

Université de Montréal

Mesure de la performance dans les organisations de réadaptation en déficience physique

par

Diana Zidarov

École de santé publique

Université de Montréal

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal

en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)

en Santé publique

option Organisation des soins de santé

août, 2015

© Diana Zidarov, 2015

Université de Montréal

Faculté des Études Supérieures

Cette thèse intitulée :

**Mesure de la performance dans les organisations de réadaptation
en déficience physique**

Présentée par :

Diana Zidarov

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Pascale POMEY, Président-rapporteur

Lise POISSANT, Directrice de recherche

Claude SICOTTE, Co-directrice

Nicole LEDUC, Membre du jury

Lucie BROSSEAU, Examineur externe

Debbie FELDMAN, Représentant du doyen de la FES

Décembre 2015

Résumé

La présente thèse vise à évaluer le degré d'implantation et d'utilisation de systèmes de mesure de la performance (SMP) par les décideurs des organisations de réadaptation et à comprendre les facteurs contextuels ayant influencé leur implantation. Pour ce faire, une étude de cas multiples a été réalisée comprenant deux sources de données: des entrevues individuelles avec des cadres supérieurs des organisations de réadaptation du Québec et des documents organisationnels. Le cadre conceptuel *Consolidated Framework for Implementation Research* a été utilisé pour guider la collecte et l'analyse des données. Une analyse intra-cas ainsi qu'une analyse inter-cas ont été réalisées.

Nos résultats montrent que le niveau de préparation organisationnelle à l'implantation d'un SMP était élevé et que les SMP ont été implantés avec succès et utilisés de plusieurs façons. Les organisations les ont utilisés de façon passive (comme outil d'information), de façon ciblée (pour tenter d'améliorer des domaines sous-performants) et de façon politique (comme outil de négociation auprès des autorités gouvernementales).

Cette utilisation diversifiée des SMP est suscitée par l'interaction complexe de facteurs provenant du contexte interne propre à chaque organisation, des caractéristiques du SMP, du processus d'implantation appliqué et du contexte externe dans lequel évoluent ces organisations.

Au niveau du contexte interne, l'engagement continu et le leadership de la haute direction ont été décisifs dans l'implantation du SMP de par leur influence sur l'identification du besoin d'un SMP, l'engagement des utilisateurs visés dans le projet, la priorité organisationnelle accordée au SMP ainsi que les ressources octroyées à son implantation, la qualité des communications et le climat d'apprentissage organisationnel. Toutefois, même si certains de ces facteurs, comme les ressources octroyées à l'implantation, la priorité organisationnelle du SMP et le climat d'apprentissage se sont révélés être des barrières à l'implantation, ultimement, ces barrières n'étaient pas suffisamment importantes pour entraver l'utilisation du SMP.

Cette étude a également confirmé l'importance des caractéristiques du SMP, particulièrement la perception de qualité et d'utilité de l'information. Cependant, à elles seules, ces caractéristiques sont insuffisantes pour assurer le succès d'implantation.

Cette analyse d'implantation a également révélé que, même si le processus d'implantation ne suit pas des étapes formelles, un plan de développement du SMP, la participation et l'engagement des décideurs ainsi que la désignation d'un responsable de projet ont tous facilité son implantation. Cependant, l'absence d'évaluation et de réflexion collective sur le processus d'implantation a limité le potentiel d'apprentissage organisationnel, un prérequis à l'amélioration de la performance.

Quant au contexte externe, le soutien d'un organisme externe s'est avéré un facilitateur indispensable pour favoriser l'implantation de SMP par les organisations de réadaptation malgré l'absence de politiques et incitatifs gouvernementaux à cet effet.

Cette étude contribue à accroître les connaissances sur les facteurs contextuels ainsi que sur leurs interactions dans l'utilisation d'innovations tels les SMP et confirme l'importance d'aborder l'analyse de l'implantation avec une perspective systémique.

Mots-clés : performance, systèmes de mesure de la performance, réadaptation, étude qualitative, implantation, décideurs

Abstract

This thesis aims to assess the degree of implementation and use of performance measurement systems (PMS) by decision makers in rehabilitation organizations and to understand the contextual factors that influenced their implementation. A multiple case study was conducted using two data sources: individual interviews with senior executives in rehabilitation organizations from the province of Quebec and organizational documents. The *Consolidated Framework for Implementation Research* was used to guide the collection and analysis of data. Intra-case analysis and a cross case analysis were conducted.

Our results show that organisational readiness for PMS implementation was high and that the PMS was successfully implemented and used in several ways, based on organizational needs. Organizations used them passively (as an information tool), purposefully (to act on underperforming areas) and politically (for negotiating with government authorities).

This diverse use of PMS is the result of complex interactions between factors from the internal context of each organization, PMS characteristics, the implementation process and the external environment in which these organizations operate.

Within the internal context, the continued commitment and leadership of senior management were decisive in implementing the PMS through their influence on the identification of the need for a PMS, users' engagement, organizational priority given to the PMS, resources allocation to its implementation, quality of communications and organizational learning climate. However, even if factors such as resources allocated to the implementation, organizational priority of the PMS and the learning climate were found to be barriers to its implementation, ultimately, these barriers were not important enough to hinder PMS use.

This study also confirmed the importance of PMS characteristics, particularly the perception of quality and usefulness of the information. However, by themselves, these characteristics are insufficient to ensure implementation success.

This implementation analysis also revealed that although the implementation process did not follow formal stages, a PMS development plan, participation and commitment of decision makers and the appointment of a project leader all facilitated implementation of the PMS. However, the lack of evaluation and collective reflection on the implementation process limited the potential for organizational learning, a prerequisite for performance improvement.

As for the external context, the support of an external organization proved to be an essential enabler for PMS implementation by rehabilitation organizations despite the absence of governmental policies and incentives to do so.

