

Université de Montréal

Implanter et pérenniser un système de gestion
de la performance des services infirmiers

Par

Isabelle Lehn

Faculté des Sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des Sciences Infirmières

En vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.)

Option Administration en Sciences Infirmières

Novembre 2013

© Isabelle Lehn, 2013

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce travail dirigé intitulé :

Implanter et pérenniser un système de gestion de la performance des services infirmiers

présenté par :

Isabelle Lehn

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Prof Danielle D'Amour, directrice de travail dirigé

Prof Carl-Ardy Dubois, membre du jury

*« La raison d'être d'une organisation est de permettre à des gens ordinaires
de faire des choses extraordinaires. »
Peter Druker*

Sommaire :

Problématique : Sous la pression économique de nombreux projets ont émergé en Europe pour mettre en place dans les institutions de santé des systèmes de mesure de leur performance. Malheureusement, la contribution des infirmières dans la trajectoire du patient hospitalisé reste le plus souvent invisible, alors que mesurer la qualité et l'efficacité des soins qu'elles prodiguent, permettrait d'examiner les façons dont elles influencent les résultats des patients et ainsi de les améliorer. Le but de ce travail dirigé est d'identifier les stratégies mises en œuvre lors de l'implantation et de la pérennisation d'un système de gestion de la performance des services infirmiers (SGPSI) en milieu hospitalier afin d'émettre des recommandations aux directions de soins qui veulent l'implanter.

Méthode : La recension des écrits est réalisée à partir des bases de données CINAHL, Embase, Medline, Google Scholar et de la littérature grise et s'appuie sur le cadre de référence des changements à grande échelle dans le milieu de la santé de Perla et al. (2013).

Résultats : L'analyse des écrits recensés se rapportant aux quatre domaines du cadre de Perla et al. (2013) a permis d'identifier 26 stratégies permettant d'implanter et de pérenniser un Système de Gestion de la Performance des Services Infirmiers dans une institution de soins.

Conclusion : Cette recension propose des recommandations aux directions de soins leur permettant de réussir l'implantation et la pérennisation d'un SGPSI en adaptant à leur contexte le cadre proposé; puis, en intégrant de manière dynamique et précoce les différents acteurs et expertises présents dans leur organisation.

Mots - Clés : administration infirmière, amélioration, gestion de la performance, implantation, innovation, infirmières, services infirmiers, qualité.

Summary

Background: Due to current economic pressure many projects have emerged in Europe to conceive, evaluate and install performance management systems and tools in health care facilities. Unfortunately, nursing input into the broader clinical care of hospitalized patients remains often under-utilized or sometimes even invisible. The capacity and capability of nursing personnel to enable favorable and improved health care outcomes for patients due to quality and efficiency measurement concepts, systems and tools would have the potential to generate significant benefits, both to the patients and to the overall increase in workplace performance. The objective of this supervised study is to identify the different strategies employed to obtain a sustainable implementation of nursing performance management systems (SGPSI) within health care institutions, and to provide recommendations and guidance to nursing management.

Methodology: The review of literature, including those obtained from CINAHL, Embase, Medline, Google Scholar, as well as various gray literature data, and based on the overall framework of large-scale changes within the health care environment of Perla et al. (2013).

Result: This written analysis identified four areas relating to the framework of Perla et al. (2013), and also proposed 26 strategies for a sustainable implementation of an NPMS.

Conclusion: This review establishes propositions and recommendations that will allow nursing management to implement an SGPSI in a sustainable, cohesive and

efficient manner, through a context-based synergy of the various actors and expertise available within each organization.

Keywords: implantation, innovation, nurse, nursing administration, nursing staff, performance measurement systems, quality improvement, performance evaluation.

Table des matières

Sommaire :	iv
Summary	vi
Table des matières	viii
Remerciements	ix
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Liste des abréviations	xii
Introduction	13
But et objectifs	22
Recension des écrits	24
Cadre de référence	26
Méthodologie de la recension des écrits	32
Description de la stratégie de recherche primaire	33
Résultats	36
Domaine 1 : Planification et infrastructure	38
Domaine 2 : Les déterminants individuels, de groupes, de l'organisation et du système	50
Domaine 3 : Processus de changement	62
Domaine 4 : Mesure de performance et d'évaluation	69
Discussion	73
Recommandations	84
Conclusion	89
Références	91
Appendice A	99
Appendice B	101
Appendice C :	104

Remerciements

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui m'ont encadrée et encouragée pendant ces 15 mois.

Mes remerciements s'adressent en premier lieu à ma directrice de travail dirigé, la Prof. Danielle D'Amour. Son aide m'a été précieuse au cours de ce parcours universitaire, de même que son soutien indispensable pour mener à bien ce présent travail.

J'aimerais remercier aussi la Direction Générale, la Direction du Département de Médecine et la Direction des Soins du Centre Universitaire Hospitalier Vaudois qui ont rendu ce projet possible par leur soutien financier, et particulièrement le Prof. Pascal Nicod qui m'a poussée à croire ce rêve accessible.

Un merci tout spécial à mes parents, ma famille, mes amis européens et québécois, mes collègues de formation qui m'ont énormément entourée tout au long de mon séjour à Montréal et m'ont permis de m'évader de mes travaux d'études de temps en temps.

Une pensée particulière à toi, Béate, à qui je dédie tout ce cheminement...

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Stratégies du Domaine 1.....	p. 46
Tableau 2 :	Stratégies du Domaine 2.....	p. 58
Tableau 3 :	Stratégies du Domaine 3.....	p. 65
Tableau 4 :	Stratégies du Domaine 4.....	p. 68
Tableau 5 :	Cadre d'implantation et de pérennisation d'un SGPSI.....	p. 72

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme du cadre de référencep. 28

Figure 2 : Implantation et Pérennisation d'un SGPSI p. 78

Liste des abréviations

- CACIS : Chaire Approches communautaires et inégalités de la santé
- CAPSI : Comité d'amélioration de la performance des soins infirmiers
- FRWJ : Fondation Robert Wood Johnson (États Unis)
- IHI : *Institute for Healthcare Improvement* (Institut pour l'amélioration des soins de santé)
- MFRA : Ministère de la fonction publique et de la réforme administrative (Luxembourg)
- MiLNOD : Base de données des hôpitaux militaires américains de résultats de soins infirmiers
- OFSP : Office Fédéral de la Santé publique (Suisse)
- SGPSI : Système de gestion de la performance des services infirmiers
- TSAC : Transformer les soins au chevet en collaboration avec les patients

Introduction

Depuis plus de 15 ans, sous la pression économique réclamant un contrôle des coûts de la santé et une réduction de la variation des pratiques cliniques entre établissements (Groene, Skau, & Fröelich, 2008), de nombreux projets ont émergé en Europe pour mettre

en place dans les institutions de santé des systèmes de mesure de leur performance (Guisset, Sicotte, Leclercq, & D'Hoore, 2002). En Suisse, dès 2006, et à la demande de l'Office Fédérale de la Santé publique (OFSP), les hôpitaux de soins aigus se sont dotés de tableaux de bord avec des données relatives à la qualité et à l'économicité des prestations médicales (OFSP, 2006). Ces données sont publiées annuellement à des fins de comparaisons systématiques de la qualité des résultats obtenus. Néanmoins, alors que les infirmières¹ constituent une part importante de la performance des organisations de santé (Hall et al., 2003; IOM, 2011), leur contribution dans la trajectoire du patient hospitalisé reste le plus souvent invisible. Pour preuve, la sous représentation d'indicateurs spécifiques aux soins infirmiers dans les tableaux de bord hospitaliers (Kurtzman, 2008). Alors que mesurer la qualité et l'efficacité des soins prodigués par les infirmières permettraient d'examiner les façons dont les infirmières influent sur les résultats des patients et ainsi de les améliorer (Curley & Hickey, 2006). Ces informations seraient d'autant plus pertinentes que l'on introduit depuis 1980 de nouvelles formes de financement qui influencent le travail infirmier et leur contribution à la qualité des soins.

¹ L'emploi du féminin est utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les hommes que les femmes.

Effectivement, on assiste dans une majorité de pays occidentaux à l'introduction du forfait par cas ou DRG (*Diagnosis related groups*) pour le financement des hôpitaux de soins aigus. La mise en œuvre des DRG devait contribuer à une documentation complète des diagnostics et prestations effectuées par les institutions, d'où une transparence des données économiques et médicales; des possibilités de *benchmarking* entre les hôpitaux; et une aide à la gestion des coûts (Wild, Pfister, & Biller-Andorno, 2009). Or, les établissements reçoivent, dans la majorité des cas, le même montant forfaitaire pour un patient indépendamment de sa durée de séjour. Dès lors, Lenk, Biller-Andorno, Alt-Epping, Anders, et Wiesemann (2005) ont pu décrire une pression des directions financières sur les services hospitaliers toujours plus importante pour réduire la durée moyenne de séjour. Par ailleurs, aux États-Unis où ce financement par paiement prospectif a émergé entre 1970 et 2004, les travaux d'Aiken (2008) ont montré qu'une réduction de la moyenne de séjour des patients de deux jours impactait l'intensification des soins de 4,7 heures par infirmières et par patient. En Allemagne, où les DRG sont implantés depuis 2004, les infirmières perçoivent une diminution de la qualité des soins et une diminution de leur niveau de satisfaction au travail (Zander, Dolber & Busse, 2013). Malheureusement, les directions de soins allemandes ne détiennent pas de données préalables qui leur permettraient d'objectiver et ainsi soutenir le point de vue des soignants aux tables de direction.

Il importe donc pour les gestionnaires en soins infirmiers et pour les infirmières elles-mêmes de se doter de repères, de points de référence, et ce afin de se comparer dans le temps et entre services semblables (Jennings, 2004). Sachant où se situer, elles

seront en mesure de comprendre sur quoi s'améliorer, comment, et seront en mesure d'en montrer la pertinence aux tables de concertation politique (IOM, 2011).

Actuellement, peu d'établissements de santé ont mis en place une approche systémique de gestion de la performance des services infirmiers. Il s'agit là d'un changement majeur à plusieurs niveaux. En effet, la performance d'un hôpital ou service infirmier est complexe et multidimensionnelle, il ne s'agit pas seulement de mesurer des indicateurs isolés (Veillard et al., 2005). Un système de gestion de la performance des services infirmiers permet de suivre l'évolution du degré de qualité des prestations effectuées et d'évaluer les conséquences de toutes modifications du modèle de prestations de soins ou de dotation mis en place dans une institution de soins (Dussault & Dubois, 2003). Les résultats mesurés permettent de guider les équipes de soins et leurs gestionnaires dans leur prise de décision, dans la priorisation des actions à engager pour améliorer ou maintenir le niveau de qualité des prises en charge (Rafferty, Maben, West, & Robinson, 2005). En conséquence, l'implantation d'un système de gestion de la performance des services infirmiers (SGPSI) permet de mieux d'appréhender et de surveiller les données qui mettent en avant l'influence des soins infirmiers sur la sécurité des patients et la qualité des soins de santé (Needleman, Kurtzman, & Kizer, 2007). On comprend alors que l'implantation d'un tel système nécessite non seulement le choix d'indicateurs pertinents selon l'établissement ou le service, leurs mesures et l'analyse détaillée des résultats obtenus, mais aussi la mise en place d'une gestion globale de l'amélioration. Cette gestion globale de l'amélioration inclut la qualité des prises en charge des patients, l'organisation des soins, le modèle de prestation et les processus de

gestion des ressources humaines en vigueur. Il semble ainsi important d'intégrer cette culture d'amélioration dans la gestion de chaque service infirmier. De ces faits, implanter un SGPSI semble poser le problème des changements liés aux initiatives d'amélioration à grande échelle (Perla, Bradbury, & Gunther-Murphy, 2013).

Ainsi, on conçoit facilement qu'un SGPSI n'est pas sans défis à appréhender pour réussir. Dans les écrits scientifiques et professionnels, quatre défis prédominent : le défi lié au processus de changement, le défi lié aux technologies des systèmes d'information et ceux liés aux activités d'évaluation et au *leadership* des gestionnaires.

Actuellement, dans une institution hospitalière, amener des changements ou des innovations est un défi. En effet, le nombre de changements se présentant dans une institution de santé est actuellement ressenti comme très important (Collerette, 2008). De plus, les études confirment que seuls 30 % des projets atteignent leurs objectifs et réussissent (Champagne, 2002; Kotter, 2008). La qualité de la gestion du changement est l'un des facteurs souvent cités pour expliquer les échecs d'implantation (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). D'autre part, les multiples changements engendrés simultanément dans les grandes institutions hospitalières universitaires ne semblent souvent pas concordants pour les employés (Carnall, 2007). Tout comme certaines priorités divergentes de la direction générale qui contribuent à des arrêts de financement de projets annoncés comme importants au bénéfice d'autres inconnus jusqu'alors (Wiltsey Stirman et al., 2012). On peut, dès lors, comprendre une certaine démotivation et de la résistance des collaborateurs.

À cela s'ajoute, pour les collaborateurs, une énergie importante à déployer pour apprivoiser et acquérir les nouvelles compétences nécessaires, et une inquiétude développée par la perte de leurs anciens repères et de leurs automatismes qui sont normalement source de stabilité (Nilsen, Roback, Brostrom, & Ellstrom, 2012). Pour l'implantation d'un SGPSI, il s'agit de maîtriser adéquatement l'entrée des données dans les dossiers des patients qui serviront à l'évaluation (Malliarou & Zyga, 2009) ou d'adopter les nouvelles pratiques fondées sur des preuves scientifiques lors de l'amélioration d'un processus de prises en charge (Rafferty et al., 2005). Ces efforts se rajoutent à des journées de travail déjà denses. Un sentiment de manque de temps et une surcharge de travail s'en dégagent (Collerette, 2008). Ainsi, d'emblée, amener une innovation aussi importante qu'un SGPSI dans un secteur saturé en changements est un défi en lui-même.

Pour Kolberg et Elg (2006), s'ajoutent les défis liés à la technologie des systèmes d'information. La compatibilité entre les différents logiciels d'une même institution pour produire des mesures fiables tout comme la compréhension par tous des résultats émis en font partie (Smith, Mossialos, & Papanicolas, 2008). Cette thématique joue un rôle prépondérant afin que les équipes soignantes adhèrent aux résultats produits lors de l'évaluation de la performance. Smith et al. (2008) soulignent l'importance de l'élaboration de méthodes adéquates de consolidation et de présentation des données pour garantir leurs cohérences et ainsi s'assurer de leurs validités et de leur acceptation par les collaborateurs. La crédibilité des mesures permet l'adhésion nécessaire pour créer une boucle de gestion de l'amélioration des pratiques.

Un autre défi du SGPSI est l'aspect évaluatif de la performance qui comporte entre autres une dimension normative, c'est-à-dire le fait de porter un jugement (Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz, & Denis, 2011). En effet, l'évaluation rassemble un ensemble de procédés permettant aux évaluateurs de formuler une opinion, sur l'adéquation d'un programme, d'une politique ou d'une activité (Damon, 2009). Le jugement formulé à travers l'évaluation amène des conséquences sur l'organisation par une variation possible de l'engagement des collaborateurs. Dans ses travaux, Paillé (2004) présente l'implication organisationnelle comme une réponse émotionnelle qui résulte de l'évaluation. Pour lui, s'il y a évaluation positive de l'environnement de travail immédiat, l'individu développe de la satisfaction; au contraire, en cas d'évaluation négative, il ressent de l'insatisfaction. Le comportement au travail dépend de ce fait de l'issue de cette évaluation et du degré d'attachement de la personne à son organisation. D'une part, l'évaluation peut conduire à une baisse de production et d'implication des collaborateurs et peut mener à une paralysie du système. D'autre part, utiliser des résultats d'évaluation pour comprendre, acquérir et partager en équipe soignante un but commun ainsi que des connaissances pertinentes pour l'atteindre peut être très mobilisateur (Groff, 2009). Dans ces conditions, gérer le risque de démotivation des infirmières et en même temps réussir à promouvoir l'émulation permettant l'innovation dans le milieu de travail est un autre défi de l'implantation d'un SGPSI.

Les trois premiers défis cités ci-dessus sont largement influencés par la qualité de la gestion des changements et par le *leadership* des gestionnaires. Ainsi, le quatrième

défi est relié à la gestion du changement et au *leadership* que les cadres soignants devraient posséder pour soutenir l'implantation et la pérennisation d'un système de gestion de la performance. En effet, les gestionnaires qui devront diriger le changement dans leur secteur d'activités ne détiennent pas forcément tous les outils de gestion pour y parvenir. Ils sont tenus de développer un *leadership* mobilisateur (Cummings et al., 2010) et de se former pour s'engager dans cette démarche. Leurs responsabilités envers leurs équipes sont d'autant plus importantes qu'elles sont nombreuses (Kollberg & Elg, 2006) et doivent perdurer tout au long du processus de pérennisation du changement. Le gestionnaire est tenu de développer des stratégies de supervision, de vérification, de formation et de rétroaction avec son équipe et l'équipe de pilotage du projet (Wiltsey Stirman et al., 2012). Les *leaders* vont construire un dialogue avec leurs collaborateurs sur le sens du système de gestion de la performance, les encourager, les soutenir. Ils auront à diffuser les résultats des mesures de la performance de leur secteur d'activités de manière à créer une mobilisation des infirmières qui ouvre sur l'innovation (Greenhalgh et al., 2004). Ainsi, la mesure de la performance n'est pas un but en soi, mais devient la première étape d'un cycle d'amélioration des pratiques dans l'équipe de soins (Bruijn, 2007). Dans leur revue systématique de la littérature sur l'influence du *leadership* sur la performance infirmière, Brady Germain et Cummings (2010) concluent qu'un *leadership* des cadres infirmiers efficace est essentiel à la création de milieux de travail qui favorisent la capacité des infirmières à s'engager dans la performance. Le défi est important puisque comme le souligne Abrahamson (2004), le cadre soignant doit absorber une surcharge de travail, subir des réactions parfois négatives du personnel et

gérer son propre processus d'adaptation. Au vu des efforts à maintenir, l'implication de tous les niveaux hiérarchiques se montre fondamentale pour qu'à leur tour, les gestionnaires soient soutenus et mobilisés par leurs responsables (Carnall, 2007).

Pour conclure, aux quatre défis d'un SGPSI que sont le changement, les systèmes d'information, les activités d'évaluation et le *leadership*, il est important d'ajouter un questionnement quant à la place dans un tel système du patient et de sa famille. En effet, la performance des soins infirmiers peut être définie comme la capacité d'une organisation à acquérir et déployer les ressources dont elle a besoin et à utiliser ses ressources de manière à produire des soins qui opèrent des changements positifs dans la condition du patient (Dubois, D'Amour, Pomey, Girard, & Brault, 2013). Dans ce sens, l'implication des patients et de leurs familles permettrait de cibler leurs attentes et besoins en matière de prise en charge et d'être plus efficaces dans le déploiement des ressources. En France, plusieurs campagnes menées par certaines associations de malades (cancer, diabète...) ont montré que les patients et leurs familles constituaient une force de propositions et apportaient des idées d'amélioration du système (CISS, 2013). Il importe donc d'établir comment et dans quel contexte l'implication des patients et de leur famille constitue une valeur ajoutée pour optimiser la performance des services de soins.

But et objectifs

Le but :

Le but du travail dirigé est d'identifier, à partir d'une recension critique des écrits, les stratégies mises en œuvre lors de l'implantation et de la pérennisation d'un système de gestion de la performance des services infirmiers (SGPSI) en milieu hospitalier. Ce travail dirigé se veut utile aux établissements de santé désirant implanter un SGPSI afin de profiter pleinement de son potentiel d'innovation pour améliorer les processus amenant des résultats positifs aux patients.

Les objectifs :

Les principaux objectifs retenus pour ce travail sont les suivants :

- Établir, par une recension des écrits, l'état des connaissances portant sur les stratégies d'implantation et de pérennisation d'un SGPSI.
- Formuler des recommandations visant les directions de soins d'un établissement de santé afin de mettre en place et de pérenniser un SGPSI.

Recension des écrits

Dans le cadre de ce travail dirigé, le chapitre résultats contient la recension des écrits.

Cadre de référence

La littérature n'offre pas de cadre de référence spécifique à l'implantation d'un SGPSI. Néanmoins, Perla, Bradbury et Gunther-Murphy (2013) ont effectué une revue de littérature qui leur a permis de ressortir les enseignements caractérisant une initiative d'amélioration à grande échelle, positive et durable dans le milieu de la santé.

Pour les auteurs, les termes d'initiatives d'amélioration à grande échelle en santé se réfèrent « aux efforts qui visent à stimuler un changement positif et durable » (Perla et al, 2013, p. 1, traduction libre) à un niveau international, national, régional ou institutionnel, mais dans tous les cas grâce à la mobilisation de nombreuses entités. Implanter un SGPSI dans un établissement hospitalier porte sur l'ensemble des services infirmiers d'un établissement, donc un territoire qui peut être très vaste voire multi-sites, et sur le groupe le plus important de travailleurs présent dans un hôpital : les infirmières (Pappas, 2008). De plus, cette implantation vise aussi une pérennisation. En cela, mettre en place un SGPSI représente bien un changement à grande échelle comme ceux inclus dans le cadre de référence de Perla, Bradbury et Gunther-Murphy (2013).

Par ailleurs, le cadre de référence de Perla et al. (2013) a été conçu pour fournir aux responsables des organisations de santé un schéma clair et précis basé sur les meilleures pratiques et connaissances actuelles qui soutiennent la mise en place des initiatives d'amélioration à grande échelle (Figure 1). Ce cadre de référence a pour but de rendre attentifs les dirigeants à la fragmentation très souvent présente lors de telles

initiatives et ainsi de la diminuer en exploitant, selon son contexte, tous les domaines du cadre. De ces faits, le cadre de référence de Perla et al. (2013) paraît pertinent pour identifier des stratégies lors de l'analyse des écrits recensés dans ce travail dirigé.

Pour concevoir leur cadre, Perla et al. (2013) ont utilisé la technique Delphi modifiée. Ainsi, trois examinateurs experts ont recueilli en deux phases les articles qu'ils ont partagés avec trois autres experts du domaine du changement afin de valider la pertinence de ces documents et d'y adjoindre d'autres articles non recensés. Ainsi 39 articles ont été inclus et analysés. Chaque thème ayant émergé de cette analyse a été discuté entre les examinateurs pour établir le cadre qui regroupe quatre domaines clés, eux-mêmes composés de plusieurs déterminants. Les quatre domaines clés identifiés sont : la planification et l'infrastructure ; les déterminants individuels, de groupe, de l'organisation et du système ; le processus de changement ; les mesures de performance et l'évaluation.

Voici une brève description des quatre domaines de Perla et al. (2013).

Domaine 1 : la planification de l'infrastructure. Ce domaine regroupe les assises sur lesquelles tout changement à grande échelle devrait se construire. Ainsi, on y retrouve cinq composantes : 1. la présence d'une vision convaincante soutenue par des objectifs précis et spécifiques ; 2. une intervention efficiente qui, dans le cas de ce travail dirigé, serait le système de gestion de la performance des services infirmiers ; 3. Le management de l'initiative qui implique une planification précise et un système de contrôle ; 4. des ressources suffisantes en personnel, en temps, en formation et en infrastructure ; 5. tous les aspects liés à la fiabilité et la rapidité des techniques de

l'information qui permettent une diffusion de l'information précise et un meilleur suivi des résultats.

