 de 17
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	-------------------------

Annexe 2 : Gestion du système de santé et de services sociaux



Source : MSSS

Adoptée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-346	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le :	Abroge :	Page 17 de 17
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	---------------------	-----------------	-------------------------