This study contributes to increasing knowledge about the contextual factors and their interactions in the implementation of innovations such as PMS and confirms the importance of addressing implementation analysis with a systemic perspective.

Keywords: performance, performance measurement system, rehabilitation, qualitative study, implementation, healthcare decision makers

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux	ix
Liste des figures.....	xi
Liste des abréviations.....	xii
Remerciements	xiv
Chapitre 1 Introduction	1
1.1 Objectifs de recherche	7
1.2 Organisation de la thèse.....	8
Chapitre 2 Recension des écrits	11
2.1 Définition et conceptualisation de la performance organisationnelle	11
2.1.1 Le modèle logique	12
2.2.2 Modèles de performance	14
2.2 Identification et choix des indicateurs	17
2.3 Systèmes de mesure de la performance : définition et caractéristiques souhaitées	22
2.4 Utilisation des SMP dans les organisations de santé.....	24
2.4.1 Description et classification des types d'utilisation.....	24
2.4.2 Études empiriques portant sur l'implantation et l'utilisation des SMP dans les organisations de santé.....	27
2.4.3 Facteurs influençant le niveau d'implantation des SMP dans les organisations en santé.....	29
2.4.3.1 Facteurs en lien avec les caractéristiques des individus.....	30
2.4.3.2 Facteurs en lien avec les caractéristiques du SMP.....	33
2.4.3.3 Facteurs en lien avec le contexte organisationnel.....	34
2.4.3.4 Facteurs en lien avec le processus d'implantation du SMP	35

2.4.3.5 Facteurs en lien avec le contexte externe de l'organisation	37
Chapitre 3 Cadre conceptuel	41
3.1 Définition et dimensions intrinsèques des innovations	41
3.1.1 Processus d'adoption et d'implantation d'une innovation	42
3.1.2 Types d'innovations	43
3.1.3 Impact de l'innovation	44
3.2 Théories de l'implantation des innovations	45
Chapitre 4 Méthodes	57
4.1 Stratégie de recherche générale	57
4.2 Critères de sélection des cas	59
4.2.1 Méthodes du premier cas : implantation et utilisation d'un SMP dans un hôpital de réadaptation	59
4.2.1.1 Description du cas et de son contexte	59
4.2.1.2 Source de données et processus de collecte des données	64
4.2.1.3 Le degré de mise en œuvre du système de mesure de la performance	68
4.2.1.4 Analyse des données	68
4.2.2 Méthodes du deuxième cas : implantation et utilisation d'un SMP dans les CRDP du Québec membres de l'AERDPQ	74
4.2.2.1 Description du cas et de son contexte	74
4.2.2.2 Source de données et processus de collecte des données	76
4.2.2.3 Analyse des données	78
4.3 Considérations éthiques	79
4.4 Stratégies de rigueur scientifique	80
4.4.1 Le critère de crédibilité	81
4.4.1.1 La triangulation	81
4.4.1.2 La vérification par les participants	82
4.4.2 Le critère de transférabilité	83
4.4.3 Le critère de fiabilité	83
4.4.4 Le critère de confirmabilité	84

Chapitre 5 Résultats	86
5.1 Article 1	86
5.2 Article 2	130
5.3 Article 3	179
Chapitre 6 Discussion	209
6.1 Niveau d’implantation des SMP dans les organisations de réadaptation	209
6.2 Facteurs influençant l’utilisation du SMP	212
6.2.1 Influence du niveau de préparation organisationnelle sur l’implantation et l’utilisation d’un SMP	212
6.2.2 Influence du contexte externe.....	214
6.2.3 Influence des caractéristiques du SMP	217
6.2.4 Contexte interne.....	222
6.2.5 Processus d’implantation	226
6.3 Limites de la recherche	229
6.4 Contributions de la thèse.....	231
6.5 Pistes de recherche	235
Chapitre 7 Conclusion	237
Bibliographie	i
Annexe 1 : Guide d’entrevue initial (t1) en pré-implantation du système de mesure de la performance	xxvi
Annexe 2 : Guide d’entrevue final (t2) en post-implantation du système de mesure de la performance	xxxii
Annexe 3 : Guide d’entrevue pour les informateurs clés des CRDP	xxxvi
Annexe 4 : Certificat d’éthique	xli
Annexe 5 : Formulaire de consentement (participants de l’organisation de réadaptation) ...	xliv
Annexe 6 : Formulaire de consentement (participants des CRDP).....	xlvi

Liste des tableaux

Chapitre 2 Recension des écrits

Tableau 1 : Définitions de systèmes de mesure de la performance	22
Tableau 2 : Catégorisation des utilisations des indicateurs de performance décrites par Behn et Hatry selon la classification de Moynihan.....	27
Tableau 3 : Facteurs pouvant influencer l'implantation d'un SMP dans une organisation de santé.....	40

Chapitre 3 Cadre conceptuel

Tableau 4 : Description adaptée au contexte de l'étude des construits du CFIR	50
Tableau 5 : Extrait du SMP pour l'année financière 2013-2014.....	63

Chapitre 4 Méthodologie

Tableau 6 : Critères utilisés pour établir l'importance de la contribution de chaque construit à l'implantation et à l'utilisation du SMP selon leur évolution entre les deux temps d'évaluation	72
Tableau 7 : Liste des 12 indicateurs inclus dans le tableau de bord développé par l'AERDPQ	76

Article 1

Table 1 : Description of Themes and Categories Identified from Individual Interviews and from the Revision of Organizational Documents	94
---	----

Article 2

Table 1 : Extract from the PMS for financial year 2012-2013	159
Table 2 : Data sources according to time of evaluation	160
Table 3 : Criteria used to rate constructs according to their evolution between the two assessments	161
Table 4 : Intended and reported use of the PMS.....	162