Domaine 2 : les déterminants individuels, de groupe, de l'organisation et du système. Ce domaine s'intéresse aux diverses façons, dont les personnes, les groupes, les organisations interagissent lors de l'élaboration, de l'implantation, puis de l'évaluation du changement amené. Il regroupe huit composantes : 1. les facteurs individuels et de groupes qui démontrent un engagement personnel, une adhésion au projet et la volonté d'être impliqué dans la mise en œuvre ; 2. la présence positive de champions ou d'agents de changement ; 3. des responsables détenant un *leadership* fort et des compétences pour effectuer des changements positifs ; 4. l'importance du développement des compétences des collaborateurs et des capacités d'amélioration de l'organisation; 5. la valeur positive de l'apprentissage en réseau ; 6. l'intérêt des réseaux sociaux ; 7. la capacité de l'organisation et du système à établir des relations, à être ouverte vers l'extérieur pour adopter plus facilement les innovations ; 8. une culture organisationnelle et du système qui soutient le besoin d'innover.

Domaine 3 : le processus de changement. Ce domaine considère l'approche du changement adopté permettant de mettre en évidence les stratégies qui visent à diriger l'effort de propagation de l'intervention, le choix de la théorie du changement sous-jacente et les modalités de diffusion conduisant à la pérennisation.

Domaine 4 : les mesures de la performance et l'évaluation. Ce domaine comprend deux composantes : 1. la présence d'une infrastructure de données fiables et

valides qui permet la mesure de l'impact de l'innovation mise en place ; 2. la mesure et la rétroaction donnée aux acteurs du changement qui permettent d'évaluer le niveau d'implantation effectué, mais aussi de poursuivre l'amélioration de l'intervention mise en place.

Perla et al. (2013) précisent que l'ensemble de ces thèmes n'est ni exhaustif ni mutuellement exclusif et peut être modifié dans des contextes particuliers. De plus, les quatre grands défis identifiés dans l'introduction que sont le changement, les systèmes d'information, les activités d'évaluation et le *leadership* se retrouvent dans ce cadre. Ainsi, l'analyse des articles effectuée à partir de ce cadre de référence permettra d'identifier comment les auteurs des écrits recensés ont considéré ces domaines et leurs composantes lors de l'implantation d'un système de gestion de la performance dans le secteur de la santé et d'en ressortir les meilleures stratégies exploitables par les directions de soins.

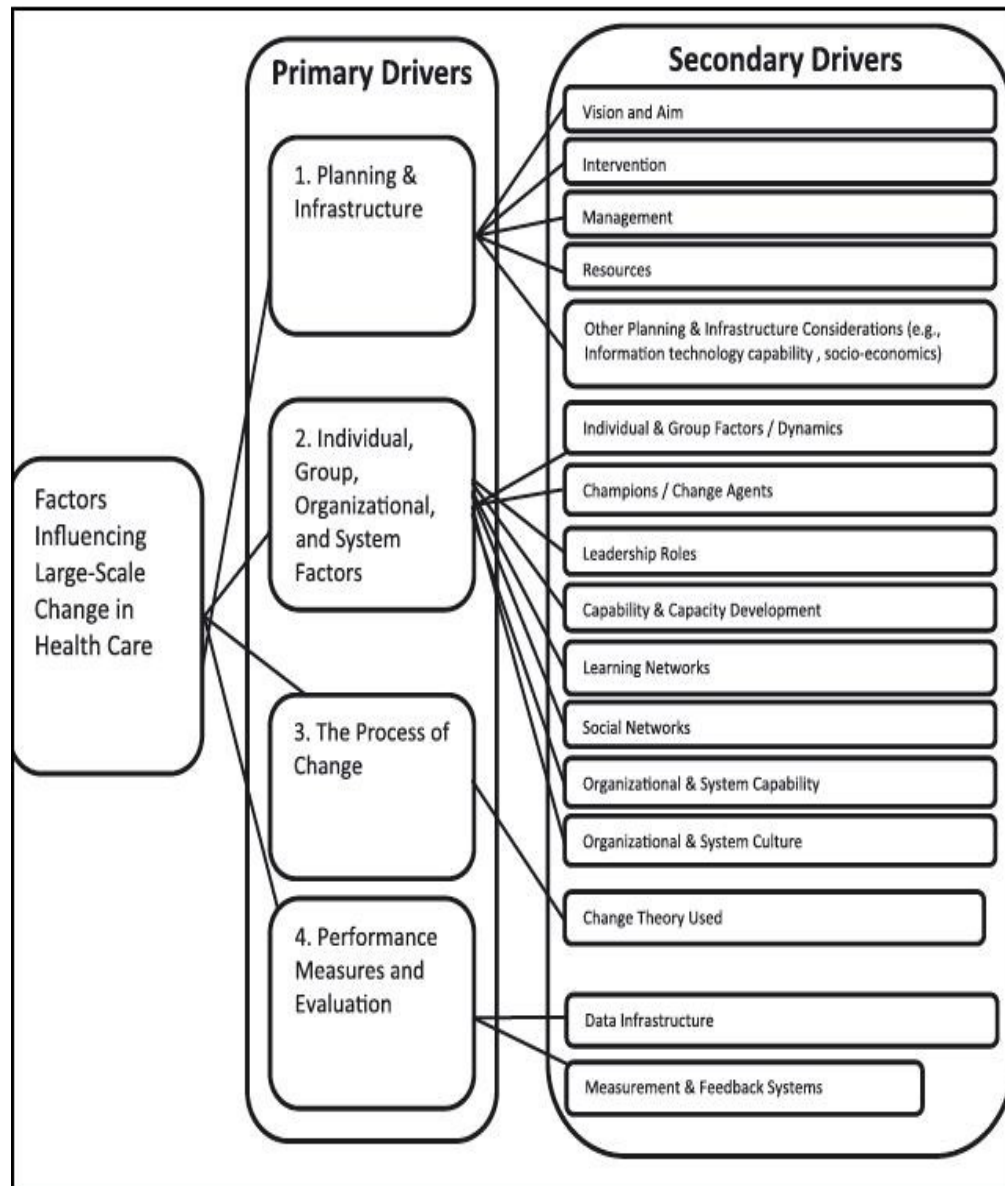


Figure 1. Large-scale Change Driver Diagram (Perla et al., 2013).

Méthodologie de la recension des écrits

Description de la stratégie de recherche primaire

Pour atteindre le but du travail dirigé, la recherche intégrative des articles scientifiques a été effectuée via les banques de données CINAHL, MEDLINE, EMBASE. Les écrits publiés en langue anglaise ou française couvrant les années de 2000 à 2013 ont été examinés.

Cette recension se voulait être la plus sensible possible afin de ne pas écarter d'articles traitant d'un système de performance des soins infirmiers et être la plus spécifique possible pour que les textes identifiés parlent réellement du sujet recherché.

Les mots-clés sélectionnés pour la recension des écrits furent :

« performance measurement systems, OR performance evaluation, OR quality improvement, OR nursing information systems, OR nursing records, OR balanced scorecard »

AND

« nursing administration OR nurses/AM, OR Health facility Administration, OR Health service Administration »

AND

« strateg*, OR management, OR implantation »

Ils ont été introduits soit en tant que descripteur soit en tant que mot clé inclus dans le titre ou dans le résumé de l'article.

Stratégie de recherches complémentaires

Des stratégies de recherche complémentaires ont été mises en place telles que :

- l'examen de la littérature grise en format électronique sur les sites internet d'universités, d'organismes gouvernementaux.
- la recherche sur certaines sources documentaires additionnelles, notamment par les moteurs de recherche « Google » ainsi que « Google Scholar », pour localiser des ouvrages spécialisés.
- l'exploration des références citées par les articles primaires retenus.

Critère de sélection des articles

La Figure 2 en Appendice 1 présente le processus de sélection des documents à partir des banques de données. Une préférence a été donnée aux études, dont les critères de rigueur, fiabilité et transférabilité étaient importants; d'autres documents n'ont pas pour autant été exclus d'emblée. Le but était d'obtenir un état de la science le plus large possible sur le sujet (Whittemore & Knafl, 2005). Au départ, 119 articles ont été sélectionnés à partir de ce tri. Suite à la lecture des résumés, 76 articles ont été exclus. Puis, après une première lecture complète des documents, seuls 18 articles ont été retenus, auxquels se sont ajoutés 10 articles suite à l'exploration des références citées par les écrits primaires, pour un total de 28 documents retenus finalement.

Méthodologie de l'analyse des articles

Une fiche pour chacun des 28 articles (Appendice 2) a été construite où l'on retrouve les informations pertinentes recueillies en lien avec les dimensions du cadre de référence. Un tableau rassemble la synthèse de ces données en Appendice 3 et permet une vue d'ensemble pour effectuer une analyse critique.

En effet, l'analyse des articles a été menée afin de ressortir l'état des connaissances actuelles sur les stratégies d'implantation et de pérennisation des systèmes de gestion de la performance des services infirmiers. Et en cela, le cadre de référence de Perla et al. (2013) permet de structurer cette analyse en s'appuyant sur ses quatre domaines.

Résultats

L'analyse critique des connaissances actuelles sur la gestion de la performance des services infirmiers est présentée sous les quatre domaines du cadre de Perla et al. (2013). Ces domaines sont : 1. la planification et l'infrastructure; 2. les facteurs individuels, de groupe, du système et de l'organisation; 3. le processus de changement; 4. les mesures de performance et d'évaluation. Pour chaque domaine, les composantes des domaines relatées par les auteurs des documents de la recension sont mises en évidence. Les résultats ainsi organisés permettent de répondre directement au premier objectif du travail dirigé qui est d'établir l'état des connaissances portant sur les stratégies d'implantation et de pérennisation d'un SGPSI.

Dans les 28 écrits retenus au final pour cette analyse, la stratégie et/ou le devis de recherche des articles qui ont été utilisés sont : descriptive (n = 15), rétrospective (n = 6), mixte (n = 1), des avis d'expert (n = 4) et des documents gouvernementaux (n = 2). Le thème principal de l'article est soit un SGPSI (n = 15), un système de gestion de la performance mixte médico-infirmière (n = 8) ou la mise en place d'un système de gestion de la performance d'institutions de santé à un niveau national (n = 5). Les stratégies identifiées dans les articles sont complémentaires et se corroborent entre elles, quelque soit la cible de l'article : un SGPSI ou un système de performance institutionnel ou national. De ce fait, l'analyse de tous les écrits recensés a pu être compilée ensemble pour amener les résultats suivants.

Domaine 1 : Planification et infrastructure

Pour Perla et al. (2013), ce domaine regroupe les assises sur lesquelles tout changement à grande échelle devrait se construire. On y retrouve cinq composantes : la présence d'une vision convaincante soutenue par des objectifs précis et spécifiques ; une intervention efficiente ; le management de l'initiative ; des ressources suffisantes en personnel, en temps, en formation et en infrastructure ; tous les aspects liés à la fiabilité et la rapidité des techniques de l'information. En regard de ce cadre de référence, nous allons mettre en évidence ci-dessous les stratégies émises dans les écrits recensés.

Vision et objectifs de la direction de soins par rapport au SGPSI :

De la recension des écrits, il ressort nettement quatre stratégies principales au sujet de la vision à développer en direction des soins face à l'implantation d'un SGPSI : développer une compréhension commune de l'intervention ; parvenir à un engagement fort envers l'implantation d'un SGPSI entre les membres de la direction des soins ; rendre transparent cet engagement aux autres membres de l'organisation et intégrer le SGPSI dans les plans stratégiques de l'organisation.

La première stratégie vise à travailler au sein de la direction des soins de l'établissement une compréhension commune de la signification des principes directeurs et des objectifs d'un système d'évaluation de la performance des soins (Biron et al., 2012 ; Brown et al., 2005 ; Jackson, 2005). Il est ainsi fondamental de comprendre que la performance est basée sur un ensemble de mesures pour établir un diagnostic cohérent et faciliter les prises de décisions (Pardini-Kiely et al., 2010). Une dimension de la

performance ne devrait pas être examinée sans tenir compte des autres, la performance étant multidimensionnelle (Brown et al., 2005, p.4). Par ailleurs, il s'agit au niveau des membres composant la direction des soins de se mettre en accord sur le fait que la mesure de la performance des services de soins n'est pas une fin en soi, le but est de mieux gérer l'organisation afin d'atteindre une amélioration continue des processus et ainsi obtenir de meilleurs résultats auprès des patients (Kollberg & Elg, 2006; WHO, 2007). Cette compréhension commune permet d'obtenir une vision collégiale et cohérente pour ensuite identifier les dimensions de la performance adaptées à la stratégie de la direction des soins et de l'établissement et reliées aux pratiques des services de soins (Biron et al., 2012 ; Chu et al., 2009 ; Jeff et al., 2011).

La 2^{ème} stratégie est de parvenir à un engagement fort de tous les membres de la direction des soins pour soutenir l'implantation du SGPSI (Curtright & Stolp-Smith, 2000; Gantz et al., 2003; Kollberg & Elg, 2006; MFRA, 2006; WHO, 2007). La direction des soins montre cet engagement à travers l'infrastructure du système, la formation et l'allocation des ressources libérées pour l'amélioration de la qualité qu'elle va déployer (Gantz et al., 2003), mais aussi en démontrant une certaine flexibilité laissant la place à de la créativité dans les services de soins et l'assurance de mettre en place un encadrement de soutien aux collaborateurs (Whitman et al., 2001).

La 3^{ème} stratégie est de rendre transparent, dans l'institution, l'engagement obtenu au sein de la direction et la cohésion de ses membres autour du projet (Gantz et al., 2003 ; Johnson et al., 2006 ; Kolberg & Elg, 2006 ; Kolberg et al., 2005 ; MFRA,

2006 ; Whitman et al. : 2001 ; WHO, 2007). Cette transparence semble être un point non négligeable dans le succès de l'implantation et la première étape à construire pour obtenir l'implication des autres cadres et du personnel soignant (Kolberg & Elg, 2006).

La 4^{ème} stratégie est l'intégration du projet qu'est l'implantation d'un SGPSI en tant que priorité dans le plan stratégique de la direction des soins et aussi celui de l'établissement (Albanese et al., 2010; Chu et al., 2009; Curtright & Stolp-Smith, 2000; Gantz et al., 2003; Haworth, 2008; Johnson et al., 2006; Kollberg & Elg, 2006; Pardini-Kiely et al., 2010; Schilling et al., 2010; Schilling et al., 2011; Veillard et al., 2005). Ainsi, l'amélioration des processus devient une priorité visible dans l'élaboration de la stratégie organisationnelle (Gantz et al., 2003). Le SGPSI est ainsi aligné avec les objectifs institutionnels (Kolberg & Elg, 2006 ; Luo et al., 2011 ; Schilling et al., 2011) et permet d'obtenir plus facilement le soutien des collaborateurs qui sont informés de l'importance de cet axe (Haworth, 2008).

Le projet de changement qu'est l'implantation d'un SGPSI :

Deux stratégies parcourent ce thème dans les écrits retenus : adopter un cadre conceptuel de la performance, établir un SGPSI reliés aux pratiques des services de soins.

Premièrement, il ressort fortement que l'adoption d'un cadre conceptuel de la performance doit être la base de développement du SGPSI (Biron et al., 2012; Haworth, 2008). Le cadre de la performance des soins se doit de traduire la mission, les valeurs primaires, les principes fondamentaux et la stratégie opérationnelle de l'organisation

(Albanese et al., 2010; Chu et al., 2009; Curtright & Stolp-Smith, 2000; Haworth, 2008; Kollberg & Elg, 2006; Luo et al., 2011; Veillard et al., 2005). La majorité des projets décrits dans les articles de cette recension sont basés sur le cadre conceptuel de Kaplan et Norton (1992), lesquels identifient la performance autant sur les processus de soins, que sur la satisfaction des patients, l'évolution des compétences des collaborateurs et les résultats financiers (Groene, Klazinga, et al., 2008). Tous les cadres conceptuels présents dans les documents recensés soulignent la complexité de la performance des soins qui est basée sur un ensemble d'indicateurs interreliés à mettre en place (Pardini-Kiely et al., 2010; Veillard et al., 2005). Ils permettent, par l'évaluation de la performance définie, de mettre en évidence l'amélioration continue des processus et des résultats envers les patients (WHO, 2007).

La seconde stratégie a pour objectif d'établir un SGPSI relié aux pratiques des services de soins. En effet, le SGPSI doit être utile et utilisable par les infirmières des services de soins, donc permettre d'évaluer les spécificités locales (Chu et al., 2009 ; Matthes et al., 2010 ; Pardini-Kiely et al., 2010). En cela, faire participer les infirmières soignantes dans la conceptualisation du cadre de la performance des services de soins permet de répondre aux préoccupations cliniques des services et permet par la suite d'identifier les indicateurs pertinents et utiles à leur pratique. Curley & Hickey (2006) prennent comme postulat de départ, dans leur projet d'amélioration de la performance des services de soins de néonatalogie, que « les infirmières connaissent intuitivement les soins les plus importants dans ceux qu'elles produisent, elles ont juste besoin d'aide pour les mesurer » (traduction libre, Curley & Hickey, 2006, p.66). De leur côté, Luo et

al. (2011) ont utilisé la méthode Delphi pour choisir les indicateurs à mesurer et ainsi demander la contribution au plus grand nombre possible de collaborateurs afin de refléter la performance des services de soins le plus fidèlement.

La gestion du projet de changement qu'est l'implantation d'un SGPSI :

Dans les écrits recensés, la gestion de l'implantation d'un SGPSI est décrite à travers deux stratégies : l'élaboration d'une structure de gestion de projet et la création de liens avec les autres instances dans le but d'améliorer la performance.

Pour ce qui est de l'élaboration d'une structure de gestion de projet, la création d'un comité d'amélioration de la performance des soins infirmiers (CAPSI) se dégage comme la manière la plus adéquate et celle retenue par la majorité pour mener l'implantation d'un SGPSI (Albanese et al., 2010; Biron et al., 2012; Cash et al., 2012; Chu et al., 2009; Donaldson et al., 2005; Jeffs et al., 2011; Johnson et al., 2006; Luo et al., 2011; Matthes et al., 2010; Pardini-Kiely et al., 2010; Schilling et al., 2011; Whitman et al., 2001; WHO, 2007). Alors que les appellations varient selon les organisations entre comité d'amélioration, ou conseil d'amélioration de la performance (Jeffs et al., 2011), sa composition est semblable. En effet, la directrice des soins de l'institution intègre toujours le CAPSI qui décide des axes de développement du projet et des axes d'amélioration à établir. Selon les écrits, son rôle dans le comité varie de la présidence (Albanese et al., 2010) à membre actif (Chu et al., 2009) en passant par celui de facilitatrice (Johnson et al., 2006). Les autres personnes siégeant au comité sont des membres des autres directions comme la direction médicale, direction générale,

direction financière, direction des ressources humaines et direction du système d'information. Ils y sont rejoints par des cadres infirmiers de chaque secteur de l'institution ainsi que par des infirmières soignantes (Chu et al., 2009; Donaldson et al., 2005; Jeffs et al., 2011; Matthes et al., 2010; Pardini-Kiely et al., 2010; Whitman et al., 2001). Dans le cas exposé par Johnson et al., (2006) sur le développement réussi d'un tableau de bord hospitalier infirmier et axé sur l'amélioration continue dans un *magnet-hospital* américain, une infirmière soignante est nommée présidente du conseil d'amélioration de la performance des services infirmiers. Cette décision va dans le sens vu précédemment de permettre une puissante implication dans la démarche du personnel, et surtout de garantir la réalisation d'un SGPSI répondant aux besoins des services. Pour Kurtzman et Jennings (2008) tout comme pour Johnson et al. (2006), il est aussi intéressant d'intégrer les médecins rapidement dans ce comité pour leur faire comprendre la nécessité d'un tel système dans les améliorations potentielles qu'il peut amener sur l'état du patient et leur montrer qu'il n'empiète pas sur leur autonomie.

Ce comité est la structure qui chapeaute tout le système de gestion de la performance. En cela, ses mandats principaux sont de choisir les indicateurs de performance sur la base des objectifs professionnels et la mission des soins infirmiers ; la vision, les valeurs et le plan stratégique de l'organisation, la méthode et la fréquence des évaluations (Albanese et al., 2010 ; Biron et al., 2012 ; Brown et al., 2005 ; Chu et al., 2009 ; Curtright & Stolp-Smith, 2000 ; Groene, Klazinga et al., 2008 ; Haworth, 2008 ; Jeffs et al., 2011 ; Johnson et al., 2006 ; Kolberg & Elg, 2006 ; Luo et al., 2011 ; Rice et al., 2007 ; Whitman et al., 2001). Il conçoit aussi l'analyse des données et les

rapports de résultats émis après les mesures ou, autrement dit, le tableau de bord hospitalier (Chu et al., 2009). Enfin, il élabore un plan annuel d'amélioration continue pour les soins infirmiers et veille à sa mise en œuvre, en supervisant les plans d'action émis par les services de soins (Johnson et al., 2006). Albanese et al. (2010) insistent aussi sur la responsabilité de ce comité à mettre en place des mécanismes de *coaching*, de partage de connaissances et de surveillance permettant de pérenniser les améliorations de la performance. Pour induire les changements et les pérenniser, les auteurs précisent que ce comité doit travailler au niveau du microsysteme, donc au niveau de la plus petite unité de l'institution (Biron et al., 2012 ; Kolberg & Elg, 2006; Johnson et al., 2006 ; Pardini-Kiely et al., 2010 ; Schilling et al.; 2011). Un des points forts de ce comité est de développer un fonctionnement pour répondre le plus rapidement possible aux questionnements des équipes et le plus directement possible (Matthes et al., 2010 ; Rice et al., 2007 ; WHO, 2007). Pour les auteurs Whitman et al. (2001), dans leur projet de mettre en place un bulletin d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers, la structure de ce CAPSI a été scindé en trois sous-comités. Le premier a été chargé de choisir chaque indicateur et de développer sa définition. Le second regroupant des experts a défini les mesures des indicateurs sélectionnés afin que la mesure soit reproductible également partout; quant au troisième sous-comité, il est une commission de standards de soins qui permet de disposer de normes communes pour pouvoir fixer les cibles à atteindre lors de l'évaluation de la performance.

La seconde stratégie dans la gestion de projet semble un élément fort de succès. Il s'agit de la création de liens de collaboration entre ce comité et les autres instances de

l'organisation telle que la direction générale, le service de formation continue (Matthes et al., 2010) ou entre ce comité et d'autres comités d'experts (Whitman et al., 2001). Ces collaborations devraient permettre de construire des processus entre les diverses instances ou comités pour faciliter l'amélioration des pratiques cliniques (Johnson et al., 2006; Rice et al., 2007). Ainsi, comme le conseillent Schilling et al. (2011), créer un groupe de leaders diversifiés dans la technologie, les finances, l'information, la qualité, et le leadership clinique qui décloisonne l'information et participe à la conception de l'amélioration est un élément fondamental dans le succès de l'implantation d'un système de gestion de la performance.

Ressources :

La majorité des écrits énoncent une seule stratégie qui est pour eux fondamentale, soit de planifier des ressources adaptées et suffisantes pour le projet et sa pérennisation dès le début des réflexions (Biron et al., 2012; Cash et al., 2012; Curley & Hickey, 2006; Curtright & Stolp-Smith, 2000; Donaldson et al., 2005; Gantz et al., 2003; Groene, Klazinga, et al., 2008; Jeffs et al., 2011; Kollberg & Elg, 2006; Kurtzman & Jennings, 2008; Loan et al., 2011; MFPPRA, 2006; Pardini-Kiely et al., 2010; Schilling et al., 2010; Whitman et al., 2001).

Les ressources allouées sont très diverses selon l'envergure du système et la structure déployée; néanmoins, elles comprennent pour la plupart: un budget d'amorçage (Groene, Klazinga, et al., 2008), les personnes à remplacer dans leurs lieux de travail participant aux réunions et travaux de groupes (Kurtzman & Jennings, 2008), les experts ou mentors à engager pour les phases de développement ou d'évaluation

(Donaldson et al., 2005), le soutien en temps des membres de la direction (Curtright & Stolp-Smith, 2000; Kollberg & Elg, 2006), les participations aux congrès nationaux, les formations à mettre en place (Schilling et al., 2010), les coûts de transition des bases de données ou de changements de logiciels et les diverses fournitures (Loan et al., 2011).

Le coût peut paraître important et rédhibitoire à toute direction qui analyse le pré-projet, il est cependant à mettre en relation avec les économies liées aux améliorations des résultats sur l'état des patients. Loan et al. (2011) ont évalué les coûts en rapport aux améliorations des résultats chez les patients. Les auteurs ont calculé les différences entre les taux d'incidence de base et le taux d'incidence réel des chutes avec blessure, des ulcères de décubitus et des erreurs de médicaments avec incidents. Ce calcul a été établi pour 47 services hospitaliers sur chaque trimestre de données de soins infirmiers enregistrées dans la base de données militaire américaine (MiLNOD). L'économie de coût ainsi estimée est considérable puisqu'elle se monte à 1,58 million de dollars. Une deuxième évaluation a permis de calculer le coût si les 23 hôpitaux de l'armée entraient dans le projet (coût en personnel, déplacements, fourniture et autres charges) et de le mettre en rapport aux estimations des taux prévus d'incidents et les incidents documentés. Leur exercice a montré 498 incidents de moins sur trois ans, une économie nette de 1,9 million de dollars pour l'ensemble des 23 hôpitaux. La corrélation entre la participation au projet et l'amélioration des résultats pour les patients ne peut pas être démontrée. Néanmoins le fait de mesurer des indicateurs sensibles aux soins infirmiers, de les communiquer aux gestionnaires et leurs équipes et de les mettre en comparaison

avec d'autres services permet aux équipes d'identifier des problèmes et des causes et de surveiller leur progrès par rapport aux changements adoptés.

Cet exemple évoque aussi la nécessité de prévoir un budget de pérennisation. En effet, la structure mise en place pour évaluer la performance, qui produit les rapports d'évaluation et les tableaux de bord, et qui soutient les plans d'amélioration, est une structure pérenne dont les ressources doivent être planifiées (Gantz et al., 2003; Kollberg & Elg, 2006; MFPPA, 2006).

Le système d'information :

Dans les écrits, un consensus s'établit parmi les auteurs quant à l'importance de s'assurer de la validité, de la fiabilité et de la disponibilité des données à récolter lors de la mesure de la performance (Albanese et al., 2010; Biron et al., 2012; Brown et al., 2005; Cash et al., 2012; Donaldson et al., 2005; Jackson, 2005; Johnson et al., 2006; Kurtzman & Jennings, 2008; Loan et al., 2011; Matthes et al., 2010; Pardini-Kiely et al., 2010).

Deux stratégies se dégagent ici afin de s'assurer d'un système d'information permettant d'obtenir des données faciles à recueillir (faisabilité), fiables et valides pour que les rapports ou tableaux de bord émis soient cohérents et exploitables (Schilling et al., 2010): évaluer la faisabilité technique du système d'information, utiliser des professionnels du traitement de l'information pour l'extraction des données.

La 1^{ère} stratégie est d'évaluer la faisabilité technique du système d'information. Brown et al. (2005) préconisent de se demander très tôt dans la démarche si

l'organisation est capable de fournir les mesures souhaitées. En effet, avoir un système d'informations capable de synchroniser les diverses données à travers les dossiers des patients et les informations administratives sans créer de travail supplémentaire pour les collaborateurs est une source de succès pour l'implantation d'un SGPSI. (Kolberg & Elg, 2006). De la même manière, l'utilisation de logiciels qui permet de capter les données d'un service en temps réel et d'obtenir des données significatives et rapides, transparentes et détaillées, est une plus value (Curtrithgt & Stolp-Smith, 2000 ; Matthes et al., 2010).

La seconde stratégie d'utiliser des professionnels du traitement de l'information pour l'extraction des données est présente dans la plupart des écrits. Certains auteurs précisent que l'extraction des données et l'établissement de la mesure des indicateurs doivent être sous la responsabilité du service du système d'information ou d'un expert en analyse des données afin de garantir des données valides (Curley & Hickey, 2006; Donaldson et al., 2005; Groene, Klazinga, et al., 2008; Pardini-Kiely et al., 2010). Donaldson et al. (2005) recommandent vivement la mise en place d'un analyste qui aura la tâche de créer en partenariat avec les administrateurs, les cadres cliniques et les collaborateurs de première ligne, des rapports et s'assura de la validité et la fiabilité des données. Pour Pardini-Kiely et al. (2010), le département du système d'information est responsable de fournir les données précises et en temps réel qui permettent de stimuler la performance au niveau de l'organisation. D'un point de vue complémentaire, Cash et al. (2012) suggèrent que chaque département fournisse ses propres données comme par

exemple les finances, les ressources humaines, la gestion administrative. Ainsi, ils sont plus à même de déceler rapidement les erreurs potentielles d'extraction.

Ainsi, au regard de l'analyse des écrits, onze stratégies peuvent être établies pour favoriser l'implantation et la pérennisation d'un SGPSI à travers le Domaine 1 qu'est sa planification et son infrastructure (Tableau 1).

Tableau 1

Domaine 1. Planification et infrastructure

Vision et objectifs de la direction de soins par rapport au SGPSI	1	Développer une compréhension commune de l'intervention
	2	Parvenir à un engagement fort envers le projet des membres de la direction des soins
	3	Rendre transparent l'engagement de la direction des soins
	4	Intégrer le SGPSI dans les plans stratégiques de l'organisation
Le projet de changement : l'implantation d'un SGPSI	5	Adopter un cadre conceptuel de la performance.
	6	Établir un SGPSI relié aux pratiques des services de soins
La gestion du projet du changement	7	Élaborer une structure de gestion de projet
	8	Créer des liens avec les autres instances de l'institution
Les ressources	9	Planifier des ressources adaptées et suffisantes pour le projet et sa pérennisation
Le système d'information	10	Évaluer la faisabilité technique du système d'information
	11	Utiliser des professionnels du traitement de l'information pour l'extraction des données

Domaine 2 : Les déterminants individuels, de groupes, de l'organisation et du système

Dans l'analyse des documents recensés, pour ce domaine, 9 stratégies ont été mises en évidence pour implanter et pérenniser un SGPSI, regroupées sous cinq composantes: l'implication de tous les acteurs ; le leadership local ; le développement des compétences; la capacité d'amélioration organisationnelle et la culture organisationnelle à déployer. Ces cinq composantes regroupent les huit développées par Perla et al. (2013) qui sont les facteurs individuels et de groupes qui démontrent un engagement personnel et une adhésion au projet ; la présence positive de champions ou d'agents de changement ; des responsables détenant un *leadership* fort et des compétences pour effectuer des changements positifs ; l'importance du développement des compétences des collaborateurs et des capacités d'amélioration de l'organisation; la valeur concrète de l'apprentissage en réseau ; l'intérêt des réseaux sociaux ; la capacité de l'organisation et du système à adopter les innovations ; une culture organisationnelle et du système qui soutient le besoin d'innover.

Implication de tous les acteurs:

Dans ce chapitre, l'implication de tous les acteurs représente en premier lieu les infirmières soignantes mais aussi tous les autres membres du personnel d'une institution de soins, ainsi que les médecins, les gestionnaires, les syndicats et les patients et leur famille.

Les écrits montrent qu'il y a trois stratégies importantes à utiliser pour développer et maintenir l'implication de tous les acteurs dans le projet : communiquer sur la démarche entreprise et intégrer les soignants dans toutes les étapes du projet.

Il semble en effet porteur que les différents acteurs partagent la vision du projet développée en direction des soins et en comprennent le sens et les objectifs. (Biron et al., 2012 ; Brown et al., 2005 ; Cash et al., 2012, MFPPRA, 2006 ; Pardini-Kiely et al., 2010 ; Schilling et al., 2010 ; Schilling et al., 2011 ; Whitmann et al., 2001). Selon Kolberg et al. (2005), si des gains sont entrevus par les collaborateurs, l'acceptation de l'idée et la motivation à changer seront facilitées. Avec une présentation claire de la démarche, les collaborateurs devraient ressortir avec l'idée qu'il s'agit d'une opportunité pour eux de mieux connaître l'organisation et une volonté de participer activement en reconnaissant la valeur ajoutée du SGPSI (MFPPRA, 2006). Les auteurs proposent d'effectuer de la promotion et de mettre de l'information facilement accessible sur intranet pour obtenir le soutien du personnel très précocement (Rice et al., 2007 ; Curtrigh & Stolp-Smith, 2000 ; MFPPRA, 2006). Haworth (2008) renforce cette communication par l'envoi d'un questionnaire à tout le personnel. Pour elle, il permet d'établir leur perception par rapport au projet et d'influencer leur engagement. Cette idée est reprise dans le cadre d'autoévaluation des fonctions publiques qui recommande de mener des consultations avec tous les acteurs pour gagner leur adhésion en avant-projet (MFPPRA, 2006). Tout comme Rice et al. (2007) qui, pour intégrer le plus de collaborateurs dans le processus de changement, ont organisé un sondage auprès des infirmières, des patients et de leur famille sur les aspects clés de l'évaluation. D'un autre côté, il ressort aussi que la

rapidité de réaction élevée lors du démarrage du projet pour répondre aux questions, aux freins soulevés, ou aux demandes de corrections est essentielle pour le succès de l'implantation (Groene, Klazinga, et al., 2008). La communication instaurée au début du projet doit être poursuivie en continu et renforcée à chaque étape. Selon, Schilling et al. (2011), le partage de l'information en équipes incluant les superviseurs, les syndicats, les membres du personnel, médecins, et gestionnaires, permet les interactions et augmente les chances d'atteindre des objectifs stratégiques.

Les écrits de Kolberg & Elg (2006) et du MFPRA (2006) précisent que l'intégration des patients et des parties externes (assurances, institutions du même réseau de santé, firmes de matériels...) dans les présentations du projet sont très utiles pour le développement des axes d'amélioration futurs pour lesquels ils seront touchés. En effet, l'implication des patients ou de leur représentant dès les premières phases du projet permet d'avoir la vision de l'utilisateur du système, de recenser d'autres besoins, de prioriser différemment les actions du plan d'amélioration. Leur implication est une plus value dans les buts à atteindre d'un SGPSI, puisqu'elle permet de mobiliser ce groupe pour la mise en place des actions des plans d'amélioration qui les concernent directement et de concevoir ensemble des améliorations innovantes.

En ce qui concerne la 2^{ème} stratégie, un consensus clair est présent dans les écrits. Comme déjà annoncé précédemment, intégrer les collaborateurs soignants comme membre actif dans la conception du modèle, le choix des indicateurs, la collecte des données, les objectifs à atteindre et la conception du tableau de bord infirmier est fortement présent et valorisé dans les écrits (Biron et al., 2012; Brown et al., 2005; Chu

et al., 2009; Curley & Hickey, 2006; Curtright & Stolp-Smith, 2000; Gantz et al., 2003; Haworth, 2008; Jeffs et al., 2011; Johnson et al., 2006; Kollberg et al., 2005; Luo et al., 2011; Matthes et al., 2010; Rice et al., 2007; Schilling et al., 2010; Whitman et al., 2001). Cette implication apporte une motivation du personnel qui attend ainsi presque impatiemment les résultats (Curley & Hickey, 2006). En impliquant les infirmières soignantes dans ces étapes, la prise en compte des intérêts de tous les acteurs est établie (Groene, Klazinga, et al., 2008), les définitions des indicateurs sont claires et ont un sens pour ceux qui relèvent les données et pour les équipes dont l'action va être jugée (Jackson, 2005). Les objectifs fixés avec les équipes sont réalisables et réalistes. L'interprétation des résultats est effectuée avec les équipes, ce qui permet de couvrir les différents aspects de la performance et d'analyser adéquatement les résultats, car plus les personnes qui produisent les chiffres sont loin des personnes qui les reçoivent, plus donner un sens est difficile (Jackson, 2005). Le SGPSI répond ainsi mieux aux besoins de l'utilisateur final (Kollberg et al., 2005) et établit une véritable dynamique de l'optimisation de la performance des services de soins et l'atteinte de résultats de qualité (Jeffs et al., 2011).

En plus de ces deux stratégies visant à augmenter l'adhésion des personnes, d'autres auteurs indiquent que cette volonté de prendre part à la performance des services infirmiers dépend de l'intégration d'un programme d'incitation financière (Chu et al., 2009; Kurtzman & Jennings, 2008; Loan et al., 2011). Chu et al. (2009), dans le système de gestion de la performance mis au point à Taïwan, indiquent que les infirmières reçoivent un salaire de base et une part d'un bonus de groupe basé sur

l'évaluation de la performance de ce groupe. Le bonus est distribué si la performance est excellente ou supérieure à la moyenne. Pour les autres auteurs, les incitatifs sont plutôt en terme de participation à des congrès ou des forums pour valoriser les innovations réussies mises en place (MFPRA, 2006; Pardini-Kiely et al., 2010; Rice et al., 2007; Schilling et al., 2011).

Le leadership local :

Le *leadership* local fait référence à tous les *leaders* présents dans le service de soins. Il s'agit en premier lieu des cadres intermédiaires et de proximité, mais il comprend aussi les *leaders* cliniques comme les infirmières cliniciennes ou expertes. Cette composante du SGPSI est un élément charnière autant dans l'implantation du système que dans sa pérennisation. Dans les écrits, deux stratégies sont identifiées : les leaders locaux soutiennent le projet et utilisent les données de la performance.

Lorsque la direction des soins décide d'implanter un SGPSI, une de ces premières stratégies sera de rendre les gestionnaires de soins en mesure de soutenir le projet d'implantation. La direction des soins doit ainsi faire progresser la notion et la compréhension de la qualité des soins chez tous les gestionnaires soignants et les infirmières ayant un rôle d'agent de changement. Ainsi, les *leaders* locaux développent leur expertise en qualité et intègrent un comportement qui démontre un engagement envers l'amélioration de la qualité (Kurtzman & Jennings, 2008). Cette étape permet à la direction d'exprimer encore une fois le but de la mise en œuvre du projet et d'obtenir l'engagement des cadres (Kollberg & Elg, 2006). Ainsi, ces derniers peuvent à leur tour influencer, motiver et permettre aux autres collaborateurs de contribuer à l'efficacité et

au succès de l'implantation (Kollberg & Elg, 2006; Kurtzman & Jennings, 2008). Le rôle des cadres soignants à tous les niveaux est de gérer l'ambiguïté des collaborateurs et de mobiliser les équipes vers l'action (Gantz et al., 2003). Ils ont la charge de maintenir la cohérence de la méthode et de s'engager à éduquer, former, soutenir et rendre autonome les collaborateurs (Gantz et al., 2003; Johnson et al., 2006). Il ressort donc de manière importante que les cadres de soins doivent faire preuve d'expertise clinique et de capacité à avancer à travers les changements à mener, tant dans les processus de soins aux patients (Gantz et al., 2003; Schilling et al., 2010) que potentiellement dans les processus d'organisation du service. Pour ces actions, ils devraient être aidés par des infirmières de l'équipe de soins ou du CAPSI (Comité d'amélioration de la performance des services infirmiers, formées à la gestion du changement ou à l'amélioration continue (Johnson et al., 2006 ; Kurtzmann & Jennings, 2008 ; Schilling et al., 2010).

Par ailleurs, pour que les gestionnaires des services de soins intègrent le SGPSI dans leur gestion quotidienne, une 2^{ème} stratégie doit être instaurée : amener les *leaders* locaux à utiliser les données de la performance. Pour cela, la Direction des soins s'assure que les cadres intermédiaires et de proximité comprennent les résultats émis et sont capables de les rendre compréhensibles aux membres des équipes soignantes (Albanese et al., 2010; Cash et al., 2012; Matthes et al., 2010; Whitman et al., 2001). Selon Schilling et al. (2011), les cadres travaillent avec le personnel pour se concentrer sur la valeur ajoutée aux patients. D'une manière générale, grâce aux résultats de la performance mesurée, ils analysent les processus de travail et les résultats induits chez le patient. Cette compréhension leur permet d'identifier, avec les équipes soignantes et les

médecins, les améliorations nécessaires à apporter (Biron et al., 2012; Chu et al., 2009; Matthes et al., 2010; Pardini-Kiely et al., 2010; Schilling et al., 2011).

Les gestionnaires sont impliqués dans la détermination des cibles et sont responsables de surveiller les données et d'agir lorsque les cibles ne sont pas atteintes. Ils savent où en est la pratique clinique dans leurs secteurs et peuvent, de ce fait, reconnaître l'excellence clinique où elle existe et formuler des recommandations de pratiques où les déficits sont identifiés (Rice et al., 2007). Ils utilisent les résultats de la performance pour préciser les objectifs des services dans les rapports annuels, lors des demandes d'allocation de ressources et dans la surveillance du niveau de sécurité dans les unités d'hospitalisation (Loan et al., 2011; Pardini-Kiely et al., 2010; Rice et al., 2007; WHO, 2007).

On comprend donc facilement que les cadres soignants ont besoin de soutien de la part de l'organisation pour mener à bien l'implantation et l'intégration d'un SGPSI dans leur quotidien. Selon Pardini-Kiely et al. (2010), les cadres des microsystemes reçoivent un soutien pour dégager du temps à consacrer au projet. Pour Schilling et al. (2010), des experts en amélioration devraient être présents dans les unités pour aider les cadres de proximité d'une part et des mentors engagés pour coacher les cadres supérieurs, les former à la technologie de l'information, aux statistiques et à des outils pour les aider dans les prises de décisions et les actions à mener.

Le développement des compétences dans un SGPSI :

Deux stratégies sont proposées dans les écrits : instaurer des formations pour augmenter les compétences face au SGPSI à mettre en place, puis activer rapidement des formations ciblées selon les plans d'amélioration des services.

En effet, de la recension ressort que le premier effort à fournir pour l'organisation est de mettre en place un cursus de formation pour préparer les collaborateurs à gérer et à comprendre les résultats issus du système d'évaluation de la performance (Kurtzman & Jennings, 2008). Les auteurs présentent des formations sur les définitions des indicateurs (Groene, Klazinga, et al., 2008), sur l'étape de la mesure sur les méthodes comparatives (Matthes et al., 2010), sur l'interprétation des résultats et la prise de décision (Albanese et al., 2010; Schilling et al., 2011). Schilling et al. (2011) insistent sur la mise en place d'un apprentissage continu au sein des équipes soignantes quant à la responsabilité partagée liée aux résultats de la performance de leur service et aussi relativement à l'engagement de chacun dans la démarche. Aux formations traditionnelles, Kollberg et al. (2005) proposent de provoquer beaucoup d'interactions entre l'équipe de projet et les services cliniques qui permettent de générer de nouvelles compétences chez les collaborateurs et des adaptations du système existant par les responsables du projet. Ce principe est repris par Loan et al. (2011) qui prônent que la formation donnée par le CAPSI est la clé du succès, puisqu'elle aide à la compréhension dans les équipes. Dans leur étude de cas, ils rapportent la mise en place de forums de discussion avec tous les participants pour traiter des difficultés ou des facilités survenues lors de la collecte des données et de son utilisation. Dans le projet de l'Organisation européenne pour la santé, un format web du projet a été développé pour l'entier du

personnel qui permet l'accès à des téléconférences ou des *workshops* à tous moments (WHO, 2007). L'apprentissage en réseau permet de partager avec un plus grand nombre de collaborateurs des tutoriels démontrant les bonnes pratiques quant à la récolte de données ou l'interprétation des résultats (Loan et al., 2011; MFPPRA, 2006). Seuls Shilling et al. (2010) citent l'utilisation des réseaux sociaux pour répertorier, dans les discussions entre les membres de diverses institutions, les savoirs tacites et informels et ainsi s'en servir pour améliorer le système.

Pour la 2^{ème} stratégie : activer rapidement des formations ciblées selon les plans d'amélioration des services. La direction des soins doit construire une structure de travail pour permettre d'améliorer la performance ou la maintenir. En effet, une fois que les gestionnaires ont analysé les données de la performance de leur secteur, il faut assurer rapidement la formation permettant de développer les compétences, chez les collaborateurs, identifiées comme manquantes selon le plan d'amélioration élaboré (Cash et al., 2012; Groene, Klazinga, et al., 2008; Johnson et al., 2006). Johnson et al. (2006) rapportent que le CAPSI travaille étroitement avec le comité des pratiques professionnelles ou le comité de formation continue qui reçoit ses recommandations lorsque les résultats montrent une nécessité de changer une procédure ou une politique de soins ou de procéder au perfectionnement des membres d'un service de soins.

La notion de rapidité est importante. En effet, il s'agit pour l'équipe de soins d'améliorer les prises en charge ou de changer les procédures en cours pointées comme défailtantes par l'évaluation de la performance (Groene, Klazinga, et al., 2008). Si le temps de réaction des comités de formation ou des pratiques professionnelles est lent, les

nouvelles pratiques ne seront pas intégrées dans le travail journalier au moment de la prochaine évaluation de la performance (Kollberg & Elg, 2006). Ainsi, l'impact d'amélioration pourrait être invisible, ce qui peut potentiellement devenir démotivant pour les collaborateurs.

La capacité d'amélioration du groupe et de l'organisation :

La stratégie à mobiliser dans ce thème est d'instaurer un partage des pratiques efficaces dans l'amélioration de la performance.

Shilling et al. (2011) signalent que les cadres devraient créer des environnements sécuritaires au niveau du microsystème, permettant à chacun de partager les pratiques efficaces qu'ils ont découvertes et adopter celles découvertes par les autres. Albanese et al. (2010) proposent la mise en place de mécanismes de partage de connaissances pour pérenniser les améliorations de la performance. Dans le cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques (MFPRA, 2006), on retrouve un apprentissage par *Benchlearning* : échange d'expérience entre collaborateurs des meilleurs pratiques dont ils font usage dans leur secteur. De même, dans l'expérience rapportée par Pardini-Kiely et al. (2010), une unité de gestion de projets interdisciplinaire a été créée au niveau de l'unité. Ainsi, les équipes y communiquent leur meilleure pratique et développent une fierté de montrer leur performance. Schilling et al. (2011) décrivent la création d'une communauté de pratique en ligne pour augmenter le partage et les discussions sur les axes de la performance des services. Les interactions entre les utilisateurs déclenchent un processus itératif d'apprentissage très productif (Kollberg et al., 2005). Loan et al. (2011) mettent à

disposition des équipes un groupe de travail qui leur fournit les pratiques basées sur des preuves en regard au plan d'action à mettre en place.

Dans tous ces cas, on retrouve l'importance de mettre en place une organisation apprenante avec des objectifs établis de bas en haut et ainsi de promouvoir la responsabilité partagée de la performance organisationnelle (Schilling et al., 2010). Et comme le précisent Gantz et al. (2003), la capacité de développement est présente lorsque « l'organisation intègre un modèle collaboratif de pratique où le leadership décisif et l'autonomie prévalent à tous les niveaux » (traduction libre, Gantz et al., 2003, p.328).