Table 5: Classification of CFIR constructs as barrier or facilitator to PMS use at each assessment and according to their evolution between the two assessments..... 163

Article 3

Table 1: Use of performance indicators by rehabilitation organizations 191

Liste des figures

Chapitre 2 Recension des écrits

Figure 1: Schématisation de la conceptualisation de la performance à l'opérationnalisation des indicateurs.....21

Chapitre 3 Cadre conceptuel

Figure 2 : Cadre conceptuel adapté du *Consolidated Framework for Implementation Research* développé par Damschroder et al (2009).....47

Article 1

Figure 1: Summary of positive and negative factors associated with healthcare executives' readiness to use a PMS.....96

Liste des abréviations

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
BSC	Balanced Scorecard
CA	Conseil d'administration
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CRDP	Centres de réadaptation en déficience physique
ÉGIPSS	Évaluation globale et intégrée des systèmes de santé
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
KI	Key informant
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMS	Performance measurement system
SMP	Système de mesure de la performance
SNIR	Système national d'information sur la réadaptation

*À mes parents et à ma
famille : mon mari Christian, ma
fille Alexia et mon fils Nicolas*

Remerciements

Je veux tout d'abord remercier mes directeurs de recherche, les Dr Lise Poissant et Dr Claude Sicotte pour leur immense patience, soutien et encouragements qui m'ont permis de me rendre au bout de ce long cheminement que sont les études doctorales. Nos nombreuses discussions m'ont toujours amenée à me questionner et à pousser ma réflexion encore plus loin. Les conseils et les opportunités que vous m'avez offerts m'ont permis d'apprendre et de me développer autant sur le plan personnel que professionnel et scientifique. Je vous suis extrêmement reconnaissante de tout ce que vous avez fait pour moi.

Je suis également extrêmement reconnaissante à mon mari, Christian, dont la compréhension et la patience ont été mises à rude épreuve durant ces six longues années. Merci de m'avoir soutenue dans ce périple et d'avoir cru en moi. Sans toi je n'y serais pas arrivée. Je dois également remercier mes enfants, Alexia et Nicolas, de leurs encouragements et de leur soutien sans faille pour une maman qui avait continuellement des «devoirs» à faire même lors des sorties en ski ou à la piscine. Alexia, tu as fait ta rentrée au secondaire seule, pendant que j'allais à mon examen synthèse de doctorat et c'est toi qui as été la maman pour moi, en m'encourageant et en me disant que cela allait bien se passer. Quel moment inoubliable!

Toute ma gratitude à mes parents qui, malgré leurs doutes initiaux quant à la pertinence de ce «retour à l'école», ont fini par m'appuyer inconditionnellement et par me pousser à me dépasser professionnellement. Votre persévérance et votre travail acharné pour me permettre de réussir ont été une inspiration constante pour moi.

Je suis également très reconnaissante à l'IRSPUM, à l'ÉSPUM, aux Fonds de Recherche en Santé du Québec et à ma directrice, Lise Poissant, pour le soutien financier qu'ils m'ont octroyé et qui m'a permis de réaliser ce projet.

J'aimerais aussi remercier les organisations de réadaptation et l'AERDPQ, tout spécialement Mme Anne Lauzon et M. Michel Dumaine pour leur contribution et soutien à ce projet. Un grand merci à tous les participants qui, dans leur horaire chargé, m'ont accordé le temps nécessaire.

Je ne saurais oublier de remercier mes amis et collègues du programme de santé publique et du programme de réadaptation qui m'ont soutenue et prodigué des encouragements tout au long de ce parcours.

Ce fut une expérience à la fois exigeante mais aussi extrêmement enrichissante. Merci à tous.

Chapitre 1 Introduction

Dans un contexte de ressources publiques limitées, les organisations de santé font face à des pressions importantes en lien avec l'augmentation des besoins d'une population vieillissante, les percées médicales et le développement technologique qui leur est associé (Kanji & Moura e Sá, 2003). Avec une croissance importante des coûts liés à la santé, il n'est donc pas étonnant que les pouvoirs publics cherchent à savoir si les dépenses engagées dans le secteur de la santé sont bien employées. La mesure de la performance organisationnelle a donc émergé au début des années 1990 comme une approche de gestion organisationnelle qui met l'accent sur l'importance de définir des objectifs clairs, de mesurer et de rapporter des résultats en rendant les gestionnaires, les directeurs et les politiciens responsables de l'atteinte des résultats (McDavid, Huse, & Hawthorn, 2013). Par conséquent, on s'attend de plus en plus à ce que les gestionnaires et directeurs des organisations de santé développent, implantent et rapportent des résultats en lien avec la mesure de leur performance organisationnelle.

Ces attentes engendrent une pression croissante pour les organisations de santé, dont les organisations de réadaptation, d'appliquer des outils de gestion efficaces tels que les systèmes de mesure de la performance (SMP) (Kanji & Moura e Sá, 2003; Wardhani, Utarini, Pieter van Dijk, Post, & Groothoff, 2009). Au Québec, les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) emploient quelque 6 800 professionnels et environ 76 000 personnes de tous âges, présentant une déficience physique, y reçoivent des services annuellement. Les coûts associés à la prestation de services de réadaptation sont importants.

Ainsi un budget total provincial d'environ 580 M\$ est dédié à la réadaptation des personnes ayant une déficience physique. Malgré cet investissement, l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) rapporte qu'au 31 mars 2014, plus de 7000 personnes étaient en attente d'un service spécialisé ou surspécialisé de réadaptation, dont 2506 enfants (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2014). Cet état de la situation fait ressortir le besoin pressant pour les organisations en réadaptation d'innover pour faire mieux avec les ressources octroyées. Les SMP permettraient aux CRDP d'évaluer à la fois l'efficacité et l'efficience de leurs activités, de répondre aux exigences d'imputabilité des pouvoirs publics et du public et de prendre des décisions basées sur des données objectives. Les organisations pourraient également démontrer les efforts continus mis en place afin d'améliorer l'utilisation des ressources publiques, l'accessibilité aux services de réadaptation ainsi que la qualité des soins et les résultats de santé obtenus.