La culture organisationnelle à déployer :

Des documents recensés, la stratégie à déployer pour ce thème est de créer dans l'organisation une culture de l'innovation. Cette stratégie permet d'ancrer le besoin d'innover et de s'améliorer. Pour créer une culture de l'innovation présente chez tous les collaborateurs, un mandat clair doit être donné à chacun pour soutenir l'amélioration des processus (Biron et al., 2012; Gantz et al., 2003). Qu'ils soient infirmières, aides-soignantes, médecins ou appartenant à la Direction générale, tous connaissent et acceptent la responsabilité de donner des soins de qualité et savent qu'il s'agit de l'un des thèmes principaux de l'organisation (Gantz et al., 2003). Pour Jackson (2005) comme pour Kolberg & Elg (2006), il est important de mettre en place une culture sans blâme, qui permet de ne pas se focaliser sur les chiffres, mais vraiment sur la qualité apportée aux patients, donc de diminuer la peur de la mesure chez les collaborateurs.

A partir de l'analyse des documents de la recension, neuf stratégies sont ressorties concernant les déterminants individuels, de groupes, de l'organisation et du système du domaine 2 de Perla et al.(2013), et ce afin de favoriser l'implantation et la pérennisation d'un SGPSI (Tableau 2).

Tableau 2

Domaine 2. Les déterminants individuels, de groupe, de l'organisation et du système

Implication de tous les acteurs:	1 Communiquer sur la démarche entreprise
	2 Intégrer les soignants dans toutes les étapes du projet
	3 Mettre en place des incitatifs
Le leadership local :	4 Soutenir le projet
	5 Utiliser les données de la performance
Le développement des compétences :	6 Instaurer des formations pour augmenter les compétences face au SGPSI
	7 Activer rapidement les formations ciblées selon les plans d'amélioration des services.
La capacité d'amélioration du groupe et de l'organisation:	8 Partager les pratiques efficaces des unités pour l'amélioration de la performance
La culture organisationnelle	9 Créer une culture de l'innovation

Domaine 3 : Processus de changement

Ce domaine, pour Perla et al. (2013), investit l'approche du processus de changement adopté, permettant la diffusion de l'intervention et son mécanisme de pérennisation.

Parmi les documents de la recension, il ne ressort pas de théorie de changement explicite sur laquelle les auteurs se seraient appuyés pour amener l'implantation d'un système de gestion de la performance dans leur organisation. Toutefois, les mécanismes utilisés pour diffuser et pérenniser l'intervention sont décrits. On peut le décomposer en trois composantes : le comité mis en place pour gérer, surveiller, contrôler et faire avancer le SGPSI ; la mise en œuvre pilote ; et les boucles d'amélioration qui engendrent la pérennisation.

Ayant déjà largement évoqué le Comité d'amélioration de la performance des services infirmiers (CAPSI) dans le domaine 1, il sera question ici seulement des deux autres composantes qui seront nommées : le processus de changement et instaurer un processus qui engendre l'intégration du SGPSI dans les routines organisationnelles (Tableau 3).

Le processus de changement :

La stratégie nommée dans la recension des écrits pour cette composante est de mettre en œuvre des projets pilotes pour évaluer la faisabilité et l'utilité de la structure développée avant l'implantation à l'ensemble de l'organisation (Chu et al., 2009 ;

Veillard et al., 2005). Kurtzman & Jennings (2008) effectuent une analyse environnementale avant l'implantation dans chaque secteur. Ils insistent sur l'importance de la mise en œuvre, étape par étape, d'une mesure de la performance à la fois qui permet de former les équipes et les cadres au processus et ainsi de diminuer la charge d'implantation. Curley & Hickey (2006), quant à eux, effectuent un test pilote pour chaque indicateur afin de garantir que les données extraites mesurent bien l'indicateur que l'on voulait mesurer.

L'intégration d'un SGPSI dans les routines organisationnelles :

Lors de l'analyse des écrits recensés, deux stratégies sont apparues spécifiquement pour intégrer un SGPSI dans les routines organisationnelles : l'importance de la communication des résultats; la création des plans d'amélioration et leur suivi.

La 1^{ère} stratégie se compose de trois modalités. En effet, la communication des résultats regroupe la conception de rapports de résultats facilement exploitables par les équipes infirmières, la réduction maximum du délai entre la mesure des indicateurs et la diffusion des résultats et la communication orale des résultats aux équipes de soins.

En premier lieu, les auteurs s'accordent sur la nécessité de concevoir des rapports de résultats ou des tableaux de bord conviviaux, facilement compréhensibles et exploitables par les équipes infirmières (Brown et al., 2005; Groene, Klazinga, et al., 2008; Johnson et al., 2006; Schilling et al., 2010). En effet, de la clarté des résultats et de leurs analyses dépendra le déclenchement ou non d'actions d'amélioration. Il est donc important de développer une stratégie de communication des résultats avec du matériel

significatif et éducatif pour les équipes de soins (Veillard et al., 2005). Jeff et al. (2011) ont classé les résultats selon trois catégories : les succès, les déficits anticipés et les sous-performances inattendues. Leur tableau de bord contient une classification selon trois couleurs (vert, orange, rouge) qui permet d'identifier les priorités en ce qui concerne l'allocation des ressources, le développement stratégique et la planification des actions futures. Néanmoins, pour Rice et al. (2007), un tableau de bord de la performance des services infirmiers contient des constatations descriptives et graphiques de chaque rubrique clé, des résultats de la vérification auprès des cadres de soins, les constats de l'enquête des patients et du personnel, le synopsis du groupe de discussion, une discussion de synthèse et les recommandations du groupe d'expert en soins infirmiers priorisés selon l'urgence. Il apparaît clairement que les rapports de résultats fournissent des données exploitables et cohérentes avec une comparaison entre les unités ou établissements permettant d'identifier les meilleures pratiques et de fixer des objectifs d'amélioration. (MFPRA, 2006; Schilling et al., 2010; Whitman et al., 2001). Ainsi, les résultats pourront être intégrés dans le processus décisionnel de chaque unité (Kurtzman & Jennings, 2008).

La réduction du délai entre la mesure et la communication des résultats est la seconde modalité qui permet au SGPSI d'être intégré dans la pratique. En effet, les cadres demandent de consulter les tableaux de bord en temps réel pour initier les améliorations au moment les plus opportuns et faciliter la compréhension des équipes face aux résultats (Albanese et al., 2010; Donaldson et al., 2005; Groene, Klazinga, et al., 2008; Johnson et al., 2006; Loan et al., 2011; Schilling et al., 2011). Plusieurs

auteurs comme Curley & Hickey (2006) effectuent un recueil de données trimestriel; néanmoins, si une amélioration est requise, ce suivi devient alors mensuel afin que les actions correctrices puissent être mises en lien avec les résultats. L'importance de réduire le temps de latence entre la mesure et la communication des résultats est légitime. Cette cohérence est une source de motivation chez les collaborateurs.

La dernière modalité de communication des résultats a pour objectif d'intégrer les collaborateurs dans une délibération face aux améliorations de la performance à produire dans leur unité (Pardini-Kiely et al., 2010 ; Rice et al., 2007 ; Schilling et al., 2011). Si les auteurs envoient pour la plupart les résultats de manière électronique aux gestionnaires, ils proposent surtout de les divulguer aux équipes lors de séances de discussions (Albanese et al., 2010; Curley & Hickey, 2006; Pardini-Kiely et al., 2010; Schilling et al., 2010). Ces réunions permettent un examen systématique des résultats par les équipes afin de faire appel à leur jugement. Ainsi, les équipes repèrent quelles sont les améliorations importantes à mettre en place dans leur domaine et objectivent les causes possibles (Donaldson et al., 2005; Rice et al., 2007). Les auteurs Cash et al. (2012) renforcent l'importance de ces discussions lors de résultats négatifs. Pour eux, elles permettent de cerner avec les équipes le problème et de mettre en place des formations complémentaires ou un accompagnement spécifique sur le lieu du problème dans le but d'inverser la tendance de façon optimale et le plus rapidement possible. Schilling et al. (2010) ont développé un plan de communication des résultats qui permet de diffuser les meilleures pratiques des sites performants à ceux qui le sont moins et ainsi provoquer la discussion avec les équipes sur les écarts constatés. Cette information

sur les meilleures pratiques incite les infirmières à rejoindre le niveau de performance des équipes qui les ont mis en place (Albanese et al., 2010; Biron et al., 2012; Curley & Hickey, 2006; Jackson, 2005; Matthes et al., 2010; Pardini-Kiely et al., 2010). Néanmoins, Matthes et al. (2010) recommandent de mettre en place ces comparaisons seulement lorsque la performance est déjà correctement élevée. En effet, il est important de respecter le rythme de chacun pour ne pas démotiver des équipes devant un écart réalisé/souhaité trop grand.

La 2^{ème} stratégie d'intégration d'un SGPSI dans les routines organisationnelles est de formaliser des plans d'amélioration à tous les niveaux hiérarchiques et de suivre la mise en place des actions.

A la suite de la communication des résultats de la mesure des indicateurs et de leur analyse, des plans d'amélioration sont créés au niveau des équipes soignantes. En effet, il est important en premier lieu que les équipes soignantes mettent en place des plans d'amélioration propre à leur performance locale et correspondant à leur contingence. Dans leur article, Pardini-Kiely et al. (2010) rapportent comment les collaborateurs sont tenus comme responsables de conduire les changements de la performance dans leur unité et de transmettre les résultats au CAPSI et à toute l'organisation. Ce principe est relayé par Schilling et al. (2011) ou Matthes et al. (2010) qui ont créé au niveau des unités de soins un groupe d'infirmières qui participent activement à la conception de l'amélioration locale, surveillent les progrès ou les difficultés afin d'un informer les équipes rapidement pour résoudre ensemble les problèmes qui se présentent.

Dans le but d'aider les services de soins, les améliorations communes aux différents services de soins sont identifiées par le CAPSI. Elles sont présentées en direction des soins pour obtenir un soutien de l'organisation. Les similitudes dans les plans d'actions des services infirmiers inspirent la direction des soins qui les intègre dans son propre plan d'amélioration et dans la stratégie institutionnelle de changement (Rice et al., 2007). Dans le cadre émis par le MFPRA (2006), la direction élabore un plan d'amélioration en phase avec la planification stratégique et nomme un responsable pour chaque action. Dans le cas rapporté par Biron et al. (2012), un sous-comité d'évaluation identifie les opportunités d'amélioration, formule des recommandations et le chef de chaque projet s'assure du plan d'action et des ressources à déployer.

Le suivi et le contrôle de la mise en place des actions est un facteur de succès pour l'amélioration de la performance. Les écrits analysés rapportent des réunions trimestrielles entre le comité de direction et le comité d'amélioration des pratiques pour valider les rétroactions des services (Brown et al., 2005; Jeffs et al., 2011; Matthes et al., 2010; Pardini-Kiely et al., 2010; Rice et al., 2007). Cette revue trimestrielle amène l'opportunité d'expliquer les écarts et fournit un espace de suivi des plans d'amélioration avec tous les gestionnaires des secteurs (Brown et al., 2005). Le but de ce contrôle est d'aider les services dans leur effort d'amélioration et de comprendre les freins existants pour les réduire ensemble de manière cohérente. Pour cela, l'établissement d'une structure intégrée semble un point essentiel. Jeffs et al. (2011) soutiennent que la pérennisation d'un SGPSI repose « sur une solide structure professionnelle, sur des ressources institutionnelles pour superviser les plans d'amélioration des processus et sur

l'identification des priorités à engager en réponse aux changements demandés par les résultats de la performance » (traduction libre, p.56).

A partir de l'analyse des documents de la recension, trois stratégies ont donc été identifiées concernant le processus de changement du domaine 3 de Perla et al. (2013) afin de favoriser l'implantation et la pérennisation d'un SGPSI (Tableau 3).

Tableau 3
Domaine 3 : Le processus de changement

Le processus de changement	1	Mettre en œuvre des projets pilotes
L'intégration d'un SGPSI dans les routines organisationnelles	2	Communiquer des résultats exploitables et compréhensibles
	3	Formaliser les plans d'amélioration à tous les niveaux et suivre l'application des actions

Domaine 4 : Mesure de performance et d'évaluation

Pour Perla et al. (2013), ce domaine comprend deux composantes. En premier, la présence d'une infrastructure de données fiables et valides qui permet la mesure de l'effet de l'innovation mise en place et deuxièmement, la mesure et la rétroaction données aux acteurs du changement qui permettent d'évaluer le niveau d'implantation effectué, mais aussi de poursuivre l'amélioration. Dans l'analyse des documents recensés, pour ce domaine, 3 stratégies ont été mises en évidence pour implanter et pérenniser un SGPSI, regroupées sous deux composantes : la mesure des effets du SGPSI et la mesure du niveau d'implantation et de la poursuite de l'amélioration.

Mesure des effets du SGPSI :

Dans un SGPSI, la mesure de l'effet de sa mise en place se traduit entre autres par l'amélioration de la performance des services et s'appuie sur des résultats fiables et valides issus de la mesure des indicateurs développés dans le système. Dans le domaine 1, des stratégies ont été identifiées pour déployer un système d'informations fiables et valides. Les données extraites, par la mesure des indicateurs, permettent de suivre les améliorations de la performance et donc les effets de l'implantation du SGPSI. Il est donc important de s'assurer que les résultats recueillis démontrent le réel niveau de performance du service de soins (Pardini-Kiely et al., 2010).

De la recension des écrits, une stratégie a été identifiée pour s'assurer de l'intégrité et de l'exactitude des résultats de l'évaluation de la performance des services.

Il s'agit de former des boucles de validation des données recueillies afin d'être certain de l'exactitude des données (Albanese et al., 2010; Groene, Klazinga, et al., 2008). Cash et al. (2012) effectuent cette boucle entre les personnes chargées des mesures et le CAPSI. Ils revoient ainsi ensemble les difficultés de mesure et les remises à jour souhaitables. De leur côté, Whitman et al. (2001) soulignent l'importance d'impliquer les cadres des services infirmiers dans la validation des tableaux de bord avant de diffuser les résultats aux équipes de soins. En effet, seulement après cette rétroaction, les résultats sont communiqués et diffusés à l'ensemble de l'institution et aux équipes de soins.

Mesure du niveau d'implantation et poursuite de l'amélioration :

Parmi les écrits recensés, deux stratégies sont identifiées pour mesurer le niveau d'implantation du SGPSI et poursuivre son amélioration: mettre en place une évaluation de l'implantation par un organisme externe et instaurer une boucle systématique d'amélioration du SGPSI.

La 1^{ère} stratégie est d'instaurer une boucle d'amélioration du SGPSI avec les équipes soignantes et d'autre part, avec la direction des soins systématiquement après chaque collecte de données. Ces rétroactions permettent de faire évoluer les indicateurs, les dimensions ou la conceptualisation de la performance selon les orientations prises par l'institution (Groene, Klazinga, et al., 2008; Jackson, 2005; Johnson et al., 2006). Au terme de cette boucle d'amélioration, certains indicateurs peuvent être exclus du système alors que de nouveaux peuvent apparaître en lien avec des nouvelles prises en charge fondées sur des preuves ou les nouvelles priorités stratégiques de la direction de soins

(Jeffs et al., 2011). Pour Cash et al. (2012), la mise en place de forums annuels sur les succès, les obstacles et les défis rencontrés avec le SGPSI a permis d'ajouter ou de modifier des mécanismes et des processus d'informations supplémentaires pour les services de soins comme pour les différentes directions de l'organisation.

En ce qui concerne la 2^{nde} stratégie, plusieurs auteurs ont développé un programme d'évaluation spécifique de l'implantation de leur système en lien, pour la majorité, avec des chercheurs externes à leur institution (Groene, Klazinga, et al., 2008; Haworth, 2008; Kollberg & Elg, 2006; Kollberg et al., 2005; Kurtzman & Jennings, 2008; Loan et al., 2011). Pour Groene et al. (2008), cette évaluation vise à comprendre les principales forces et faiblesses du projet et faciliter la participation des utilisateurs à la révision du projet si nécessaire. Elle permet aussi de mettre en évidence la perception du personnel sur les mesures de la performance de leur service (Haworth, 2008), le niveau d'implantation du SGPSI (Groene, Klazinga, et al., 2008), les difficultés et les réussites rencontrées par les utilisateurs du système (Kurtzman & Jennings, 2008). Le résultat de ces évaluations permet de poser des actions d'amélioration du SGPSI, telles que renforcer la formation ou le *coaching* pour certains utilisateurs du système (Kollberg et al., 2005).

A partir de l'analyse des documents de la recension, trois stratégies sont identifiées concernant la mesure de performance et d'évaluation du domaine 4 de Perla et al. (2013) afin de favoriser l'implantation et la pérennisation d'un SGPSI (Tableau 4).

Tableau 4

Domaine 4. Mesure de Performance et d'évaluation

Mesure des effets du SGPSI	1 Former des boucles de validation des résultats recueillies
Mesure du niveau d'implantation et poursuite de l'amélioration	2 Instaurer une boucle systématique d'amélioration du SGPSI
	3 Mettre en place une évaluation de l'implantation par un organisme externe

Discussion

A partir des quatre domaines et 16 composantes du cadre de référence de Perla et al. (2013), l'analyse des écrits recensés a permis de ressortir l'ensemble des stratégies pour mettre en œuvre et pérenniser un système de gestion de la performance des services infirmiers (Tableau 5). Ainsi, ce cadre s'est avéré utile pour identifier autant les stratégies de planification, d'implication des acteurs, d'intégration dans l'organisation et d'évaluation du système dans le contexte des grands défis que pose la gestion de la performance dans les centres hospitaliers. Les quatre grands domaines ne s'inscrivent pas dans une démarche linéaire, mais bien dans un aller-retour entre des phases essentielles tel que le développement, l'implantation et l'évaluation d'un changement à grande échelle. L'analyse critique des écrits recensés à partir du cadre de référence de Perla et al. (2013) a permis de bonifier ce cadre et de développer un cadre spécifique pour l'implantation et la pérennisation d'un système de gestion de la performance des services infirmiers (Tableau 5). Ce cadre se veut un outil de travail pour les directions de soins qui veulent implanter et pérenniser un SGPSI. Son développement pose les 26 stratégies identifiées et apporte plusieurs changements au cadre de Perla et al (2013).

Le domaine 3 « Processus de changement » de Perla et al. (2013) est le domaine le plus transformé. En effet, la gestion du projet de changement est largement détaillée dans le domaine 1. De ce fait, pour éviter des redondances, il n'est plus repris dans le domaine 3.

De plus, pour mieux refléter les stratégies à l'intérieur des domaines, une modification des titres de trois des domaines est proposée. Le titre : « Les déterminants individuels, de groupe, de l'organisation et du système » par le titre : « Implication des acteurs ». Nous proposons aussi de changer le titre du domaine 3 : « Processus de changement » en « Intégration du SGPSI ». Et enfin, le titre Mesure de Performance et d'évaluation du domaine 4 prête à confusion dans le cas de l'implantation d'un Système de gestion de la performance des services infirmiers. Il s'agit ici de l'évaluation de l'impact et de l'implantation du SGPSI et non de l'évaluation de la performance des services infirmiers. Nous proposons donc ici aussi, un changement du titre de ce domaine en « Évaluation du SGPSI ».

De façon plus spécifique, le domaine «Planification et infrastructure » comporte 11 stratégies. Elles représentent le cœur de l'implantation du système de gestion de la performance des services infirmiers (SGPSI) et déterminent la réussite des phases de planification et de développement du système. Un SGPSI induit un processus d'amélioration continue afin d'augmenter la performance de l'organisation ou du service de soins. Il produit ainsi des résultats positifs dans l'état des patients à travers de nombreuses initiatives d'amélioration au fil du temps, nécessitant de ce fait un suivi et un contrôle du système mis en place. Cette notion de temporalité est importante dans un changement à grande échelle qui n'est pas, de fait, un changement ponctuel.

En effet, un changement à grande échelle implique non seulement un grand nombre de personnes, mais aussi s'inscrit dans le temps pour devenir pérenne.

Tableau 5 :

Cadre d'implantation et de pérennisation d'un Système de gestion de la performance des services infirmiers

Domaine 1. Planification et infrastructure de la mise en œuvre du SGPSI	
Vision et objectifs de la direction de soins par rapport au SGPSI	1 Développer une compréhension commune de l'intervention
	2 Parvenir à un engagement fort envers le projet des membres de la direction des soins
	3 Rendre transparent l'engagement de la direction des soins
	4 Intégrer le SGPSI dans les plans stratégiques de l'organisation
Le projet de changement : l'implantation d'un SGPSI	5 Adopter un cadre conceptuel de la performance.
	6 Etablir un SGPSI reliés aux pratiques des services de soins
La gestion du projet du changement	7 Élaborer une structure de gestion de projet
	8 Créer des liens avec les autres instances de l'institution
Les ressources	9 Planifier des ressources adaptées et suffisantes pour le projet et sa pérennisation
Le système d'information	10 Evaluer la faisabilité technique du système d'information
	11 Utiliser des professionnels du traitement de l'information pour l'extraction des données
Domaine 2. Implication des acteurs	
Implication de tous les acteurs:	12 Communiquer sur la démarche entreprise
	13 Intégrer les soignants dans toutes les étapes du projet.
	14 Mettre en place des incitatifs
Le leadership local :	15 Soutenir le projet
	16 Utiliser les données de la performance.
Le développement des compétences :	17 Instaurer des formations pour augmenter les compétences face au SGPSI
	18 Activer rapidement les formations ciblées selon les plans d'amélioration des services.
La capacité d'amélioration du groupe et de l'organisation:	19 Partager les pratiques efficaces des unités pour l'amélioration de la performance
La culture organisationnelle	20 Créer une culture de l'innovation
Domaine 3 : L'intégration du SGPSI	
Le processus de changement	21 Mettre en œuvre des projets pilotes
L'intégration d'un SGPSI dans les routines organisationnelles	22 Communiquer des résultats exploitables et compréhensibles
	23 Formaliser des plans d'amélioration et suivre l'application des actions
Domaine 4. Évaluation du SGPSI et de ses effets	
Mesure des effets du SGPSI	24 Former des boucles de validation des résultats recueillis
Mesure du niveau d'implantation	25 Instaurer une boucle systématique d'amélioration du SGPSI
	26 Mettre en place une évaluation de l'implantation du SGPSI par un organisme externe

Selon la Chaire Approches communautaires et inégalités de la santé (CACIS) de l'Université de Montréal (Pluye, 2007) : « La pérennisation est définie comme étant la continuation des effets et des activités des projets. Ce processus commence dès les premiers évènements qui jalonnent le déroulement des projets, c'est-à-dire dès leur planification et leur implantation ». Ainsi, la pérennisation est sous jacente dès la planification du projet, et tout au long des processus mis en place. Elle est la clé du succès de la mise en œuvre et de l'intégration dans les routines organisationnelles du SGPSI (Pluye, 2007).

Le comité d'amélioration de la performance des services infirmiers (CAPSI), proposé dans la stratégie 6, est une structure participative, reconnue par l'ensemble de l'organisation. Il est un des éléments centraux qui permet la pérennisation. En effet, ce comité produit les résultats de la performance qui sont un moteur de changement. Les résultats de l'évaluation de la performance guident la stratégie future de la Direction des soins, que ce soit en formation, en choix de modèle de pratique et en déploiement de nouveaux projets. Il semble donc opportun que la Direction des soins dispose d'une structure intégrée permettant de relier l'évaluation de la performance à l'amélioration des pratiques basées sur des preuves et à la formation continue dispensée. Dans ce sens, le CAPSI est la base de cette structure. Il évalue la performance des unités de soins et de l'organisation, pose des recommandations à la direction des soins et à d'autres comités tels que le comité des pratiques professionnelles et le comité de formation continue. Les actions d'amélioration sont construites ainsi de manière cohérente et permettent de démontrer aux collaborateurs la cohésion de la gouvernance, tout en produisant la

motivation nécessaire aux équipes infirmières pour introduire l'amélioration dans les routines organisationnelles. Cette dynamique induite par le CAPSI et soutenue par l'implication des équipes infirmières dans ce comité et dans le système de gestion de la performance, engendre la pérennisation recherchée du SGPSI.

Le Domaine 2, « Implication des acteurs » propose les stratégies qui favorisent l'intégration des acteurs et qui permettent leur engagement dans la démarche de gestion de la performance. Ces 9 stratégies montrent la place essentielle de ce domaine dans l'implantation et la pérennisation d'un SGPSI. En effet, il permet aux directions de soins de répondre au grand défi de rejoindre l'ensemble des acteurs et de les impliquer dans la démarche de changement. La gestion de ce domaine est un gage de succès ou non de l'implantation du SGPSI et cela sur le long terme. Tel que déjà mentionné, le processus de pérennisation étant un processus qui s'établit au fil du temps, les stratégies de ce domaine sont à mettre en place au début du projet et ce de manière pérenne afin que la dynamique d'amélioration de la performance de l'unité et de l'organisation soit toujours présente.

Dans les acteurs sont inclus les patients. Si leur implication est bien décrite comme une plus value dans les buts à atteindre d'un SGPSI, aucun auteur de la recension ne précise comment le faire. Devant cet autre défi pour les directions de soins, devrait-on s'inspirer du programme « Transformer les soins au chevet en collaboration avec les patients » (TSAC) initié aux Etats Unis par la Fondation Robert Wood Johnson (FRWJ) et l'Institut pour l'amélioration des soins de santé (IHI) (Struth, 2009)? En

France, plusieurs campagnes menées par certaines associations de malades (cancer, diabète...) ont montré que les patients et leurs familles constituaient une force de propositions et apportaient des idées d'amélioration du système (CISS, 2013). Peut-être serait-il judicieux d'utiliser des représentants de patients provenant d'associations de patients. Néanmoins, un travail est encore, dans de nombreuses institutions, à initier avec les équipes de soins pour que cette nouvelle forme de collaboration entre infirmières et patients ou représentants de patients soit constructive.

Dans le domaine 3 « L'intégration du SGPSI », a émergé de l'analyse des articles recensés, l'importance de la conceptualisation des processus d'intégration du SGPSI dans les routines organisationnelles. Ces processus entrent dans les stratégies de pérennisation, donc sur le long terme. En cela, il est essentiel de comprendre que ce domaine est tributaire du domaine 1 et 2. En effet, il dépend autant de la structure, mise en place dans le domaine 1, pour mener les projets pilotes et pour suivre et contrôler les plans d'amélioration de la performance que de l'implication des leaders locaux et des infirmiers des services de soins du domaine 2.

Pour que le processus d'amélioration se produise, les cadres et les équipes infirmières doivent développer une analyse à partir des résultats de la performance et porter un jugement sur ces résultats. Cette étape est un réel défi pour les directions de soins. En effet, la diffusion des résultats permet rapidement un jugement normatif, les équipes comparant leurs résultats avec la cible à atteindre fixée par la direction des soins ou par eux. Néanmoins, afin d'entrer dans une dynamique d'amélioration, un jugement délibératif et contextualisé doit se mettre en place. Pour cela, les cadres devraient

effectuer des liens entre les données, procéder à des analyses comparatives avec les services infirmiers identiques et qui ont de meilleurs résultats. Ce jugement contextualisé permet de comprendre les données de la performance de son service infirmier et est la base de la prise de décision dans le choix des actions à prioriser dans le plan d'amélioration. Les directions de soins ont la responsabilité de soutenir les cadres à mener ce jugement délibératif et contextualisé avec leurs équipes soignantes. Est-ce que ce soutien est une formation à la prise de décision ou d'un coaching des cadres, est-ce la présence d'un membre du CAPSI lors de ces délibérations pour aider à l'analyse, et encourager le débat? Le choix appartient aux directions de soins selon leur organisation, l'amalgame de plusieurs outils est certainement la clé du succès. Mais cette étape est essentielle dans un SGPSI.

Peu d'auteurs dans les écrits recensés font référence à l'évaluation de l'implantation de leur projet, sujet du domaine 4 « Évaluation du SGPSI et de ses effets », alors que plusieurs niveaux d'évaluation sont possibles et intéressants dans le cadre d'un système de gestion de la performance.

En effet, dans un premier niveau, on peut mesurer les effets de l'implantation d'un SGPSI en analysant comment évolue la performance des services infirmiers. Si la performance des services infirmiers s'améliore à chaque mesure des indicateurs, on peut supposer que l'implantation du SGPSI est un succès. Néanmoins, la causalité n'est pas démontrée. A un autre niveau, une comparaison entre les mesures d'un indicateur et ses effets sur d'autres données dépendantes de cet indicateur peut permettre d'émettre des hypothèses de réussite d'implantation. Par exemple, l'évaluation de la mesure de

l'indicateur de planification de la sortie permet aux équipes de soins d'améliorer, si nécessaire, leurs processus en place. La direction des soins peut mettre en corrélation l'amélioration de la performance de cet indicateur avec la durée moyenne de séjour des patients de l'unité et suivre ainsi certains effets de l'intégration du SGPSI dans la pratique des services infirmiers.

Par ailleurs, on peut mesurer le niveau de pérennisation du SGPSI mis en place, en évaluant son intégration dans les routines des services ou de l'organisation. Les connaissances produites par l'évaluation de l'implantation et de la pérennisation du SGPSI sont essentielles, car elles vont influencer l'évolution du système mis en place, sa diffusion et ses répercussions (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos, & Hartz, 2011). Ainsi, établir des évaluations répétées au fil du temps est essentiel pour garder un système à jour et pertinent vis-à-vis de la complexité d'un établissement hospitalier et des modifications de ses plans stratégiques.

A partir de ces constats, il semble nécessaire de faire ressortir l'importance des domaines 1 et 2, leur dépendance et inter-relations avec les domaines 3 et 4 dans le modèle d'implantation et de pérennisation d'un SGPSI. Ainsi, la figure 2 illustre les liens dynamiques entre les 4 domaines du modèle d'implantation et de pérennisation d'un SGPSI.

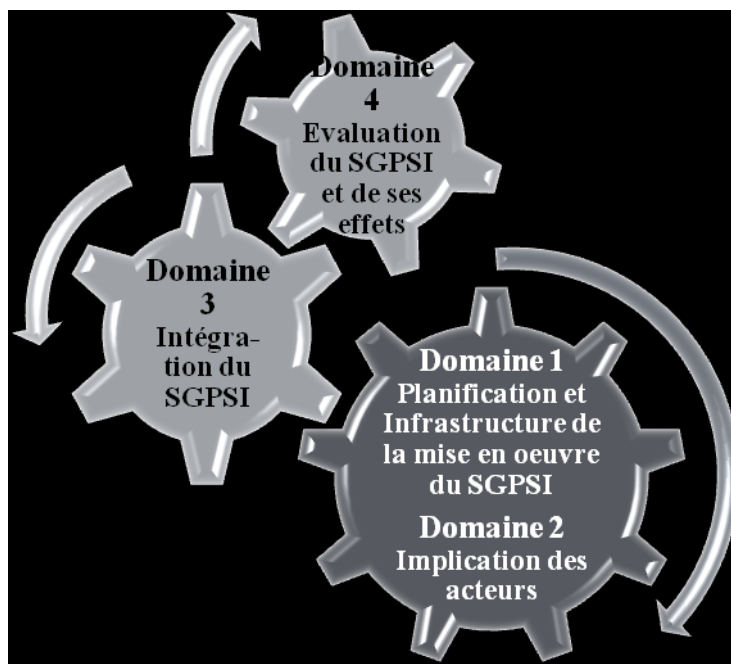


Figure 2 : Représentation dynamique des domaines du modèle d'implantation et de pérennisation d'un Système de Gestion de la Performance des Services Infirmiers.

Limites du travail dirigé

Une première limite est le nombre d'articles inclus dans la recension des écrits. En effet, dans le cadre d'un travail de maîtrise, l'émergence d'une recension des écrits reste d'une importance limitée par rapport à des revues de littérature. Les écrits ont été recherchés d'une manière exhaustive dans le milieu infirmier. Les résultats identifiés montrent une saturation des données. Néanmoins, une exploration plus importante de la littérature non infirmière dans le monde de la santé pourrait amener peut-être des éléments supplémentaires.

La seconde limite est représentée par le peu d'écrits actuellement, qui englobent une démarche systématique de la gestion de la performance des services infirmiers. Ainsi, les écrits recensés couvrent généralement un ou deux des domaines, rarement les quatre. Cependant, cette limite représente la force du travail qui permet de proposer un modèle global à partir d'éléments présents de manière fragmentée dans les écrits scientifiques et professionnels.

Recommandations

Recommandation pour les milieux cliniques

Afin de favoriser l'implantation et la pérennisation d'un système de gestion de la performance des services infirmiers, cinq recommandations visant les directions de soins de centres hospitaliers, qui ont la responsabilité de l'implantation d'un SGPSI, sont présentées. Ces recommandations se basent sur les 26 stratégies identifiées tout au long de la recension des écrits.

La 1^{ère} recommandation est de porter une vision d'ensemble sur les différentes stratégies à mettre en place avant de commencer l'implantation d'un système de gestion de la performance des services infirmiers. En cela, l'utilisation du cadre d'implantation et de pérennisation d'un SGPSI, adapté à chaque contexte, constitue un outil systématique d'aide à l'implantation dans un contexte hospitalier complexe.

La 2^{ème} recommandation est d'engager, comme le démontrent les résultats de la recension, et ce dès le début de la démarche, toutes les parties prenantes du projet. Il s'agit là d'un grand défi, mais le fait d'utiliser en complémentarité une approche descendante (*top-down*) et une approche ascendante (*bottom-up*) est un facteur de succès dans l'implantation d'un SGPSI (Jackson, 2005). L'approche descendante sert surtout en début de projet pour définir les grandes lignes du projet et les ressources nécessaires à sa

conception. L'approche ascendante prend en compte les propositions et recommandations de tous les acteurs pour élaborer le projet et lors des résultats de la performance à mettre en place les boucles d'amélioration. Les collaborateurs comme les La 3^{ème} recommandation est de mettre en place une communication adéquate et transversale des succès et des apprentissages qui amènent un haut niveau de performance. En effet, partager les succès des services renforce deux axes. D'un côté, ces informations aident les équipes moins performantes en leur donnant des exemples et des moyens transférables et permettent de rendre dynamique les boucles d'amélioration au niveau des services. D'un autre côté, les directions de soins valorisent ainsi les efforts positifs et les réussites des équipes soignantes.

La 4^{ème} recommandation est d'inclure, dans le système de gestion de la performance des services infirmiers, les autres instances de direction de l'institution (direction générale, direction des finances, direction médicale, direction des ressources humaines, direction du système d'information, direction de la formation) comme partie prenante du changement à implanter. Ainsi, ils reçoivent les informations qui leur permettent de comprendre la plus-value du développement d'un SGPSI pour l'institution en termes d'amélioration des résultats aux patients tout en respectant des critères d'efficience et de pratiques fondées sur des preuves. Ils sont plus à même de

soutenir, de ce fait, l'implantation et la pérennisation d'un SGPSI en l'intégrant dans le plan stratégique de l'institution, et en lui réservant les ressources adéquates.

Enfin, la 5^{ème} recommandation est de veiller à l'utilisation optimale des expertises présentes dans l'organisation des soins.

En effet, les cadres soignants intermédiaires et de proximité sont les mieux placés pour mettre en place un environnement habilitant les discussions et les interactions sur l'analyse des résultats de la performance et sur la performance désirée. La délibération amenant les actions à entreprendre pour améliorer la performance de leur unité de soins, les cadres permettent ainsi la construction d'un terrain propice à l'innovation.

Les infirmières cliniciennes, cliniciennes spécialisées ou expertes, au titre d'agent de changement dans l'équipe de soins, peuvent élaborer avec l'équipe soignante et les cadres, les plans d'action, et mener l'une ou l'autre des activités qui le compose. Elles amènent dans leur milieu les meilleures pratiques établies dans les écrits scientifiques, forums de discussions ou par les résultats de la performance de l'institution ou d'autres secteurs comparables.

De leur côté, les infirmières soignantes sont invitées à participer activement aux discussions lors des communications des résultats de l'évaluation de la performance de leur service et à s'engager dans le développement du plan d'action, sa mise en place et les changements qui s'en suivent. Elles amènent ainsi des remarques constructives en lien avec leurs compétences, leur expérience et l'expertise acquise dans le service où elles évoluent. Ainsi, elles se responsabilisent face à l'amélioration des pratiques de leur milieu afin de promouvoir l'amélioration continue des résultats aux patients.

Recommandation pour les recherches ultérieures

Il serait intéressant de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre comment le processus de changement s'effectue à tous les niveaux de l'implantation du SGPSI. Des évaluations longitudinales des implantations des SGPSI mises en œuvre ainsi que des écrits sur le développement de l'amélioration de la performance des services infirmiers apporteraient de meilleures connaissances pour appréhender les défis que relève une telle innovation dans la gestion des services infirmiers.

Conclusion

En conclusion, le but visé par ce travail dirigé était d'identifier les stratégies mises en œuvre lors de l'implantation et de la pérennisation d'un système de gestion de la performance des services infirmiers afin d'émettre des recommandations visant les directions de soins d'un établissement de santé.

La recension des écrits a permis d'identifier 26 stratégies qui soutiennent la mise en place d'un système de gestion de la performance des services infirmiers. Le cadre d'implantation d'un SGPSI permettra aux directions de soins de détenir un outil systématique d'aide à l'implantation d'un SGPSI afin de profiter pleinement de son potentiel d'innovation pour améliorer les processus amenant des résultats positifs aux patients.

Dans un contexte de pression budgétaire lié à une pression constante sur le niveau de qualité des soins réalisés, l'implantation d'un SGPSI et l'implication des infirmières soignantes dans sa mise en œuvre sont essentielles et donne l'opportunité aux infirmières de démontrer leur imputabilité face à leur participation dans le continuum des soins du patient.

Toutefois, comme le soulignent Gantz et al. (2003), l'amélioration de la qualité et de la performance devrait être un mode privilégié par toutes les parties prenantes d'une institution de soins visant à intégrer les meilleures pratiques, à comprendre, à modifier et à améliorer positivement les résultats des soins aux patients.

Références

- Abrahamson, E. (2004). Avoiding repetitive change syndrome: change or perish? It's often not an either-or choice. At companies that pursue too much change, too fast, change and perish can be the result. *MIT Sloan management review*, 45(2), 93.
- Albanese, M., Evans, D., Schantz, C., Bowen, M., Disbot, M., Moffa, J., . . . Polomano, R. (2010). Engaging clinical nurses in quality and performance improvement activities. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3), 226-245.
- Biron, A., Vézina, M., St-Hilaire, C., Lavoie-Tremblay, M., & Richer, M-C. (2012). Role of Performance Measurement in a Major Redevelopment Project: The Case of the McGill University Health Centre Transition Support Office. *Healthcare Quarterly*, 15(1), 34-40.
- Brady Germain, P., & Cummings, GG. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 425-439. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01100.x
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A-P., & Hartz, Z. (2011). L'évaluation : concepts et méthodes. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal. .
- Brown, A.D., Phil, D., Pink, G.H., & Champagne, F. (2005). L'établissement d'un système de mesure de la performance des services de santé: Leçons tirées de la présentation de rapports sur les hôpitaux en Ontario, au Canada. *Infolettre*, 2(1), 3-6.
- Bruijn, H. (2007). *Managing Performance in the Public Sector* (pp. 122). Retrieved from <http://lib.myilibrary.com?ID=6919>
- Carnall, CA. (2007). *Managing change in organizations* (5 th ed.). Harlow, Toronto: Financial Times Prentice Hall
- Cash, S., Ingram, S., Biben, D., McKeever, S., Thompson, R., & Ferrell, J. . (2012). Moving forward without looking back: Performance management systems as real-time evidence-based practice tools. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 655-659. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.12.008>
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. In E. n°39 (Ed.). Montréal: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2011). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. In L. p. d. I. U. d. Montréal. (Ed.), Brousselle et al. : L'évaluation: concepts et méthodes (pp. 49-70). Montreal.
- Chu, H-L., Wang, C-C. , & Dai, Y-T. (2009). A study of a nursing department performance measurement system: using the balanced scorecard and the analytic hierarchy process. *Nursing Economic\$, 27(6)*, 401-407.
- CISS. (2013). Guide CISS du représentant des usagers du système de santé IV édition. Retrieved 23.05.2013, from <http://www.leciss.org/>
- Collerette, P. (2008). Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique. *Telescope, (14, 3)*. Observatoire de l'administration publique, Québec.
- Cummings, GG., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., & Muise, M. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 47(3)*, 363-385.
- Curley, M., & Hickey, P. (2006). The Nightingale Metrics. *American journal of nursing, 106(10)*, 66-70.
- Curtright, J. W., & Stolp-Smith, S. C. (2000). Strategic performance management: Development of a performance measurement system at the Mayo. *Journal of Healthcare Management, 45(1)*, 58-58.
- Damon, J. (2009). La fièvre de l'évaluation. *Sciences Humaines, 208*, 1-9.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q, 44(part 2)*, 166 - 206.
- Donaldson, N., Brown, D. S., Aydin, C. E., Bolton, M. L. B., & Rutledge, D. N. (2005). Leveraging nurse-related dashboard benchmarks to expedite performance improvement and document excellence. *Journal of Nursing Administration, 35(4)*, 163-172.
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Pomey, M.-P., Girard, F., & Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nursing, 12(1)*, 7.
- Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources For Health, 1(1)*, 1.

- Gantz, N. R., Sorenson, L., & Howard, R. L. (2003). A collaborative perspective on nursing leadership in quality improvement: the foundation for outcomes management and patient/staff safety in health care environments. *Nursing Administration Quarterly*, 27(4), 324-329.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Groene, O., Klazinga, N., Kazandjian, V., Lombrail, P., & Bartels, P. (2008). The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 155-161. doi: 10.1093/intqhc/mzn010
- Groene, O., Skau, J., & Fröelich, A. (2008). An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 162-171.
- Groff, A. (2009). *Manager l'innovation*. Paris: Afnor Editions.
- Guisset, A.-L., Sicotte, C., Leclercq, P., & D'Hoore, W. (2002). Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences sociales et santé*, 65-104.
- Hall, L., Doran, D., Laschinger, H. K., Mallette, C., Pedersen, C., & O'Brien Pallas, L.-L. (2003). A balanced scorecard approach for nursing report card development. *Outcomes Management*, 7(1), 17-22.
- Haworth, J. (2008). Measuring performance. *Nursing Management - UK*, 15(3), 22-28.
- IOM. (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington DC: National Academies Press.
- Jackson, A. (2005). Falling from a Great Height: Principles of Good Practice in Performance Measurement and the Perils of Top Down Determination of Performance Indicators. *Local Government Studies*, 31(1), 21-38. doi: 10.1080/0300393042000332837
- Jeffs, L., Merkley, J., Richardson, S., Eli, J., & McAllister, M. (2011). Using a nursing balanced scorecard approach to measure and optimize nursing performance. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 24(1), 47-58.

- Jennings, B. M. (2004). The intersection of nursing administration research and health services research: stop and look both ways before proceeding! *Journal of Nursing Administration*, 34(5), 213-215.
- Johnson, K., Hallsey, D., Meredith, R. L., & Warden, E. (2006). A nurse-driven system for improving patient quality outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), 168-175.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard--measures that drive performance. *Harv Bus Rev*, 70(1), 71-79.
- Kollberg, B., & Elg, M. (2006). Challenges experienced in the development of performance measurement systems in Swedish health care. *Quality Management in Health Care*, 15(4), 244-256.
- Kollberg, B., Elg, M., & Lindmark, J. (2005). Design and implementation of a performance measurement system in Swedish health care services: a multiple case study of 6 development teams. *Quality Management in Health Care*, 14(2), 95-111.
- Kotter, J. (2008). *A Sense of Urgency* Boston: Harvard Business Press
- Kurtzman. (2008). Trends in transparency: nursing performance measurement and reporting. *The Journal of nursing administration*, 38(7/8), 349-354.
- Kurtzman, & Jennings, B. M. (2008). Capturing the imagination of nurse executives in tracking the quality of nursing care. *Nursing administration quarterly*, 32(3), 235-246.
- Lenk, C., Biller-Andorno, N., Alt-Epping, B., Anders, M., & Wiesemann, C. (2005). [Ethics and diagnosis related groups]. *Dtsch Med Wochenschr*, 130(27), 1653-1655. doi: 10.1055/s-2005-871880
- Loan, L. A., Patrician, P. A., & McCarthy, M. (2011). Participation in a national nursing outcomes database: monitoring outcomes over time. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 72-81. doi: 10.1097/NAQ.0b013e318203224c
- Luo, C-M., Chang, H-F., & Su, C-H. (2011). 'Balanced Scorecard' as an operation-level strategic planning tool for service innovation. *The Service Industries Journal*, 32(12), 1937-1956. doi: 10.1080/02642069.2011.574273
- Malliarou, M., & Zyga, S. (2009). Advantages of Information Systems in Health Services. *Sport Management International Journal*, 5 (2), 43 - 54. doi: 10.4127/ch.2009.0040

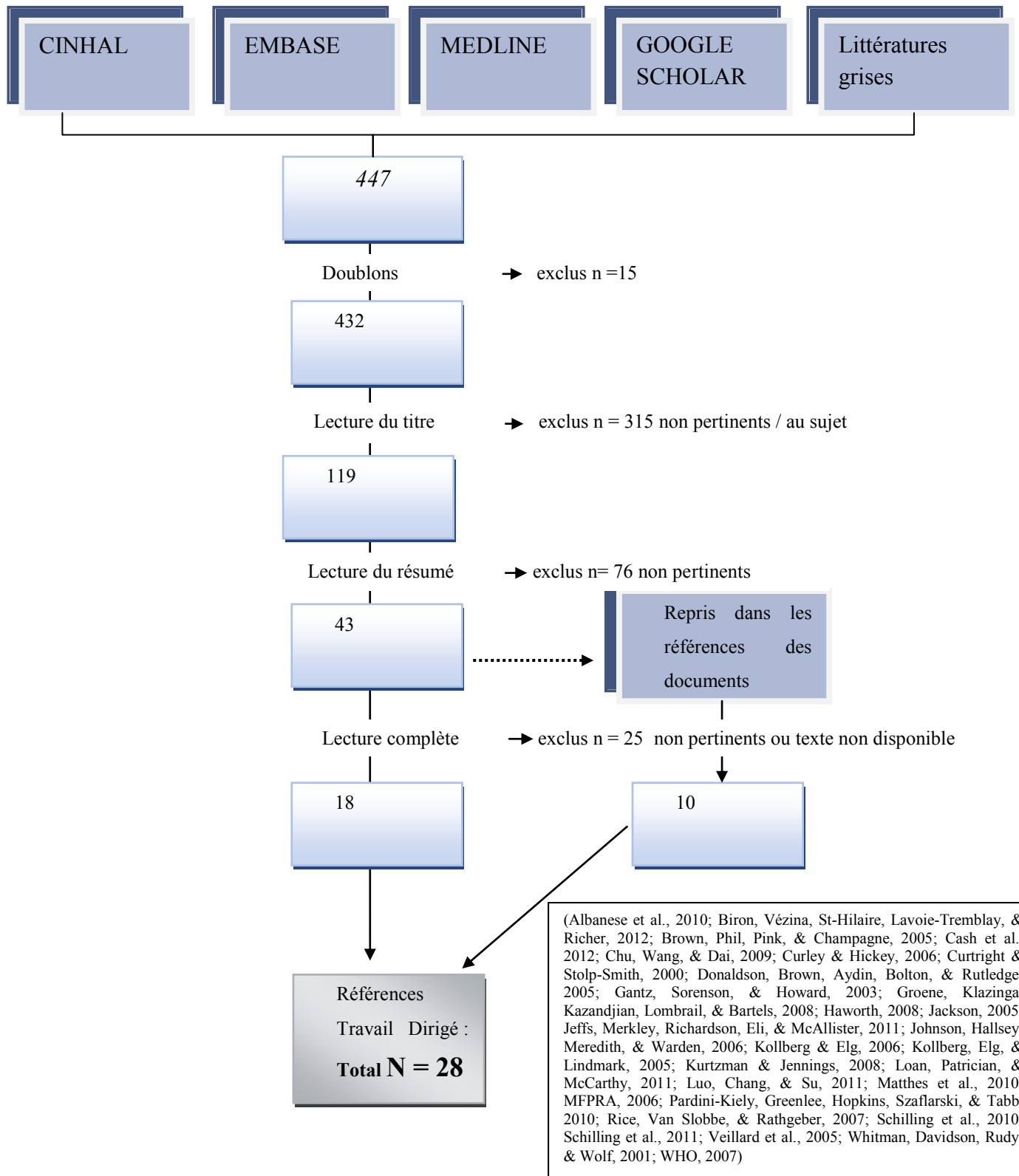
- Matthes, N., Cheng, J., Ogunbo, S., Reilly, C., Wilbon, A., & Wood, N. (2010). National hospital quality measures data: supporting nurses' key roles in organizational performance improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(2), 127-136. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181c7b274
- MFPPRA. (2006). Cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques: Comment améliorer une organisation par l'auto-évaluation. Luxembourg: Centre de ressource CAF
Retrieved from <http://www.fonction-publique.public.lu/fr/publications/brochures/caf/brochure-CAF.pdf>.
- Needleman, J., Kurtzman, E. T., & Kizer, K. W. (2007). Performance Measurement of Nursing Care. *Medical Care Research and Review*, 64(2 suppl), 10S-43S. doi: 10.1177/1077558707299260
- Nilsen, P., Roback, K., Brostrom, A., & Ellstrom, P.-E. (2012). Creatures of habit: accounting for the role of habit in implementation research on clinical behaviour change. *Implementation Science*, 7(1), 53.
- OFSP. (2006). Loi sur L'assurance Maladie et indicateur qualité. Retrieved 01.02.2013, from <http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?lang=fr>
- Paillé, P. (2004). Engagement organisationnel, intention de retrait et comportements citoyens: L'influence de la satisfaction au travail. *Revue de gestion des ressources humaines*, 52(31-46), 16.
- Pappas, S. H. (2008). The cost of nurse-sensitive adverse events. *J Nurs Adm*, 38(5), 230-236. doi: 10.1097/01.NNA.0000312770.19481.ce
- Pardini-Kiely, K., Greenlee, E., Hopkins, J., Szaflarski, N. L., & Tabb, K. (2010). Improving and sustaining core measure performance through effective accountability of clinical microsystems in an academic medical center. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 36(9), 387-398.
- Perla, R. J., Bradbury, E., & Gunther-Murphy, C. (2013). Large-Scale Improvement Initiatives in Healthcare: A Scan of the Literature. *Journal for Healthcare Quality*, 35(1), 30-40. doi: 10.1111/j.1945-1474.2011.00164.x
- Pluye, P. (2007). Trousse à outils Pérenni(sation)té. Retrieved 10.10, 2013, from <http://www.cacis.umontreal.ca/perennite/fr/glossaire.html>
- Rafferty, A. M., Maben, J., West, E., & Robinson, D. (2005). What Makes a Good Employer? (pp. 84). Genève: International Council of Nurses.