Un autre enjeu de la performance organisationnelle propre aux organisations de réadaptation est lié à l'organisation des soins de réadaptation qui prévalait jusqu'à l'adoption de la loi 10 en mai 2015. En effet, les organisations de réadaptation, en offrant des soins spécialisés et surspécialisés à une clientèle adulte et pédiatrique avec déficiences physiques, ont de nombreux partenaires avec lesquels ils interagissent et collaborent étroitement comme, par exemple, les CSSS, les centres hospitaliers, les organismes communautaires ou les commissions scolaires. Par conséquent, leur performance organisationnelle est étroitement liée à la performance de ces partenaires et particulièrement à ceux offrant des soins de première ligne dont le mandat, les rôles et responsabilités peuvent se recouper avec ceux des

organisations de réadaptation. Dans un tel contexte, la mesure de la performance organisationnelle peut apporter de nombreux avantages comme le suivi de la réalisation des objectifs organisationnels, la communication des buts et des priorités organisationnels, une meilleure allocation des ressources ou une reddition de compte (Kanji & Moura e Sá, 2003).

Toutefois, les SMP n'ont de valeur que s'ils sont utilisés pour éclairer la décision et engendrer des actions visant l'amélioration de la qualité des services (Adair et al., 2006; Behn, 2003; Hammerschmid, Van de Walle, & Stimac, 2013; Kanji & Moura e Sá, 2003; JC. McDavid & Huse, 2012). On rapporte que, même si certaines organisations en santé mesurent leur performance, cette information est surtout utilisée comme outil de reddition de compte, comme outil d'information ou pour le monitoring des activités annuelles planifiées (Kollberg, 2003; OCDE, 2002; Verzola et al., 2009) et est peu utilisée pour l'amélioration de la qualité des services (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005; Marshall, Shekelle, Leatherman, & Brook, 2000; Rainwater, Romano, & Antonius, 1998). Ceci s'explique en partie par la complexité du processus d'implantation d'un SMP qui est souvent sous-estimée par les organisations (Adair et al., 2003; Lemire, Demers-Payette, & Jefferson-Falardeau, 2013; McIntyre, Rogers, & Heier, 2001). Voelker et al. (2001) estiment à 70% le taux d'échec des initiatives d'implantation des SMP. Au Canada, les organisations de santé qui ont implanté et qui utilisent un SMP sont surtout des grands hôpitaux affiliés à des établissements d'enseignement (Chan & Ho, 2000; Yap, Siu, Baker, & Brown, 2005). Ceci n'est pas surprenant étant donné les ressources humaines, financières et technologiques importantes qui sont requises pour le développement, la mise en œuvre et le maintien de ce

genre de système (El-Jardali, Saleh, Ataya, & Jamal, 2011; Ginsburg, 2003; Kraetschmer et al., 2014; Lemire et al., 2013; OCDE, 2002; Verzola et al., 2009).

D'autres aspects jouent également un rôle primordial dans le succès ou non de l'implantation des SMP, particulièrement dans les organisations de santé qui sont reconnues comme étant des environnements complexes (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). Tout d'abord, on rapporte dans les écrits scientifiques certains préalables qui favoriseraient l'implantation d'un SMP. En effet, une vision, une mission et une stratégie bien définies au préalable sont essentielles pour bien cibler et aligner le choix des mesures de performance aux objectifs stratégiques organisationnels prioritaires (Inamdar, Kaplan, Bower, & Reynolds, 2002). De plus, évaluer le niveau de préparation (*readiness*) de l'organisation au SMP avant son implantation afin de pouvoir agir sur les barrières ainsi identifiées est un facteur important à prendre en considération qui pourrait favoriser le succès de son implantation (Inamdar et al., 2002; Voelker et al., 2001).

Le soutien et le leadership de la haute direction sont rapportés comme des déterminants principaux de l'implantation d'un SMP (Bourne, Neely, Mills, & Platts, 2003; Inamdar et al., 2002; Zelman, 2003). En effet, ce sont ces décideurs qui vont prioriser et dégager les ressources nécessaires au développement et à l'implantation du SMP. De plus, engager et faire participer activement les utilisateurs visés du SMP favoriserait le développement et l'implantation d'un SMP mieux aligné à leurs besoins en information. Malgré que les SMP aient proliféré dans les organisations de santé à partir des années 1990, (Adair et al., 2006), pour de nombreuses organisations, particulièrement celles offrant des soins et services de

réadaptation, l'adoption et l'implantation d'un SMP sont relativement récentes et constituent pour plusieurs organisations une innovation organisationnelle. En effet, au niveau national, des SMP ont été développés et ont intégré certaines mesures de la performance des organisations en réadaptation. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a mis sur pied le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) en 2000 et produit des rapports comparatifs sur la performance des établissements participants depuis 2002 (Institut canadien d'information sur la santé, 2015). Au niveau provincial, en Ontario, depuis 2001, des rapports de la mesure de la performance des centres hospitaliers de réadaptation sont produits. Au Québec, en 2009, l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) a mandaté le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) d'établir le profil de performance de ses établissements membres (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 2009). Lors de cette évaluation, quatre établissements de réadaptation ont été évalués avec le modèle de l'Évaluation globale et intégrée des systèmes de santé (ÉGIPSS) (Sicotte et al., 1998). Dans le cadre de leur mandat, les chercheurs impliqués dans ce projet ont utilisé les données disponibles dans les différentes bases de données. Ils ont noté que plusieurs sous-dimensions incluses dans le modèle n'ont pu être mesurées en raison du manque de données ou d'indicateurs. Par exemple, il n'existait aucun indicateur disponible qui mesurait si les organisations de réadaptation atteignaient leurs buts i.e. si elles sont efficaces et efficientes. Les auteurs du rapport concluent que leur évaluation de la performance des organisations de réadaptation était donc très partielle et ils ont recommandé que de nouvelles mesures soient développées et saisies afin de permettre une analyse plus complète de la performance de ce type d'établissement. Depuis la publication de

ce premier rapport, l'AQESSS a réalisé un autre rapport de performance (en 2011), mais les organisations de réadaptation sont encore une fois sous représentées.