- Rice, S., Van Slobbe, A., & Rathgeber, D. (2007). Nursing practice evaluation using an expert panel process. *Clinical Governance: An International Journal*, 12(2), 93-101. doi: 10.1108/14777270710741456
- Schilling, L., Chase, A., Kehrli, S., Liu, A. Y., Stiefel, M., & Brentari, R. (2010). Kaiser Permanente's performance improvement system, part 1: from benchmarking to executing on strategic priorities. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 36(11), 484-498.
- Schilling, L., Dearing, J., Staley, P., Harvey, P., Fahey, L., & Kuruppu, F. (2011). Kaiser Permanente's performance improvement system, Part 4: Creating a learning organization. *The joint commission journal on quality and patient safety*, 37(12), 532-543.
- Smith, P.C., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (2008). Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives. Paper presented at the Conférence Ministérielle européenne de l'OMS sur les système de santé "Systèmes de santé et prospérité", Tallin (Estonie).
- Struth, Deborah. (2009). TCAB in the curriculum: creating a safer environment through nursing education.(Transforming Care at the Bedside: Paving the Way for Change). *American journal of nursing*, 109(11), S55.
- Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O. A., & Guisset, A. L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 487-496.
- Whitman, G., Davidson, L., Rudy, E. , & Wolf, G.A. (2001). Developing a Multi-Institutional Nursing Report Card. *Journal of Nursing Administration*, 31(2), 78-84.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- WHO. (2007). PATH: Performance assesment tool for quality improvement in hospitals (pp. 18). Copenhagen: Denmark: Whorlth Health Organisation Europe.
- Wild, V., Pfister, E., & Biller-Andorno, N. (2009). Les DRG: l'éthique contre l'économie? *Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Médicales*, 01, 1-5.
- Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the

empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(1), 17.

Appendice A

- Processus de sélection des écrits



Appendice B

- Grille d'analyse par document

N° - Titre du document						
Nom du premier auteur et profession						
Pays						
Pertinence du document	Thème central = performance (ou qualité, ou système d'informations infirmier)					
	Thème lié à l'implantation ou la pérennisation d'un système de performance (gestion ou évaluation)					
	L'article traite de la performance des services de santé en général					
Type d'étude	Quantitative		Qualitative		Revue des écrits	
Critères de rigueur	Échantillon: n >50		Critères de rigueur explicites		Stratégie explicite d'exploration et d'analyse des écrits	
	Échantillon: 100 < n < 150					
	Échantillon: n < 100					
Autre						
Type d'organisation sanitaire	Soins aigus universitaires		Soins à domicile			
	Soins aigus non universitaires		Soins de longues durées			
	Domaine somatique					
	Domaine psychiatrique		Autre:			
Objet principal du document						
Période entre projet mis en place et l'écrit						
Modèle théorique ou conceptuel présent:		Titre du modèle:				
Auteurs du modèle si dif. de l'article						
Méthode utilisée pour la gestion de projet si explicite						

<p>Domaine 1 : Planification et structure du projet : vision et but / intervention / management / ressources / autre planification ou structure</p>	
<p>Domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, organisationnel et du système : individus - groupe d'acteurs- dynamisme / agents de changement – champion / leardership / compétences et capacité de développement/ réseau d'apprentissage / compétence du système et de l'organisation/ culture du système et de l'organisation</p>	
<p>Domaine 3 : Le processus du changement : théorie du changement utilisé</p>	
<p>Domaine 4 : Mesure de la performance et évaluation : système d'information / mesure et système de rétroaction.</p>	
<p>Autre</p>	
<p>Références utiles citées à consulter</p>	
<p>Autres Commentaires ou critiques sur le document</p>	

Appendice C :

- Tableau des éléments centraux des documents recensés

N° du document	1	2
Auteurs (Année) Pays	Albanese et al. (2010) USA – Pennsylvanie	Biron et al. (2012) Canada – Québec
But	Rapporter les importants travaux mis en place à l'hôpital universitaire de Pennsylvanie pour intégrer les résultats liés aux soins infirmiers dans le plan qualité de l'organisation.	Examiner le rôle joué par la mesure de la performance comme appui d'un projet de réaménagement hospitalier.
Type d'étude	Étude de cas	Étude de cas
Cadre théorique de la performance utilisé	Donabedian (1966)	<i>Transition support office evaluation</i> (Biron et al., 2012). Modèle intégratif.
Recommandations domaine 1 : planification et infrastructure	Les priorités pour évaluer les soins doivent être en harmonie avec la mission, la vision, les valeurs et le plan stratégique de l'organisation. Mise en place d'un groupe-conseil de la qualité présidé par la Directrice des soins, une infirmière de chaque service, un cadre de la direction et un cadre de chaque département.	Une compréhension commune de la signification de l'efficacité d'un système de santé est nécessaire avant d'identifier les dimensions de la performance de l'établissement. Important de mettre en place un cadre de la performance adapté à l'organisation stratégique de l'établissement. Les différents acteurs partagent une vision commune de ce qui doit être mesuré. Les ressources sont correctement déterminées pour soutenir adéquatement la mise en œuvre et le développement. Création d'un bureau d'appui à la transition qui agit sur l'harmonisation des pratiques cliniques. L'accompagnement du changement, l'examen du processus et son évaluation.

<p>Recommandations domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>Le leadership, la gouvernance partagée, le partenariat et la recherche ont permis d'engager les infirmières dans les projets d'amélioration. Les cadres utilisent les données dans la gestion du service et s'assurent que les infirmières comprennent les résultats. Des formations sur l'interprétation des résultats et sur la prise de décision sont mises en place. La responsabilité des résultats incombe aux infirmières, cadres de proximité, cadres intermédiaires et médecins qui sont dans les services de soins. Mise en place de mécanisme de coaching, partage de connaissances et de surveillance pour mener et pérenniser les améliorations de la performance.</p>	<p>Tous les partenaires participent à la collecte de données. Les questionnaires comprennent, grâce aux mesures, les processus de travail et les résultats qu'ils procurent. Ainsi, ils déterminent les améliorations nécessaires. L'équipe de projet travaille au niveau du micro-système pour induire les changements et les pérenniser. Offrir de la formation, des outils et des exemples le plus proche possible de la pratique pour les milieux cliniques. Un mandat clair est donné à chacun pour soutenir l'amélioration des processus de soins et de créer une culture de l'innovation.</p>
<p>Recommandations domaine 3 : théorie du changement</p>	<p>Présentation des données avec des codes couleur, dans un format clair et concis. Adaptation des TBH pour chaque niveau de l'organisation (DSO, département, service, unité). Augmenter la rapidité de la communication des données pour des améliorations en « temps réel ». Les résultats sont donnés dans les unités lors de discussions afin de mettre en place en équipe les plans d'amélioration.</p>	<p>Utilisation d'experts en gestion du changement Les macro-systèmes sont faits de microsystème (Nelson , 2007)</p>
<p>Recommandations domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation</p>	<p>Mettre en place des freins et des contrepoids pour être certain de l'intégrité et de l'exactitude des données.</p>	<p>Mesurer, pour chaque projet mené, la qualité et la productivité afin de déterminer l'impact des changements et ainsi motiver le personnel. Importance de la fiabilité et de la disponibilité des données. Les experts de l'évaluation effectuent un relai avec les experts de l'amélioration afin de faire le meilleur usage des mesures. Un sous-comité d'évaluation identifie les opportunités d'amélioration, formule des recommandations, le chef de projet s'assure du plan d'action et des ressources à déployer.</p>

Limites émises par les auteurs/commentaires	<p>Les milieux de soins doivent modifier leurs pratiques pour intégrer la technologie de pointe qui fournit aux infirmières des lignes directrices décisionnelles fondées sur des preuves.</p> <p>Mettre la responsabilité de l'amélioration de la qualité des soins sur les infirmières demande des ressources considérables en gestionnaire de soins infirmiers.</p>	<p>La pérennisation des changements au sein des services de soins doit encore être plus profondément étudiée et opérationnalisée.</p>
N° du document	3	4
Auteurs (Année)	Brown et al. (2005)	Cash et al. (2012)
Pays	Canada - Ontario	USA - Ohio
But	Émettre des recommandations pour l'établissement d'un système de mesure de la performance des services de santé à partir des données des 6 derniers rapports des hôpitaux	Décrire comment un système de gestion de la performance a été élaboré et sa raison d'être pour les agences de protection de l'enfance.
Type d'étude	Rapport d'expert en évaluation	Étude de cas
Cadre théorique de la performance utilisé	Baker et Pink (1995)	Balanced Scorecard Kaplan et Norton (2001, 1996)
Recommandations liées au domaine 1 : planification et infrastructure	<p>Énoncer les objectifs d'un système normalisé d'évaluation de la performance en début de processus.</p> <p>Établir des principes directeurs sur l'établissement d'un système normalisé d'évaluation de la performance</p> <p>Évaluer la faisabilité technique et politique de l'établissement d'un système normalisé d'évaluation de la performance</p>	<p>Le leadership et la culture de l'organisation sont axés sur l'amélioration des prestations avant le début du projet.</p> <p>Les efforts se concentrent sur la réalisation d'un plan détaillé de la cartographie de l'organisation.</p> <p>La stratégie est effectuée à un niveau local et non national.</p> <p>Les ressources sont alignées pour aider les sites à mettre en place la stratégie.</p> <p>Chaque département fournit ses données (finance, Rh, gestion administrative, enquête externe).</p>

<p>Recommandations domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>Les principaux intervenants devraient pouvoir définir les objectifs qu'ils souhaitent atteindre. Un groupe d'experts métiers travaillent sur les différentes dimensions de la performance Un comité consultatif fournit des conseils importants sur les orientations stratégiques du projet et sur les modes de présentation des résultats.</p>	<p>Le personnel reçoit beaucoup d'informations sur les résultats pour qu'il se sente partie intégrante du système mis en place. Il est au centre des propositions d'amélioration. Les cadres de proximité ciblent la formation continue et l'encadrement du personnel en fonction des données. Un accent est mis sur le tableau de bord de la performance pour assurer une formation permettant de développer de nouvelles compétences chez les nouveaux et les anciens collaborateurs. Les données sont utilisées par les cadres pour les rapports annuels. Les cadres sont à l'aise avec l'utilisation des données pour la prise de décision.</p>
<p>Recommandations domaine 3 : Processus du changement</p>	<p>Examiner attentivement les différentes méthodes de présentation de l'information. Ajuster les données en fonction des risques ou utiliser des groupes de pairs pour mener des comparaisons justes. Donner le temps aux organisations de se familiariser avec le système avant de divulguer les résultats.</p>	<p>Mettre en place un groupe projet et un comité projet. Intégrer le tableau de bord de la performance dans une revue mensuelle où les consommateurs primaires, les cadres de proximité et la direction partagent l'information, la connaissance, l'innovation organisationnelle et l'amélioration continue de la qualité. Mettre en place le partage des innovations qui sont un succès. Inverser la tendance de façon optimale le plus rapidement possible. Le tableau de bord est réactualisé chaque mois dans ces cas pour suivre les changements progressifs. Les tableaux de bord sont utilisés lors de discussions en équipe pour transmettre les résultats positifs et féliciter le personnel sur leur adhésion au modèle ou pour montrer vers où ils vont (tendance). Il s'agit de mettre en place un processus d'engagement, de garder le personnel informé et actif.</p>

Recommandations domaine 4 : Mesure de performance et évaluation	Prêter attention aux données et à leur qualité. S'assurer que les données présentent des écarts réels de pratique.	Discussion entre le comité du projet et chaque site sur les succès et les obstacles/défis. Le comité ajoute ou modifie des mécanismes et des processus d'information supplémentaires. Mise en place de réunion trimestrielle pour fournir un forum de surveillance du plan avec tous les chefs de secteurs fonctionnels. Attention: parfois, les mauvais résultats correspondent à une mauvaise fiabilité des données. Mettre en place une boucle de rétroaction entre l'équipe de recherche, l'équipe du programme pour revoir les confusions ou malentendus. Lors de résultats négatifs, creuser avec les équipes pour cerner le problème et mettre en place des formations de recyclage, une surveillance spécifique sur le lieu du problème.
Limites émises par les auteurs/commentaires	« On devrait pouvoir repérer les organisations hautement performantes qui pourraient offrir d'excellentes possibilités d'apprentissage en ce qui concerne l'amélioration de la qualité. Les organisations faiblement performantes devraient pouvoir cerner les aspects à examiner et qui pourraient se prêter à des améliorations.»	
N° du document	5	6
Auteurs (Année) Pays	Chu et al. (2009) Chine – Taiwan	Curley and Hickey (2006) USA – Massachusetts
But	Rapporte le succès d'implantation d'un système d'intéressement salarial sur la performance de services infirmiers	Rapporte un projet d'implication des équipes infirmières des services de pédiatrie à travailler sur l'amélioration de la performance de leurs pratiques collectives.
Type d'étude	Évaluation statistique soutenue par une revue de la littérature	Étude de cas
Cadre théorique de la performance utilisé	Balanced Scorecard – Kaplan et Norton (1996)	Nightingale Metric Project

<p>Recommandations liées au domaine 1 : planification et infrastructure</p>	<p>Le système de la performance traduit la mission et la stratégie de l'organisation. Une équipe incluant la haute direction (directrice des soins infirmiers, directeur administratif, vice directeur) et de nombreux membres du personnel infirmier conçoit le tableau de bord hospitalier.</p>	<p>Le postulat de départ : les infirmières connaissent intuitivement quels sont ceux des soins qu'elles produisent qui sont les plus importants. Elles ont juste besoin d'aide pour les mesurer. Les ressources allouées sont de deux personnes à hauteur de 2 h par trimestre par unité de 24 lits.</p>
<p>Recommandations liées au domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>Les cadres soignants et les infirmières des équipes sont en charge de mettre en place les objectifs à atteindre pour leur secteur. L'implication et la volonté de prendre part à la performance des services infirmiers dépendent de l'intégration d'un programme d'incitation. Les infirmières reçoivent un salaire de base et une part d'un bonus de groupe basé sur l'évaluation de la performance du groupe. Le bonus est distribué si la performance est excellente ou supérieure à la moyenne.</p>	<p>Le travail s'effectue directement avec l'ensemble des membres infirmiers de l'équipe sur leur contribution collective pour mettre le patient et sa famille dans les meilleures conditions pour que la nature agisse sur lui (F. Nightingale) Les infirmières décident quel indicateur recueillir, la meilleure mesure et effectuent la récolte de données en respectant très fortement le protocole. Elles sont soutenues par une infirmière chercheuse. Cette implication apporte une motivation extrême du personnel qui attend les indicateurs et les résultats. Les données recueillies sont utilisées pour déterminer ce qui doit être enseigné aux nouvelles infirmières. Les meilleures pratiques signalées par les données deviennent celles à utiliser pour tous.</p>
<p>Recommandations liées au domaine 3 : Processus du changement</p>	<p>L'implantation d'un tel système doit s'effectuer en premier lieu avec une étude pilote puis intégrer les autres services. Représenter les résultats par un code couleur est le plus parlant pour les équipes.</p>	<p>Pour chaque indicateur, un test pilote de trois mois est mené, il permet de le valider (il mesure bien ce que l'on voulait mesurer). Les unités devraient commencer à petite échelle en sélectionnant une seule mesure par mois ou trois par trimestre. Ne sélectionner pour commencer que des indicateurs spécifiques au patient dont le processus est fondé sur des preuves.</p>

Recommandations liées au domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation	<p>Avant chaque collecte de données, les indicateurs sont rediscutés avec les infirmières pour les valider ou en choisir de nouveaux.</p> <p>Le recueil de données est effectué tous les trois mois, si une amélioration est requise alors suivi mensuel. Après trois vérifications suivies concordant avec l'indice de référence, une vérification annuelle est menée.</p>	
Limites émises par les auteurs/commentaires	<p>Les résultats démontrent aussi que les infirmières considèrent que la satisfaction des patients est l'un des critères les plus importants pour mesurer la performance des soins infirmiers.</p> <p>-Limites dues à l'examen d'un seul département sur l'ensemble d'un hôpital universitaire. D'autres recherches doivent être mises en place pour savoir s'il est possible de généraliser les résultats.</p>	
N° du document	7	8
Auteurs (Année) Pays	Curtright and Stolp-Smith (2000) USA – Minnesota	Donaldson et al. (2005) USA – Californie
But	<p>Description :</p> <p>Des forces environnementales des mesures et de la gestion de la performance d'une organisation hospitalière.</p> <p>Du processus systématique utilisé par le secteur ambulatoire de l'Hôpital Rochester du groupe Mayo les résultats directs et indirects initiaux les leçons apprises pas ce processus.</p>	<p>Présentation du travail et de la base de données CALNOC mise en place en 1996 sur 136 hôpitaux- 852 unités de soins. Cette base de données compte 17 millions de journées patients provenant de 37 % des hôpitaux de la Californie. Elle fournit des points de repère fondés sur des preuves pour une nouvelle génération de tableau de bord appuyant les projets cliniques, administratifs et décisionnels de la politique publique.</p>
Type d'étude	Étude de cas	Étude de cas
Cadre théorique de la performance utilisé	Balanced Scorecard Kaplan et Norton (1992)	California Nursing Outcomess Coalition (CALNOC,1996)

Recommandations domaine 1 : planification et infrastructure	<p>Aligner la mesure de la performance organisationnelle à la vision, les valeurs primaires, les principes fondamentaux et les stratégies opérationnelles.</p> <p>La direction doit soutenir en temps et engagement direct le projet.</p> <p>Importance de développer de nouvelles conceptions du système d'information pour des captures automatiques et reliées entre elles des données.</p>	<p>La mise en place d'un analyste de la qualité clinique est une part importante du succès.</p> <p>Il permet de travailler avec les administrateurs, les cadres cliniques, et les cliniciens.</p> <p>Crée des rapports et s'assurent de la validité et la fiabilité des données.</p>
Recommandations liées au domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système	<p>Intégrer activement les cadres et les collaborateurs dans la conception de chacune des étapes</p> <p>Mettre en place une communication pour tous sur l'intranet de l'institution facile et atteignable en « 3 clics de souris »</p>	<p>Le suivi à court terme de la performance permet de donner des rétroactions rapides aux collaborateurs pour savoir si le projet en court propose des améliorations. Il implique, de cette façon, le collaborateur dans les bons projets.</p>
Recommandations liées au domaine 3 : Processus du changement	<p>-</p>	<p>Importance d'un examen systématique des résultats par les équipes pour qu'elles repèrent quelles sont les améliorations importantes dans leur domaine avant même toute comparaison.</p> <p>Les définitions de chaque indicateur et mesure entreprise sont explicitement connues à tous les niveaux de l'institution pour permettre des comparaisons fiables et des interprétations correctes.</p> <p>Les données recueillies permettent de mettre en évidence les améliorations à travailler, mais aussi objectivent les causes possibles.</p>
Recommandations liées au domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation	<p>Le rapport de mesure est construit par les cadres supérieurs, le comité d'administration et les collaborateurs.</p>	<p>Les indicateurs stables ou qui ne sont plus dans les priorités stratégiques sont enlevés du tableau de bord</p> <p>Les tableaux de bord devraient pouvoir être consultés en temps réel.</p>
Limites émises par les auteurs/commentaires	<p>Il s'agit d'un long chemin, mais d'un voyage digne de la valeur principale de l'entreprise Mayo : « les besoins du patient passent en premier »</p>	<p>Importance de fonder le processus sur des résultats probants.</p>

N° du document	9	10
Auteurs (Année)	Gantz et al. (2003)	Groene, Klazinga, et al. (2008)
Pays	USA – Indiana	Danemark - OMS
But	Mettre en avant l'opportunité que les infirmières devraient saisir en se positionnant fortement dans l'axe d'amélioration de la qualité des soins.	Évaluation de l'essai pilote PATH (outil d'évaluation des performances de la qualité dans les hôpitaux) pour identifier les facteurs : qui facilitent ou entravent sa mise en œuvre qui impliquent les utilisateurs, au niveau de l'hôpital, dans la révision des indicateurs, la collecte des données et les rapports sur les procédures.
Type d'étude	Avis d'expert	Étude qualitative avec entretien semi-structuré de 6 coordinateurs régionaux et questionnaire standardisé pour les hôpitaux participants.
Cadre théorique de la performance utilisé	-	Veillard (2005) PATH 6 dimensions 18 indicateurs
Recommandations domaine 1 : planification et infrastructure	L'amélioration des processus est une priorité visible dans l'élaboration de la stratégie organisationnelle. La direction montre un engagement clair à travers l'infrastructure du système, la formation, et l'allocation des ressources libérées pour l'amélioration de la qualité. Les dirigeants ont une énorme responsabilité dans la vision et la direction à montrer. Il ne faut pas effectuer un énorme show et tout arrêter l'année suivante : l'amélioration est un éternel continuum.	Un cadre conceptuel comme PATH permet l'intégration des différentes activités d'évaluation de la qualité des institutions de soins. La décision de choisir tel ou tel indicateur est liée aux priorités de l'organisation. Les priorités concurrentes et les réorganisations des hôpitaux mettent en danger l'implantation de PATH. Un financement d'amorçage est indispensable, pour démarrer le projet, convoquer les réunions, ateliers, distribuer et traduire les documents dans le langage des collaborateurs. Un assistant de recherche et de saisies des données doit être engagé et le groupe projet a droit à un soutien technique et des responsabilités clairement définies.