Néanmoins, la démarche de 2009 a permis aux organisations membres de l'AQESSS, dont certaines organisations de réadaptation, de mettre en place les premières assises d'un système de mesure de la performance en utilisant un cadre de référence commun qui est le modèle EGIPSS. De façon plus spécifique, cette démarche a permis aux organisations de réadaptation d'amorcer une réflexion sur la mesure de la performance de leur propre organisation, du potentiel d'amélioration de ce genre de démarche pour leur organisation ainsi que des enjeux et des défis liés à ce genre de processus. C'est ainsi qu'en 2009, l'AERDPQ, qui regroupe 21 CRDP de la province de Québec, a entrepris sa propre démarche de réflexion sur la performance de ses organisations membres par le développement d'un système de mesure de la performance. Par la suite, d'autres organisations de réadaptation entreprirent le développement et l'implantation de SMP organisationnels.

Cette recherche doctorale s'intéresse à l'implantation et à l'utilisation de tels systèmes de performance. En effet, il persiste un manque d'études empiriques axées sur l'utilisation réelle de ces systèmes de mesure dans les organisations de santé, et plus particulièrement dans les organisations de réadaptation, ainsi que sur les facteurs organisationnels et contextuels pouvant influencer sur le processus d'implantation (Adair, Simpson, & Casebeer, 2006; Chan & Ho, 2000; Øvretveit, 2011). En conceptualisant un tel SMP comme une innovation organisationnelle, ce projet de thèse aborde cette lacune en contribuant à notre compréhension de la façon dont un SMP a été utilisé par les décideurs des organisations de réadaptation et

explore les facteurs qui ont favorisé ou restreint cette utilisation. De plus, la science de la mesure de la performance étant encore à ses débuts (Adair et al., 2006), il était pertinent pour l'avancement des connaissances dans le domaine d'aborder ce sujet avec une perspective théorique permettant l'identification de facteurs déterminants potentiels (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Grol, Bosch, Hulscher, Eccles, & Wensing, 2007). Nous avons donc utilisé le *Consolidated Framework for Implementation Research* qui nous a offert une structure permettant l'exploration de facteurs identifiés comme essentiels à la mise en œuvre d'une innovation (Damschroder et al., 2009).

1.1 Objectifs de recherche

Le but de ce projet de thèse est donc de mieux comprendre le processus d'implantation et d'utilisation de SMP dans les organisations de réadaptation. Plus précisément, ce projet vise à répondre aux objectifs de recherche suivants :

- 1) Évaluer le niveau de préparation organisationnelle à l'implantation d'un SMP dans une organisation de réadaptation en déficience physique au Québec et décrire les facteurs pouvant influencer ce dernier.
- 2) Évaluer le degré de mise en œuvre d'un SMP dans les organisations de réadaptation en déficience physique au Québec.
- 3) Comprendre le type d'utilisation d'un SMP dans les organisations de réadaptation en déficience physique au Québec.
- 4) Identifier les facteurs externes, organisationnels et liés aux caractéristiques du SMP qui peuvent influencer sur son niveau de mise en œuvre et d'utilisation et comprendre leur interaction.

1.2 Organisation de la thèse

Cette thèse comprend au total sept chapitres incluant le chapitre d'introduction.

Le premier chapitre est la présente introduction qui vise à introduire le lecteur à la mesure de la performance, aux SMP et à l'importance de leur implantation. Le chapitre deux présente la recension des écrits scientifiques portant sur la conceptualisation de performance et de sa mesure ainsi que sur l'utilisation des SMP et les facteurs influençant leur implantation et leur utilisation.

Le chapitre trois décrit le cadre conceptuel utilisé dans cette thèse et le chapitre 4 présente les méthodologies utilisées pour la réalisation des deux études de cas.

Le chapitre cinq présente trois articles scientifiques visant à répondre à nos objectifs de recherche. Le premier article aborde le premier objectif de la thèse soit le niveau de préparation organisationnelle à l'implantation d'un SMP et les facteurs pouvant influencer ce dernier. La stratégie de recherche utilisée fut l'étude de cas unique qui a permis une description détaillée et une compréhension en profondeur de ces facteurs et de leur influence sur le niveau de préparation organisationnelle. Il s'agit du manuscrit intitulé «*Healthcare executives' readiness for performance measurement system : a rehabilitation hospital case study*» qui a été publié en août 2014 dans la revue *Journal of Hospital Administration* (Zidarov, Poissant, & Sicotte, 2014). Cet article montre que le concept de préparation organisationnelle est multidimensionnel et fait ressortir l'importance d'évaluer l'état de préparation organisationnelle à un SMP en pré implantation de ce dernier, afin d'identifier les

facilitateurs et les barrières organisationnelles potentielles permettant la mise en place de stratégies adaptées pour assurer le succès de l'implantation.