<p>Recommandations domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>Les infirmières sont le mieux placées pour assurer et maintenir les résultats de la qualité. L'implication des infirmières doit être recherchée dès la phase initiale du projet. Elles peuvent et connaissent les priorités à travailler. La tâche des cadres soignants de tous les niveaux est de gérer l'ambiguïté et de mobiliser à l'action les équipes. Les gestionnaires sont préparés à guider le mouvement vers l'avant. La capacité de développement est présente lorsque les cadres mettent en place un milieu collaboratif où le leadership et l'autonomie prévalent à tous les niveaux. Les cadres doivent maintenir la cohérence de la méthode : ils s'engagent à éduquer, former, soutenir et rendre autonomes les personnes. Les cadres ont du courage, couplé à une clarté de vision. Ils montrent la force et la direction par l'intelligence, l'expertise clinique et la compassion, mais aussi par la capacité de s'adapter et de prospérer à travers les changements menés dans les soins aux patients. Afin de réussir à changer la culture de l'institution, les infirmières, les aides-soignantes, les médecins et la Direction Générale connaissent et acceptent la responsabilité de donner des soins de qualité et qu'il s'agit du thème principal de l'organisation.</p>	<p>La prise en compte des intérêts de tous les acteurs est primordiale. Les coordinateurs doivent avoir une rapidité de réaction élevée lors du démarrage du projet, pour répondre aux questions, freins soulevés ou demande de correction. Importance de la formation des collaborateurs sur les définitions et d'obtenir un consensus avec les membres des équipes. Mise en place RAPIDE d'outils pour stimuler l'apprentissage selon les pistes d'amélioration décelées. Le rôle du coordinateur est un facteur clé de réussite.</p>
<p>Recommandations domaine 3 : Processus du changement</p>	<p>-</p>	<p>Une attention particulière soit être mise sur une conception conviviale du tableau de bord. Entre la mesure et la communication des résultats aux collaborateurs, le temps doit être court pour mettre en place des axes d'amélioration compris par tous.</p>

Recommandations domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation	<p>Besoin d'une boucle de rétroaction pour revoir les indicateurs après chaque collecte de données (compréhension, difficulté dans la mesure, mise à jour). Un indicateur dont la charge de mesure est très élevée devrait être abandonné. L'implantation d'un système d'évaluation de la performance nécessite des stratégies de communication claires, des procédures pour la révision des indicateurs et des mécanismes pour maintenir la dynamique du projet. Évaluer les essais pilotes pour identifier les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre. Impliquer les utilisateurs dans la révision des indicateurs, la collecte de données et les rapports sur les procédures de l'hôpital.</p>	
Limites émises par les auteurs/commentaires	<p>L'amélioration de la qualité et de la performance devrait être un mode de vie qui veut intégrer toujours les meilleures pratiques, qui cherche à comprendre, modifier, améliorer les résultats des soins aux patients.</p>	
N° du document	11	12
Auteurs (Année) Pays	Haworth (2008) Angleterre	Jackson (2005) Angleterre
But	<p>Expliquer la mise en place d'un projet de Balanced Scorecard dans un service d'urgence</p>	<p>Démontrer les points importants à mettre en place lors de l'implantation d'un système de la performance pour ne pas être en échec.</p>
Type d'étude	<p>Étude qualitative à l'aide d'un Questionnaire avec 23 questions fermées envoyé à 39 infirmières et 10 médecins et les 4 cadres médicaux infirmiers travaillant au service d'urgence</p>	<p>Avis d'expert</p>
Cadre théorique de la performance utilisé	<p>Kaplan et Norton (1992) Performance Assesment domains for the NHS</p>	<p>Kaplan et Norton (1992)</p>

<p>Recommandations domaine 1 : planification et infrastructure</p>	<p>Importance que la mission, la vision et la stratégie de l'organisation ou du service soient connues du personnel pour qu'ils soutiennent le projet. Effectuer une revue de littérature et connaître les connaissances du personnel sur la performance avant de commencer la mise en place d'un système de performance permet de mesurer les critères qui coïncident avec le plan stratégique du service. Le cadre de mesure de la performance doit être adapté aux ?</p>	<p>Il est essentiel de conceptualiser ce que représente un système de mesure de la performance pour l'établissement où on le met en place (contextualisation). Construire une approche fondée sur des preuves est source de succès.</p>
<p>Recommandations domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>Impliquer le personnel par un questionnaire permet d'établir leur perception par rapport au projet et influence leur engagement. Pour le personnel, un tel projet peut être perçu comme un gaspillage de ressources, il est donc important qu'ils soient engagés dans les développements et ainsi comprendre les objectifs, le sens et ce qu'ils ont à en gagner. Définir ce qui est mesuré dans chaque domaine et s'entendre avec l'équipe soignante sur ce qui est mesuré permet de mettre en place une vision de la performance sur le long terme. Importance pour s'améliorer d'instaurer de la formation ciblée en fonction des résultats des mesures de la formation. Tous les membres de l'équipe doivent être considérés comme des champions dans le soutien de la mise en place.</p>	<p>Une approche participative permet en fin de boucle de détenir la bonne information qui permettra une évaluation pertinente de la performance. Les indicateurs doivent être clairement définis pour qu'ils aient un sens pour ceux qui relèvent les données et ceux dont l'action va être jugée. Les objectifs fixés avec les équipes sont réalisables et réalistes. L'interprétation des indicateurs est effectuée avec les équipes, ce qui permet de couvrir les différents aspects de la performance et de comprendre les compromis à effectuer (plus les personnes qui produisent les chiffres sont loin des personnes qui les reçoivent, plus donner un sens est difficile). Déterminer localement les mesures permet d'évaluer les groupes sur des aspects sur lesquels ils ont un contrôle. Un système de performance est conçu pour changer les comportements : le leader doit mettre toute son énergie à réduire les écarts et pas seulement d'innover. Il est important de mesurer aussi l'obligation de démontrer les améliorations. Importance d'une culture sans blâme, pour ne pas se focaliser sur les chiffres mesurés, mais plutôt sur la qualité apportée aux patients. Les cadres encouragent et n'étouffent pas les débats en équipe.</p>

Recommandations domaine 3 : Processus du changement	-	Les données doivent être précises, valides et fiables. Les personnes qui reçoivent les chiffres les considèrent comme absolus, les personnes qui les fournissent comme relatifs : il y a donc un besoin important d'information et de formation.
Recommandations domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation	Questionnaire pour examiner la perception du personnel, la mission, les objectifs stratégiques, les critères de mesure de la performance et d'autres formes de mesures. Questions ouvertes qui permettent d'évaluer l'engagement du personnel dans le projet et l'utilisation des résultats.	La partie rétroaction des résultats est très importante : elle permet de faire évoluer les indicateurs les dimensions ou la conceptualisation selon l'évolution de l'institution. Les indicateurs obsolètes sont enlevés du tableau de bord.
Limites émises par les auteurs/ commentaires	Cet écrit ne prend en compte que l'avant-projet et les préalables à prendre en considération avant l'implantation d'un système de la performance. Basé sur un petit échantillon de 43 personnes qui ne permet pas d'emblée la généralisation des résultats.	Le meilleur des systèmes d'évaluation de la performance mis en place pour développer une culture d'apprentissage est implanté localement avec une dynamique de bas en haut.
N° du document	13	14
Auteurs (Année) Pays	Jeffs et al. (2011) Canada – Toronto	Johnson et al. (2006) USA – Caroline du Nord
But	Examen de l'expérience du Bridgepoint Heath dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un tableau de bord hospitalier pour les soins infirmiers	Décrire le travail de développement d'un outil de <i>reporting</i> en lien avec les données probantes et un modèle axé sur l'amélioration continue qui ont abouti à fournir des résultats positifs sur le patient.
Type d'étude	Étude de cas	Étude de cas
Cadre théorique de la performance utilisé	Kaplan et Norton (1992)	Modèle global qui permet de suivre des données pour améliorer les processus de soins. Suivi des dotations du personnel comme des procédures et processus.

**Recommandations
domaine 1 :
planification et
infrastructure**

Dans le tableau de bord, la mission les valeurs et la stratégie de l'organisation doivent être traduites en indicateurs.

Le futur plan infirmier concorde avec le plan stratégique de l'entreprise.

Une vision commune et un plan d'action doivent être partagés pour guider les services de soins; cela permet un renforcement du modèle des prestations.

La Direction des Soins et directeur des affaires professionnelles se mettent ensemble pour diriger les efforts d'amélioration de la performance.

La pérennisation du projet repose : - sur une solide structure de gouvernance professionnelle, - sécuriser les ressources institutionnelles pour superviser le plan et le suivi des priorités et pouvoir identifier les priorités en réponse aux changements de la performance.

La vision de l'institution offre une vision d'amélioration continue, donne des moyens d'effectuer des changements et fournit des informations fiables sur les résultats en cours.

Les indicateurs sont élaborés parallèlement aux objectifs de la Direction des Soins et de la Direction Générale.

L'implication des infirmières de 1re ligne, des dirigeants cliniques et administratifs est essentielle pour la réussite du projet.

Un conseil d'amélioration de la qualité est mis en place au niveau de la Direction des Soins; il est présidé par un infirmier de 1re ligne, chaque secteur de l'hôpital y est représenté.

Chaque comité d'amélioration continue nomme un responsable pour travailler avec le personnel de l'unité afin d'améliorer les prises en charge des patients.

L'outil de *reporting* est développé par les analystes de l'hôpital, soutenus par les membres du personnel (responsable de la saisie).

Les données sont fiables et précises et suffisamment souples pour répondre aux besoins des utilisateurs.

Mettre en place un conseil d'amélioration continue avec du personnel infirmier, des infirmières enseignantes et un soutien de la directrice des soins qui agit en tant que facilitateur.

Son rôle est d'élaborer un plan annuel d'amélioration continue pour les soins infirmiers et de veiller à sa mise en œuvre.

De déterminer les indicateurs de résultats, la méthode de recueil et la fréquence de la surveillance, l'analyse des données et la fréquence des rapports.

Ses recommandations sont alignées sur lignes de pratiques fondées sur des preuves. Il fournit des rapports aux unités de soins et ainsi, fait le lien avec les comités d'amélioration des unités et supervise leur plan d'action et les incidences sur les autres services.

<p>Recommandations domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>Engagement des infirmières de 1^{ère} ligne tout au long de la phase de développement (de la définition des objectifs stratégiques, aux indicateurs alignés à la planification) est nécessaire et permet une véritable dynamique de l'optimisation des performances de soins infirmiers et l'atteinte des résultats de qualité.</p>	<p>Implication du personnel dans la conception du modèle par la mise en place de comité d'amélioration continue dans l'unité. Les médecins sont inclus dans un comité mixte des unités spécialisées de base. Des infirmières <i>drivers</i> permettent de produire le changement. L'infirmière chef est un agent facilitateur dans le comité d'amélioration continue. Il est important que les gestionnaires en soins infirmiers soient ouverts à mettre en place des changements et à soutenir la formation (temps requis et programme ciblé) Former le personnel et les cadres sur les exigences réglementaires et les questions de sécurité des patients avant que les indicateurs soient sélectionnés Le service de formation et la Direction Générale reçoit des recommandations du conseil d'amélioration sur les besoins des secteurs pour améliorer les pratiques.</p>
<p>Recommandations domaine 3 : Processus du changement</p>	<p>Les résultats sont classés selon trois catégories : les succès, les déficits anticipés et les sous-performances inattendues. Le tableau de bord contient une classification selon trois couleurs (orange vert rouge) qui permet d'identifier les priorités en ce qui concerne l'allocation des ressources, le développement stratégique et la planification des actions futures.</p>	<p>Les rapports sont accessibles par tous et faciles à comprendre. Les cibles à atteindre sont déterminées par les gestionnaires-cadres, direction des ressources humaines, direction administrative et médecins selon les données probantes et les diversités dues aux spécialités. Le temps entre la collecte et la communication des données doit être réduit au minimum.</p>
<p>Recommandations domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation</p>	<p>Une revue trimestrielle entre la Direction Générale, la Direction des Soins et les <i>leaders</i> cliniques amène l'opportunité d'expliquer les écarts. Une revue annuelle est mise en place pour évaluer chaque objectif et indicateur, inclure de nouveaux indicateurs.</p>	<p>Importance de la remise à jour des indicateurs chaque année.</p>
<p>Limites émises par les auteurs/ commentaires</p>		

N° du document	15	16
Auteurs (Année) Pays	Kollberg and Elg (2006) Suède	Kollberg et al. (2005) Suède
But	Analyse des défis du développement de systèmes de mesure de la performance dans les soins de santé suédois.	Étude de cas basée sur la réalisation de six équipes de développement de différents comtés suédois ayant mis en place un système d'évaluation de la performance des institutions de santé
Type d'étude	Étude empirique de 6 projets sur 2 ans.	Entretiens qualitatifs et envois de questionnaires
Cadre théorique de la performance utilisé	Cadre suédois du modèle d'écoulement pour diminuer les temps d'attente	Cadre suédois du modèle d'écoulement pour diminuer les temps d'attente
Recommandations liées au domaine 1 : planification et infrastructure	<p>Importance de l'implication (soutien et engagement) de la Direction Générale dans l'amélioration de la qualité.</p> <p>Le but de la mise en œuvre est exprimé, l'engagement des cadres est obtenu.</p> <p>La Direction Générale est vigilante de ne pas changer de stratégie ou d'exigence souvent et rapidement et sans en expliquer le sens.</p> <p>Une culture paternaliste est source de succès puisqu'elle diminue la peur de la mesure chez les collaborateurs.</p> <p>Les ressources financières et humaines sont correctement évaluées.</p> <p>L'initiative doit être alignée avec les objectifs du système.</p> <p>Importance que les équipes perçoivent la nécessité de changer.</p> <p>Avoir un système d'information qui synchronise tous les divers modules permet de ne pas créer de travail supplémentaire. L'extraction des données doit être souple.</p>	<p>Importance d'une décision politique de changer.</p> <p>Importance d'une direction informée et motivée à soutenir le projet.</p> <p>Soutien financier pour développer le projet.</p> <p>Gain entrevu de l'intérieur permet l'acceptation de l'idée est la motivation à changer.</p>

<p>Recommandations domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>La motivation du personnel est étroitement liée avec le bon niveau de communication effectué. L'information est donnée à tous les acteurs incluant les patients.</p> <p>Le groupe projet doit être proche des collaborateurs.</p> <p>Les responsables hiérarchiques reçoivent un soutien important pour développer une motivation positive lors de la mise en œuvre. Ils doivent reconnaître les différences de compréhension des collaborateurs et concentrer leur attention sur l'examen des mesures, leur utilisation et leur but.</p> <p>La concurrence des projets en cours amène fatigue et démotivation du personnel.</p> <p>La formation est adaptée aux besoins décelés et aux corps de métiers. Elle vise à intégrer les nouvelles routines dans le travail journalier.</p>	<p>Interactions entre l'équipe de projet et les services cliniques qui permettent la formation et génèrent des adaptations dans le système existant.</p> <p>Interactions entre toutes les équipes de tous les projets en cours.</p> <p>Les interactions déclenchent un processus itératif d'apprentissage.</p> <p>Implication de l'utilisateur final pour répondre à ses besoins.</p> <p>Le soutien de la direction dans la stimulation et la prolifération des idées pendant le processus de conception permet d'augmenter les compétences du système et de l'organisation</p>
<p>Recommandations domaine 3 : Processus du changement</p>	<p>Une structure de gestion claire est mise en place.</p>	<p>-</p>
<p>Recommandations domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation</p>	<p>Entrevues, observations et études des plans d'amélioration des documents sources pour identifier les défis et introduire des améliorations du système</p>	<p>Entretiens des membres des différentes équipes de projets. Observations sur les lieux de travail et études des documents émis. Permet une analyse longitudinale qui permet d'étudier le développement des changements et d'apporter des améliorations dans les projets futurs.</p>
<p>Limites émises par les auteurs/ commentaires</p>	<p>Échantillon de 23 personnes ne permettant pas d'emblée la généralisation des résultats.</p>	

N° du document	17	18
Auteurs (Année) Pays	Kurtzman and Jennings (2008) USA	Loan et al. (2011) USA
But	Évaluation de la mise en œuvre des indicateurs sensibles aux soins infirmiers, pour une meilleure compréhension de leur intérêt et de l'adoption des mesures de la performance. Connaître comment les mesures ont pénétré le terrain.	Évaluer la base de données MiLNOD (base de données sur les résultats infirmiers dans les institutions militaires américaines) qui devrait fournir les mesures de performance pour cibler les initiatives d'amélioration qualitative, fixer des objectifs, identifier la cause des problèmes et suivre les progrès.
Type d'étude	Analyse qualitative à partir de sondage web et entretiens téléphoniques sur 90 personnes.	Étude mixte évaluation quantitative des données contenues dans MiLNOD permettant d'interpréter l'évolution de l'amélioration et qualitative par enquêtes téléphoniques et/ou courrier électronique auprès de 26 cadres infirmiers.
Cadre théorique de la performance utilisé	Les 15 normes sensibles aux soins infirmiers mis en place par le forum national de la qualité américain pour évaluer les soins infirmiers effectués aux patients hospitalisés.	Milnod
Recommandations liées au domaine 1 : planification et infrastructure	<p>Importance de la planification du projet autant dans son développement que dans la mise en œuvre.</p> <p>Pour réussir, il faut anticiper la gestion des ressources humaines (taux de rotation, remplacement des collaborateurs travaillant pour le projet).</p> <p>Importance d'intégrer les médecins, pour faire comprendre la nécessité sans empiéter sur leur autonomie.</p> <p>Les résultats sont intégrés dans la stratégie et le processus décisionnel.</p> <p>La qualité et la sécurité sont considérées comme une compétence omniprésente liée aux domaines de l'entreprise : leadership, environnement, communication, professionnalisme.</p>	<p>Projet facile à comprendre, à mettre en œuvre avec des ressources limitées dans les unités de soins est gage de succès.</p> <p>Mise en place de séances d'orientation pour les nouveaux sites qui entrent dans le processus</p> <p>Ressources à tenir en compte : dépense réelle en personnel, déplacement, fournitures et autres charges, coût de transit des bases de données.</p> <p>Économies à tenir en compte : diminution des erreurs médicamenteuses, chutes, prévalence escarres.</p>

<p>Recommandations liées au domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>Besoin de faire progresser la notion et la compréhension de la qualité des soins chez les cadres soignants qui doivent faire progresser leur expertise en qualité et modéliser un comportement qui démontre un engagement envers l'amélioration de la qualité.</p> <p>Les cadres doivent avoir un comportement qui influence, motive et permet aux autres de contribuer à l'efficacité et au succès de l'organisation.</p> <p>Nombre important de collègues préparés à gérer des données et leurs résultats. La formation et la formation continue sont essentielles.</p> <p>Des agents de changements sont mis en place dans les unités. Ils contribuent à inspirer et plaider en faveur de la mesure de la performance. Ils sont des champions de l'amélioration, ont un engagement envers les soins aux patients, un désir de surpasser les concurrents et instaurent un climat de récompense. Ils posent l'évaluation de la qualité comme un objet important.</p> <p>Sondage Web et entrevues téléphoniques des leaders nationaux, des chercheurs principaux et des personnes qui travaillent dans l'hôpital, permet de mieux comprendre les réussites et les difficultés rencontrées par les utilisateurs du modèle ; permet aussi d'identifier les obstacles à la mise en œuvre et d'effectuer des corrections et des améliorations.</p>	<p>Conférence forum avec tous les participants pour discuter des problèmes, des facilités liées à la collecte des données et leurs utilisations.</p> <p>Encadrement individualisé des gestionnaires de la base de données et du personnel de groupe projet par des experts.</p> <p>La formation que le groupe projet donne est la clé du succès : ils aident à la gestion de la compréhension dans les équipes.</p> <p>Si les infirmières recueillent des données, elles reçoivent une formation préalable.</p> <p>Les cadres soignants sont une ressource précieuse, qui utilise les données pour leur rapport annuel, l'allocation des ressources et la surveillance de la sécurité dans leurs unités.</p> <p>Mettre en place sur le Web les formulaires de collectes, les rapports de données graphiques et des tutoriels d'apprentissage.</p> <p>Diffusion sur le Web des sites qui ont d'excellents résultats et les mises en œuvre des meilleures pratiques.</p> <p>Un groupe de travail est à disposition des équipes par téléphone pour donner les pratiques basées sur des preuves qui sont la base des plans d'action à mettre en place.</p>
<p>Recommandations liées au domaine 3 : Processus du changement</p>	<p>Importance de la mise en place d'un processus étape par étape. Prioriser les mesures simples à mettre en route pour des raisons techniques ou légitimes.</p> <p>Reporter les mesures complexes ou compliquées ou les annuler.</p> <p>Mise en œuvre d'une mesure à la fois, qui permet de former ou d'instaurer un cycle de perfectionnement et de diminuer la charge d'implantation.</p> <p>Une analyse environnementale est pratiquée avant l'implantation dans chaque secteur.</p>	<p>Les mesures doivent être uniformisées et extraites en temps opportun pour obtenir une information sur les tendances abordable et pertinente.</p> <p>Toute mesure de résultat doit être fiable, valide, sensible au changement pour être utilisée comme évaluation de l'efficacité des interventions apportées.</p> <p>La possibilité de générer des rapports locaux en temps réels est souhaitée par les cadres.</p>

Recommandations liées au domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation	Importance d'analyser, d'étudier et interpréter les données recueillies. Puis transformer les données pour être utilisées en termes d'amélioration de la qualité et prise de décision collaborative. Habiller le personnel à tous niveaux à agir sur les données.	Évaluer le système pour savoir si les données fournies aux services permettent la mise en place d'initiatives augmentant la sécurité des patients. Entretiens téléphoniques, sondages par email, des leaders en soins infirmiers.
Limites émises par les auteurs/ commentaires	Les récompenses financières pour les cadres de soins devraient les encourager.	On ne peut parler de cause à effet ou en d'autres termes, que la participation au projet permette d'améliorer les résultats de la performance, la relation entre les améliorations et la participation n'est à ce jour que spéculatif.
N° du document	19	20
Auteurs (Année) Pays	Luo et al. (2011) Chine	Matthes et al. (2010) USA
But	Proposer un modèle pour la mise en place d'un <i>Balanced Scorecard</i> comme une opération de planification stratégique au niveau de l'innovation du service de soins infirmiers.	Aider les équipes de soins interdisciplinaires à déterminer quels sont les outils d'analyse des données les mieux adaptés à leurs besoins, en renforçant la compréhension des données comparatives.
Type d'étude	Étude exploratoire	Étude de cas
Cadre théorique de la performance utilisé	Kaplan et Norton (1992) Veillard (2005)	Système de mesure de performance QI project; Maryland Hospital Association

**Recommandations
liées au domaine 1 :
planification et
infrastructure**

La fonction la plus importante d'un BSC est de traduire la stratégie de l'institution en actions.