Le deuxième article aborde à la fois les objectifs deux, trois et quatre de la thèse. Cet article porte sur le degré de mise en œuvre d'un SMP dans une organisation en réadaptation physique, sur le type d'utilisation effectué de ce SMP ainsi que sur les facteurs ayant influencé cette utilisation. Il s'agit du manuscrit intitulé «*Factors influencing use of a performance measurement system in a rehabilitation hospital: a longitudinal qualitative study*» soumis à la revue *BMC Health Services Research* en mai 2015. Cette étude apporte une contribution originale en permettant une compréhension approfondie d'un ensemble de facteurs et leur évolution sur l'utilisation d'un SMP.

Le troisième article s'intéresse aux objectifs trois et quatre de la thèse. Cet article intitulé «*Use of comparative performance indicators in rehabilitation*» se penche sur le type d'utilisation d'un SMP commun aux CRDP, développé par AERDPQ pour ses organisations membres. Cet article décrit également les facteurs qui ont influencé l'utilisation du SMP par ces organisations et décrit les facteurs qui permettent de distinguer entre les CRDP ayant fait une utilisation du SMP dans le but d'améliorer la qualité des soins vs les CRDP ayant utilisé ce SMP davantage pour la reddition de compte. Ce manuscrit a été soumis à la revue *Health Care Management Review* en mai 2015.

Le chapitre six apporte une discussion générale des résultats principaux rapportés dans les trois manuscrits ainsi que leur contribution à l'avancement de la mesure et de l'implantation de SMP dans les organisations de réadaptation. De plus, ce chapitre amène des éléments en lien avec la portée de nos travaux au niveau organisationnel et de la recherche et va proposer de nouvelles avenues de recherche. Finalement le chapitre sept apporte une conclusion en récapitulant les principaux points de la thèse.

Chapitre 2 Recension des écrits

Ce chapitre introduit les principaux concepts qui seront utilisés dans cette thèse. Il débute avec différentes conceptualisations de la performance et leur influence sur la mesure de cette dernière. Les modèles utilisés et leur évolution à travers les changements de conceptualisation de la performance seront abordés. Ensuite, les utilisations possibles des SMP seront discutées ainsi que les facteurs influençant ces utilisations.

2.1 Définition et conceptualisation de la performance organisationnelle

Il n'y a pas de consensus dans les écrits scientifiques quant à une seule définition de la performance organisationnelle (Adair et al., 2006; Sicotte et al., 1998). Par exemple, pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2000), la performance consiste à comparer la réalisation des objectifs du système (i.e. amélioration de la santé, réactivité et équité de la contribution financière) avec ce que le système devrait être capable d'accomplir, c'est-à-dire l'atteinte des meilleurs résultats possibles avec les ressources disponibles. Le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec définit la performance en fonction de certaines dimensions sélectionnées de cadres conceptuels des principaux organismes nationaux et internationaux intéressés par l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Ces dimensions sont : efficacité, efficience, accessibilité, continuité, sécurité, réactivité, équité et viabilité (Ministère de la santé et des services sociaux, 2012). L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (2015), quant à elle, définit la performance comme «un construit multidimensionnel permettant aux différentes parties de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques des

organisations et ce, en tenant compte des croyances, des connaissances, des responsabilités, des intérêts et des projets distinctifs de chacun des milieux». Ces exemples de définitions illustrent bien que la performance organisationnelle est un construit complexe à définir. On peut y constater que la performance organisationnelle est multidimensionnelle et que les dimensions incluses dans chacune de ces définitions sont propres à chaque organisation et sont le résultat des priorités, des besoins et de compromis sur ces dimensions reflétant les valeurs et intérêts des différents détenteurs d'enjeux (Sicotte et al., 1998).

En l'absence de consensus sur une définition, l'organisation désirant mesurer sa performance devrait d'abord la conceptualiser afin de sélectionner les indicateurs de performance les plus judicieux (Adair et al., 2006). Deux approches se présentent aux organisations pour les guider dans ce processus: le développement d'un modèle logique ou l'utilisation d'un modèle de performance (McDavid et al., 2013). Aucune approche n'est considérée comme étant supérieure à l'autre. En effet, chaque approche comprend des avantages et des désavantages et le choix de l'une ou l'autre des approches est tributaire autant du contexte propre à chaque organisation que des compétences, des préférences ou bien des ressources disponibles pour le faire.

2.1.1 Le modèle logique

Le modèle logique organisationnel est un moyen d'identifier, d'organiser et de rendre explicites, via une schématisation, les liens logiques entre les ressources disponibles, les activités à réaliser et les objectifs qu'une organisation vise à atteindre (Kellogg Foundation, 2004). Le développement d'un modèle logique est un processus itératif qui implique

l'utilisation de plusieurs sources d'informations telles des documents organisationnels et la consultation des détenteurs d'enjeux via des entrevues ou des sondages (McDavid et al., 2013). Ce processus permet d'explicitier la mission, la vision et les valeurs organisationnelles ainsi que de réconcilier les visions différentes des détenteurs d'enjeux autour d'objectifs organisationnels clairement identifiés, ce qui est un enjeu majeur pour la mesure de la performance (Crittenden & Crittenden, 2000; Groene, Klazinga, Kazandjian, Lombrail, & Bartels, 2008; Sicotte et al., 1998). Par conséquent, le modèle logique peut donc être un outil important pour aider à identifier des indicateurs clés de performance (*key indicators*) (McDavid et al., 2013). Les organisations qui ont développé un SMP ont également investi dans le développement de modèles logiques afin de présenter leurs organisations et programmes et leurs liens avec les résultats attendus (Montague, 2000). Plus spécifiquement, le Secrétariat du conseil du trésor du Canada a développé pour ses ministères un guide pour élaborer des mesures de performance qui comprend également l'élaboration d'un modèle logique comme préalable (Secrétariat du conseil du trésor du Canada, 2010). D'ailleurs, un des avantages des modèles logiques est qu'ils sont développés pour une organisation donnée afin de refléter les activités et les objectifs à atteindre dans ce contexte précis. Cette flexibilité les rend particulièrement pertinents pour guider et adapter le choix des mesures de performance selon l'évolution du contexte organisationnel versus les modèles de performance qui offrent un gabarit fixe qui assume que toutes les organisations doivent performer sur les dimensions ciblées par le modèle en question (McDavid et al., 2013).

2.2.2 Modèles de performance

De nombreux modèles d'évaluation de la performance ont été développés mais aucun modèle n'est jugé comme étant supérieur à un autre (Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012; Sicotte et al., 1998). Ainsi, Klassen et al (2009) ont publié récemment une revue systématique sur les modèles d'évaluation de la performance des organisations de santé, des services sociaux et de l'éducation. Ils ont ainsi identifié 111 modèles différents dont 97 relatifs au domaine de la santé. Ceci n'est pas surprenant étant donné le manque de consensus sur une définition et une conceptualisation de la performance. Cependant, la conceptualisation de la performance organisationnelle a évolué au fil du temps et cela se reflète également dans les modèles proposés pour évaluer cette dernière. Dans les années 1970, les modèles proposés étaient essentiellement unidimensionnels. Les modèles dominants étaient le modèle de l'atteinte des buts, le modèle de l'organisation ouverte ou acquisition des ressources, le modèle des relations humaines et le modèle des processus organisationnels (Sicotte et al., 1998). Une des limites de ces modèles est qu'ils réduisent l'évaluation de la performance à une seule dimension, donnant ainsi une vision fragmentée et une conception de la performance contradictoire, paradoxale et pouvant donner des résultats différents selon le modèle utilisé (Champagne & Guisset, 2005). Les modèles multidimensionnels ont donc émergé pour répondre en partie à ces limites et permettre une appréciation plus globale de la performance en tenant compte simultanément de dimensions qui peuvent sembler contradictoires. Deux exemples de ces modèles sont le modèle de l'OMS (2000) et celui de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (2002). Ces organisations ont développé des modèles de performance afin d'évaluer la performance des systèmes de services de santé de leurs pays membres respectifs. La conceptualisation de la performance de ces deux organisations se ressemble en

ce sens que pour évaluer les objectifs de santé visés, (amélioration de la santé, réactivité et contribution financière) deux modèles unidimensionnels sont utilisés de façon contingente: celui de l'atteinte des buts et celui de l'acquisition des ressources (Champagne et al., 2005).

Malgré l'inclusion de plusieurs dimensions de la performance dans les modèles multidimensionnels, la même critique que pour les modèles unidimensionnels persiste car les dimensions incluses sont fondées sur la conceptualisation et la préférence des organisations et elles continuent de donner un portrait fragmenté de la performance des systèmes ou organisations de santé qui font l'objet de leur évaluation. Par conséquent, plusieurs théoriciens des organisations ont conclu que la performance organisationnelle devrait être conceptualisée de façon holistique et en intégrant les différentes perspectives théoriques ou modèles. Plusieurs modèles intégrateurs de la performance organisationnelle ont ainsi vu le jour. Une énumération et une description exhaustive n'étant pas d'intérêt dans le cadre de cette thèse, les deux modèles les plus couramment utilisés seront décrits. Tout d'abord, le *Balanced Scorecard* (BSC) développé par Kaplan et Norton (Kaplan & Norton, 1996) pour le secteur de l'industrie est un des modèles les plus utilisées dans le monde et dans le secteur de la santé (Klassen et al., 2009). Ce modèle vise à transposer la vision et la stratégie de l'organisation dans un ensemble limité et cohérent d'indicateurs clés (*key indicators*) à travers quatre grandes dimensions ou perspectives de la performance : 1) les résultats financiers; 2) les clients; 3) les processus internes et 4) l'apprentissage et l'innovation. Les indicateurs doivent être équilibrés entre les quatre perspectives et articulés autour de la stratégie de l'organisation. Une des critiques de ce modèle a trait à l'absence de fondements théoriques sur lesquels ces quatre dimensions ont été choisies par Kaplan et Norton (Nørreklit, 2000). Une autre critique

concerne l'exhaustivité du modèle auquel on reproche de ne pas considérer des aspects de la performance jugés importants tels la mesure des ressources humaines, la satisfaction des employés ou l'influence de l'environnement externe (Purbey, Mukherjee, & Bhar, 2007).

Le modèle d'Évaluation Globale et Intégrale de la Performance des Services de Santé (EGIPSS) (Sicotte et al., 1998) est un autre modèle intégrateur. Ce modèle a été conçu par des chercheurs québécois et est utilisé notamment par le Commissaire à la santé et au bien-être pour évaluer la performance du système de santé et de services sociaux québécois ainsi que par l'AQESSS pour évaluer la performance de ses organisations membres. La conception de ce modèle est fondée sur la Théorie de l'action sociale de Parsons qui stipule que pour survivre toute organisation doit accomplir quatre fonctions essentielles: atteindre ses buts, s'adapter, produire et maintenir les valeurs. Pour les concepteurs de ce modèle, la performance d'une organisation serait étroitement liée à la capacité de cette dernière d'accomplir ces quatre fonctions mais aussi d'établir et de maintenir un équilibre entre les tensions dynamiques présentes entre chaque fonction et les autres. Le modèle contient 16 dimensions réparties entre les quatre grandes fonctions. Fondé sur un développement théorique solide, ce modèle est exhaustif par la couverture qu'il fait de la performance organisationnelle en intégrant les quatre modèles unidimensionnels dominants (décrits plus haut) et des sous-dimensions associées. Par contre, il exige une quantité importante d'information (minimum 16 indicateurs, un par dimension) et peut donc être perçu comme étant complexe à gérer et à interpréter.