Un groupe projet comprenant des experts de la Direction des Soins, du système d'information et des ressources humaines, construit la carte stratégique de la Direction des Soins infirmiers, et choisit les indicateurs de performance sur la base des objectifs professionnels et la mission des soins infirmiers. Il s'agit de traduire la stratégie de la Direction des Soins en action.

Utilisation de la méthode Delphi pour le choix final des indicateurs, pour une contribution de plus grand nombre de personnes à moindre coût.

Les hôpitaux utilisent le *QI project* pour :

Présenter des données aux différents comités institutionnels.

Appuyer les équipes de l'amélioration continue de la performance.

Identifier les problèmes de la pratique des cliniciens.

Soutenir l'examen de la performance et l'accréditation.

Recueillir les données de la performance clinique pour les programmes d'incitation financière.

Un élément de succès se retrouve dans le travail étroit entre la Direction Générale et le comité d'amélioration des pratiques de l'hôpital.

Réunion mensuelle d'un conseil regroupant les différentes directions.

Utilisation de logiciels pour permettre de capter les données d'un patient ou d'un service en temps réel, obtenir des données significatives et rapides, transparentes et détaillées.

Détenir des données nationales est important; néanmoins, pour améliorer la performance de l'institution, il faut détenir les données de la plus petite entité.

<p>Recommandations domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>Information par la Direction des Soins aux cadres et aux superviseurs de la politique et la méthode choisie pour développer le projet. Parvenir à un consensus en laissant de la place pour les questions ouvertes, des entrevues personnalisées et des discussions.</p>	<p>Importance des infirmières pour la récolte des données et pour donner le sens à la mesure. Le cadre infirmier identifie les domaines à améliorer, met en œuvre les projets d'amélioration, présente les données de performance au personnel de l'unité (infirmier, médical, assistance). Les cadres sont tenus comme responsables de la fiabilité des données par la Direction Générale. Le vrai pouvoir du cadre est celui de comprendre les données, d'être capable de les expliquer à ceux qui ont un intérêt pour améliorer les soins aux patients. Important que les infirmiers comprennent qu'ils sont responsables de l'identification des opportunités d'amélioration de la performance. Mise en place d'un cursus de formation basé sur l'apprentissage des adultes, former les équipes infirmières sur le mesure, enseigner les méthodes comparatives. Utiliser le Web pour diminuer le temps de formation et les ressources financières.</p>
<p>Recommandations domaine 3 : Processus du changement</p>	<p>-</p>	<p>Former des équipes projet qui surveillent la performance afin de prendre des mesures immédiates pour résoudre les problèmes qui se présentent. Ces équipes ont une réunion hebdomadaire avec le personnel interdisciplinaire du service, ils tiennent un tableau de bord pour montrer les progrès. Poser des objectifs d'amélioration par rapport aux groupes témoins dont les pratiques sont fondées sur des preuves. Avoir un groupe de catégorie <i>Best in class</i> pour que chacun puisse apprendre d'eux et vouloir les rejoindre. Néanmoins, le mettre en place seulement lorsque la performance est déjà élevée, pour ne pas diminuer la motivation.</p>

Recommandations domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation	-	Il est important pour les hôpitaux d'effectuer une analyse des données approfondies sur une base régulière.
Limites émises par les auteurs/ commentaires	Propose 3 pistes de recherches futures : - comment assurer un aspect évolutif du BSC avec les autres secteurs de la santé? - quelle est la fréquence de révision du BSC? - sur quelle base les mesures obsolètes peuvent être abandonnées ou de nouvelles peuvent-elles être incluses?	Le vrai pouvoir réside dans la compréhension des données.
N° du document	21	22
Auteurs (Année) Pays	MFPRA (2006) Luxembourg	Pardini-Kiely et al. (2010) USA - Californie
But	Présentation du Cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques (CAF), pour que les fonctions publiques de la communauté européenne puissent améliorer leur organisation par l'auto-évaluation.	Description de la mise en place à l'hôpital de Standford de la responsabilité des gestionnaires des microsystèmes cliniques dans l'amélioration des performances à partir des mesures effectuées.
Type d'étude	Document gouvernemental du grand Duché du Luxembourg	Étude de cas
Cadre théorique de la performance utilisé	CAF	-

**Recommandations
domaine 1 :
planification et
infrastructure**

Un haut niveau d'engagement de la haute direction et des collaborateurs reste le plus décisif pour la réussite du projet. Tous les dirigeants doivent être convaincus dès le départ. Décision claire prise par la Direction après consultation des différentes parties prenantes. Engagement d'affecter les ressources. Communication des avantages potentiels de l'auto-évaluation, des informations sur la structure du modèle, le processus d'auto-évaluation. Plan de communication vers tous les acteurs qui doit être le fruit d'une motivation personnelle. Le personnel doit avoir une vision claire de l'objectif du projet.

L'amélioration des performances à partir de mesures effectuées est un objectif aussi essentiel que les finances. Approches stratégiques à prendre : engagement du personnel administratif de l'hôpital, attribution claire des responsabilités entre les équipes de soins interdisciplinaires pour conduire le changement, mise en œuvre d'un programme par une unité de basée au niveau du directeur médical, transparence sur les mesures de la performance à tous les niveaux, monitoring avec retour rapide des résultats. Tenir les individus appropriés responsables de conduire les changements de la performance des microsystèmes et rendre les résultats au conseil de direction et à toute l'organisation chaque trois mois. Soutenir financièrement les cadres des microsystèmes en temps à consacrer au projet. La performance est basée sur un ensemble de mesure et pas seulement sur une mesure individuelle. Création d'une unité de gestion de projets interdisciplinaire au niveau de l'unité. Le département du système d'information est responsable de fournir les données précises et en temps réel pour stimuler la performance au niveau de l'organisation.

<p>Recommandations domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>Pour gagner l'adhésion, importance de mener des consultations avant la prise de décision finale sur la conduite de l'auto-évaluation.</p> <p>Avec une bonne présentation du projet, les collaborateurs ressortent avec l'idée qu'il s'agit d'une opportunité pour eux de mieux connaître l'organisation.</p> <p>Volonté de participer activement en reconnaissant la valeur ajoutée, ouverture d'esprit, prise en compte des résultats, mise en œuvre ultérieure des actions d'amélioration.</p> <p>Intégrer les clients et parties externes dans les présentations du projet et le développement, car très utiles pour le développement des axes d'amélioration futurs.</p> <p>Site internet avec les bonnes pratiques et outil électronique (e-tool) pour les utilisateurs.</p> <p>Brochure et séminaires conçus dans un but de formation.</p> <p>Forums internationaux qui sont une source d'information pour améliorer le modèle.</p> <p>Apprentissage par <i>Benchlearning</i> : échange d'expérience des <i>best practice</i>.</p>	<p>Implication du personnel du département qualité, médecin et infirmière dans la conception, construction et validation des mesures.</p> <p>Les équipes communiquent entre elles sur ce qui est bon et ce qui marche bien. Une fierté se dégage de devoir augmenter sa performance; les réunions d'équipe permettent de partager les meilleurs pratiques.</p> <p>Communication transparente sur la mesure est un gage de succès de l'entreprise.</p> <p>Le service qualité est un soutien, il organise la formation, participe aux transmissions des colloques d'équipe, il valide les plans d'action.</p> <p>Les cadres supérieurs sont impliqués dans les cibles à atteindre.</p> <p>Les cadres de proximité sont responsables de surveiller les données et d'agir lorsque les cibles ne sont pas atteintes.</p> <p>La clé du succès est la collaboration entre le médecin et le cadre de proximité. Ils sont partenaires pour conduire les changements de pratiques efficaces et améliorer la culture au niveau du micro-système.</p>
<p>Recommandations domaine 3 : Processus du changement</p>	<p>Présentation des 10 étapes pour améliorer les organisations au moyen du CAF.</p> <p>Rapport émis avec les points forts à améliorer.</p> <p>Le rapport est accepté officiellement par les dirigeants avant communication des résultats aux collaborateurs.</p> <p>Élaboration d'un plan d'amélioration en phase avec la planification stratégique et un responsable pour chaque action.</p> <p>Mettre en œuvre le plan d'action.</p> <p>Diffuser le plan d'amélioration pour informer l'ensemble du personnel.</p> <p>Création d'une plateforme d'amélioration.</p>	<p>Une boucle de rétroaction est mise en place pour montrer les capacités de développement.</p> <p>Un analyste soutient les équipes en fournissant un rapport mensuel avec des données supplémentaires si nécessaire.</p> <p>Les données sont envoyées par voie électronique pour une communication facilitée aux équipes.</p> <p>Un feed-back rapide est mis en place pour donner une alerte sur les meilleures pratiques.</p> <p>Un <i>fix-it</i> billet est envoyé aux cadres médico-infirmiers pour signaler les points négatifs à rectifier au plus vite.</p>

Recommandations domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation	Réunion trimestrielle avec le conseil d'administration et qualité pour valider les rétroactions des microsystèmes.	
Limites émises par les auteurs/ commentaires	Célébrer les réussites.	Les processus complexe ont besoin d'une attention constante.
N° du document	23	24
Auteurs (Année) Pays	Rice et al. (2007) Australie - Melbourne	Schilling et al. (2010) USA - Californie
But	Améliorer les pratiques des services de soins infirmier en mettant en place un groupe d'experts cliniques pour évaluer la performance des soins infirmiers et effectuer des recommandations basés sur les meilleures pratiques éprouvées.	Décrire la mise en place du développement d'un système d'amélioration de la performance
Type d'étude	Étude de cas	Études de cas
Cadre théorique de la performance utilisé	Audit clinique Roger (1998), Bradshaw Bradshaw (1995), Cooper et Benjamin (2004)	Tableau de bord <i>BigQ</i>

**Recommandations
liées au domaine 1 :
planification et
infrastructure**

Mettre en place une phase de planification pour décider ce qu'il faut inclure dans l'évaluation, le processus doit être applicable, transférable et générique.

Avant la mise en œuvre, effectuer de la promotion, du marketing, information sur intranet pour obtenir le soutien du personnel.

Mise en place d'une commission d'experts responsables du processus d'évaluation systématique cyclique.

Identifier les capacités requises pour atteindre une performance constante et créer un programme interne pour les développer.

Lier les priorités stratégiques au niveau des mesures

Se consacrer sur des objectifs de performance organisationnels et ne pas se limiter à une seule méthodologie Lean ou SixSigma.

Effectuer au préalable des comparaisons avec des établissements étalons qui ressemblent au sien (visite, entretiens) et regarder comment ils se comportent dans les 6 capacités suivantes : établissement des priorités de leadership, approche systémique de l'amélioration, capacité de mesure, organisation apprenante, capacité de l'amélioration, capacité de la culture de l'institution.

Établir les ressources nécessaires (mentors, formation...) aux changements envisagés.

**Recommandations
liées au domaine 2 :
Facteurs individuels,
de groupe, de
l'organisation, et du
système**

Pour intégrer le plus de collaborateurs dans le processus de changement, un sondage est organisé auprès des infirmières et patients/famille sur les aspects clés de l'évaluation.

Animation d'un groupe de discussion dans les services pendant l'évaluation pour permettre de poser les questions, répondre, amener des améliorations sur le processus.

Demande aux services de présenter leurs innovations cliniques.

Présentation à tout le personnel des résultats, qu'ils peuvent commenter questionner et ainsi réfléchir ensemble sur les mesures.

Les cadres supérieurs savent où en est la pratique clinique dans leur service, reconnaissent l'excellence clinique où elle existe et formulent des recommandations de pratiques où les déficits sont identifiés. Ils évaluent les résultats des changements en cours. Ils sont donc capables de préciser les objectifs des services pour les 12 mois à venir et reçoivent pour cela une opinion réfléchir des praticiens experts.

Reconnaissance des pratiques cliniques excellentes et diffusion des innovations à travers l'institution (forum professionnel, conférences, articles)

Les améliorations communes identifiées sont présentées à la Directions des Soins et Direction Générale pour obtenir un soutien de l'organisation et une stratégie institutionnelle de changement.

Engager dans le programme déployé du personnel de première ligne et les médecins. Les intégrer dans l'amélioration des flux ou des pratiques à leur niveau permet le partage entre eux et augmente leur implication dans l'amélioration de la performance.

Le personnel de 1ere ligne comprend comment toutes les parties du système travaillent ensemble pour de meilleurs résultats auprès du patient.

Volonté chez les cadres de proximité d'aligner les objectifs stratégiques aux priorités de gestion et activités d'amélioration.

Former des experts en amélioration à plein temps et ensuite d'autres personnes de l'opérationnel à temps partiel selon le nombre de projets déployés pour augmenter le partage.

Engager des experts en améliorations Mentors, pour coacher les cadres supérieurs.

Informers les *leaders* à la technologie, système de pensées, contrôle statistique, Lean et Six Sigma, par ateliers sur l'exécution d'initiatives lors d'amélioration stratégique.

Les cadres sont aptes à communiquer le sens de chaque activité ou initiatives et les intègrent à la pratique quotidienne.

Importance de mettre en place une organisation apprenante avec des objectifs établis de bas en haut et ainsi promouvoir la responsabilité partagée de la performance organisationnelle.

Un site Web et les réseaux sociaux sont utilisés pour répertorier les savoirs tacites et informels.

Recommandations liées au domaine 3 : Processus du changement	<p>Le Groupe d'experts, du Marketing et un Programme pilote sur 3 mois permet des changements rapides et nécessaires. Un rapport final contient les constatations descriptives et graphiques sous chaque rubrique clé, les résultats de la vérification, les constats de l'enquête des patients et du personnel, le synopsis du groupe de discussion, une discussion de synthèse et les recommandations du groupe d'experts en soins infirmiers priorisés selon l'urgence.</p>	<p>Tous les cadres ont accès aux données sur leurs ordinateurs. Les tableaux de bord fournissent des données exploitables cohérentes et opportunes. La transparence des données est un levier important pour la construction de la volonté de l'organisation de s'améliorer. Développer un plan de propagation des résultats qui permet aussi de diffuser les meilleures pratiques des sites performants surtout à ceux où la gouvernance est plus problématique.</p>
Recommandations liées au domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation		
Limites émises par les auteurs/ commentaires	<p>L'inclusion des médecins permettrait d'augmenter des perspectives pertinentes sans porter atteinte aux objectifs initiaux.</p>	<p>S'améliorer requiert un leadership préparé tout comme les équipes de 1ere lignes avec pour chacun du temps dédié.</p>
N° du document	25	26
Auteurs (Année) Pays	Schilling et al. (2011) USA – Californie	Veillard et al. (2005) Europe - OMS
But	<p>Montrer l'efficacité de la stratégie de l'organisation Kaiser pour la création systémique d'amélioration continue qui caractérise une organisation apprenante.</p>	<p>Présentation du projet visant à développer et diffuser l'outil d'évaluation de la performance pour l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux (PATH) européens.</p>
Type d'étude	<p>Étude de cas</p>	<p>Étude de cas</p>
Cadre théorique de la performance utilisé	<p>Tableau de bord <i>BigQ</i></p>	<p>PATH</p>

<p>Recommandations domaine 1 : planification et infrastructure</p>	<p>Définir les besoins de l'organisation : Aligner les priorités à la stratégie. Créer une vision du système. Mettre en place un plan d'amélioration. Mettre en place une boussole des valeurs : les 4 objectifs de l'institution (permet de hiérarchiser les objectifs face aux demandes concurrentes) : Créer un groupe de leaders diversifiés (technologie, finance, information, qualité, leadership clinique) qui assure un contrôle de l'amélioration, décroïsonne l'information et participe à la conception de l'amélioration locale. Importance d'une banque de données navigable de manière souple et facile d'accès pour tous les membres de l'organisation.</p>	<p>L'organisation annonce un intérêt dans sa stratégie. Mettre en place un cadre dont les dimensions interdépendantes englobent complètement les objectifs stratégiques de l'organisation. L'utilisation d'indicateurs, de mesures et de résultats n'ont qu'une raison centrale, l'amélioration de la qualité. Mesurer des indicateurs dans l'isolement n'est pas cohérent, voire dangereux, pour améliorer la qualité des prises en charge patient. La performance d'un hôpital étant complexe et multidimensionnelle.</p>
<p>Recommandations domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système</p>	<p>Engagement de tous et partage de l'information. Engagement des effectifs dans le partage des connaissances (conférences, <i>story-board</i>) Les cadres intermédiaires et de première ligne travaillent avec le personnel pour se concentrer sur la valeur ajoutée aux patients. Aident les équipes à apporter des objectifs significatifs. Les cadres devraient créer des environnements sûrs permettant à chacun de partager les pratiques efficaces qu'ils ont découverts et adopter celles découvertes par les autres. Mise en place d'un apprentissage permanent continu au sein des équipes de 1re ligne sur la responsabilité partagée pour la performance, l'engagement, la prise de décision, en résolution de problèmes. Former et donner la possibilité d'appliquer les nouvelles connaissances au personnel. Faire participer des membres de toutes les catégories au congrès nationaux sur l'amélioration. Créer une communauté de pratique en ligne pour augmenter le partage et les discussions.</p>	

Recommandations domaine 3 : Processus du changement	<p>Test à petite échelle des changements pour améliorer les conditions d'organisation.</p> <p>Instaurer des boucles d'amélioration pour soutenir les pratiques fondées sur des preuves.</p> <p>1^{ère} boucle : modifier son action en fonction des différences entre attendu et obtenu.</p> <p>2nde boucle : questionner les postulats et comprendre les raisons, permettre aux membres des équipes d'évaluer leur progrès.</p> <p>Partager en temps réel les données de la performance.</p>	<p>Mise en œuvre pilote pour évaluer la faisabilité et l'utilité de la stratégie pour améliorer la performance.</p> <p>Développer une stratégie de communication des résultats sous forme de Tableau de bord hospitaliers avec du matériel éducatif.</p> <p>Cette stratégie vise à favoriser l'analyse comparative des résultats.</p>
Recommandations domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation		
Limites émises par les auteurs/ commentaires	<p>Prochains développements à mettre en place :</p> <p>l'amélioration de l'utilisation des référentiels existant en ligne, des réseaux sociaux et des outils de recherche afin d'encourager le partage de ce qui fonctionne et pourquoi entre les participants qui désirent essayer, s'adapter et réaliser des innovations dans leurs pratiques.</p> <p>Améliorer la capacité des dirigeants et administrateurs pour identifier, adopter et maintenir les pratiques efficaces d'autres sites.</p>	<p>Un cadre d'évaluation de la performance devrait soutenir les hôpitaux pour passer de la mesure à l'interprétation des résultats pour arriver à des actions d'améliorations de la qualité.</p>
N° du document	27	28
Auteurs (Année) Pays	Whitman et al. (2001) USA - Pittsburg	WHO (2007)
But	<p>Présentation de la création et la mise en place dans les réseaux de soins des hôpitaux universitaires d'un bulletin contenant les indicateurs sensibles aux soins infirmiers.</p> <p>Projet mené par l'université de Pittsburg</p>	<p>Brochure destinée à motiver les organismes de la santé européens à utiliser le cadre PATH pour mesurer la performance de leurs hôpitaux.</p>
Type d'étude	<p>Étude de cas</p>	<p>Document de l'OMS</p>

Cadre théorique de la performance utilisé	-	PATH (Veillard et al., 2005)
Recommandations domaine 1 : planification et infrastructure	<p>Engagement de la direction des soins infirmiers avec une vision, une certaine flexibilité, de la créativité et un encadrement fort du personnel clinique.</p> <p>Mise en place d'un comité composé d'un membre infirmier de chaque hôpital de soins aigus et de l'université chargé de choisir chaque indicateur et sa définition.</p> <p>Mise en place d'un groupe d'experts qui définissent les mesures des indicateurs sélectionnés. Le but est que la mesure soit reproduite également partout.</p> <p>En parallèle, mise en place d'une commission de Standard de soins, qui permet d'avoir des normes communes pour pouvoir être évaluées dans le système.</p> <p>Développer le système en réseau permet un coût plus bas que si chacun le fait pour soi. Les ressources octroyées sont d'un doctorant à 80 % d'un logiciel et d'un coordinateur à temps plein qui est la clé du succès.</p>	<p>L'Institution participe volontairement dans la démarche. La mesure est un début pas une fin en soi, le but ultime est l'amélioration continue.</p> <p>Engagement fort de la direction de l'hôpital dans la démarche.</p> <p>Un coordinateur pour le site est identifié.</p> <p>Un groupe projet est mis en place pour s'assurer de la faisabilité du projet.</p> <p>Diffuse les valeurs du cadre de la performance pour montrer les impacts et les changements que cela devrait produire sur les soins les patients et les équipes.</p> <p>Reçoit toutes les questions des équipes et y répond le plus rapidement possible et le plus directement possible.</p> <p>Examine les processus à améliorer.</p> <p>Mesure les indicateurs et établit une cartographie des forces et faiblesses.</p> <p>Développe un plan d'amélioration avec les actions et les buts à atteindre basés sur des preuves.</p>
Recommandations domaine 2 : Facteurs individuels, de groupe, de l'organisation, et du système	<p>Importance de la mise en place d'un plan de communication verticalement dans l'hôpital et horizontalement entre hôpitaux pour résoudre les problèmes philosophiques et opérationnels.</p> <p>Pendant tout le processus de développement, des négociations sont nécessaires, mais permettent la mise en place d'un consensus fort et ainsi une mise en œuvre facile.</p> <p>Le coordinateur rencontre les cliniciens pour négocier les définitions, les normes, les procédures et la collecte de données.</p> <p>Les leaders utilisent, à des degrés divers, le bulletin pour conduire des initiatives de gestion de la qualité de l'unité.</p>	<p>Les cadres de soins identifient les forces et les faiblesses de leur secteur grâce au tableau de bord, comparent leurs résultats dans le temps ou avec d'autres services dans leur institution ou au niveau national. Ils participent au développement du plan d'amélioration de leur service.</p> <p>Un format web est développé pour l'entier du personnel afin d'avoir en ligne à chaque instant des téléconférences ou des <i>workshops</i>. Des formations en lignes sont mises en place pour que les équipes s'entraînent en répondant aux questions à la récolte de données et à l'interprétation des résultats.</p>

<p>Recommandations domaine 3 : Processus du changement</p>	<p>Les tableaux des résultats sont produits et envoyés aux infirmiers chefs et membres du comité. Un embargo sur toutes les données est posé pendant trois semaines, qui permet aux cadres de demander des révisions ou des corrections.</p> <p>Les tableaux permettent : une comparaison des données, donc d'identifier les meilleures pratiques ; l'ajustement des pratiques selon les résultats obtenus ; de fixer des objectifs d'amélioration de la qualité.</p>	<p>Le tableau de bord est conçu par PATH au niveau national, mais sa vérification et sa validation est effectuée par l'hôpital.</p>
<p>Recommandations domaine 4 : Mesure de performance et l'évaluation</p>		
<p>Limites émises par les auteurs/ commentaires</p>	<p>Beaucoup de données sont traitées par email, photocopie de dossiers patients, le dossier informatisé permettra un meilleur traitement des données.</p> <p>Le leadership est la force organisationnelle dans la promotion d'une culture d'amélioration de la qualité.</p>	<p>-</p>