En résumé, les différents écrits suggèrent qu'une organisation devrait conceptualiser la performance avant d'en débiter le processus de mesure. Pour soutenir la démarche de conceptualisation, l'identification d'objectifs stratégiques organisationnels s'impose. Par la suite, des indicateurs doivent être sélectionnés pour mesurer l'atteinte de ces objectifs. Si l'organisation favorise l'utilisation d'un modèle de performance pour structurer sa démarche il serait préférable de privilégier un modèle de performance multidimensionnel et de façon idéale un modèle intégrateur tel le BSC ou l'EGIPSS. Cette approche permettra à l'organisation de santé d'identifier des objectifs organisationnels couvrant l'ensemble des dimensions importantes associées à la performance. Le recours à un modèle d'évaluation de la performance a donc plusieurs avantages. Il permettra, entre autres, de rallier les détenteurs d'enjeux d'une organisation autour d'une conception commune de la performance, leur permettra d'identifier les dimensions de la performance qui seront évaluées et fournira ainsi un canevas pour guider et opérationnaliser les mesures choisies (Smith, Mossialos, & Papanicolas, 2008). Par contre si l'organisation privilégie l'approche du modèle logique, cette approche lui permettra de développer et d'implanter un SMP qui est parfaitement adapté au contexte dans lequel évolue l'organisation en ne ciblant que les dimensions de performance priorisées par l'organisation (McDavid et al., 2013)

2.2 Identification et choix des indicateurs

Une fois que les objectifs stratégiques ont été identifiés ou que le choix d'un modèle de performance a été effectué, les écrits recommandent d'opérationnaliser la mesure de ces derniers par des indicateurs. Un indicateur est défini comme une mesure qui permet de décrire un phénomène, dans le but de le comprendre, de le comparer et de l'améliorer (NHS, 2007).

L'identification et le choix de ces indicateurs ne sont pas un processus simple. En effet, les écrits scientifiques décrivent et recommandent plusieurs étapes qui sont considérées par les spécialistes de la mesure de la performance comme faisant partie des «bonnes pratiques». Cependant, il est important de mentionner, que la réalisation de ces étapes nécessite diverses ressources (ex : informationnelles, financières, humaines, etc.) et compétences dont la disponibilité varie selon les organisations. Ainsi, il importe dans un premier temps d'identifier dans la littérature scientifique et grise, les indicateurs ayant servi à évaluer la performance d'organisations similaires (Contandriopoulos, Trottier, & Champagne, 2008; Stelfox & Straus, 2013). Cette étape permettra d'une part de voir le type d'indicateurs développés, les dimensions de performance ciblées, le type d'organisations (ex : centres hospitaliers vs Institut canadien d'information sur la santé) les ayant développés et l'utilisation d'indicateurs communs issus de bases de données. Ce dernier point est important car un indicateur disponible dans une base de données régionale ou provinciale implique un faible coût d'accès à l'information en comparaison avec l'implantation d'un nouvel indicateur (Champagne et al., 2005) et favorise la comparaison entre les organisations qui utilisent cet indicateur (Adair et al., 2006). Cette revue de la littérature permettra également de statuer sur la validité et la fidélité des indicateurs répertoriés, ces critères étant déterminants dans le choix ou non d'un indicateur (Adair et al., 2006; Champagne et al., 2005).

Dans un deuxième temps, il serait pertinent pour l'organisation d'effectuer un scan environnemental parmi des organisations similaires afin d'identifier des indicateurs autres que ceux diffusés dans la littérature ou les bases de données (Stelfox & Straus, 2013). Cette démarche permettra également de déterminer les indicateurs utilisés par les organisations ainsi

que ceux qui leur sont communs ce qui pourraient soutenir une démarche d'analyse comparative de la performance (*benchmarking*) avec des organisations similaires ou ayant une même mission (Kay, 2007).

Étant donné le nombre élevé d'indicateurs qui risquent d'être recensés dans les étapes précédentes, il est important pour les détenteurs d'enjeux de préciser leurs choix. Même si les experts diffèrent sur le nombre d'indicateurs de performance à inclure dans un SMP, ils sont d'accord pour dire que ce nombre doit être limité afin que l'information obtenue soit gérable. Par exemple, Kaplan et Norton (2001) recommandent un maximum de 23 indicateurs à inclure dans le BSC. Plusieurs critères ont été répertoriés dans les écrits pour guider le choix des indicateurs. Les plus importants et fréquemment cités sont la validité et fidélité des indicateurs, leur pertinence à l'égard des détenteurs d'enjeux (décideurs, cliniciens, usagers) qui auront à les utiliser, la faisabilité de leur collecte à un coût raisonnable, (Adair et al., 2006; Pink, 2000) et leur aspect stratégique i.e. qu'ils doivent évaluer un aspect clé visé par l'organisation (Adair et al., 2006). Une façon de procéder au choix des indicateurs est d'utiliser des techniques de consensus de groupe telle la méthode Delphi (Kötter, Blozik, & Scherer, 2012).

Une fois choisis, les indicateurs devraient être définis avec précision i.e. déterminer le numérateur, le dénominateur, la source de donnée, la période de collecte et la fréquence à laquelle chacun sera recueilli (Contandriopoulos et al., 2008). Une cible ou une norme pourrait être fixée à chaque indicateur et constituera la valeur acceptable pour cet indicateur. Cette

norme peut être soit établie par des recherches scientifiques ou elle peut représenter la meilleure pratique identifiée parmi les leaders dans le domaine (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos, & Hartz, 2009; Ellis, 2006; Kiefe et al., 1998). Cependant, en dehors de quelques domaines cliniques, il existe peu d'évidences scientifiques sur ce qui constitue un niveau de performance optimal (Klassen et al., 2009).

La figure suivante résume les étapes allant de la conceptualisation à l'identification, choix et définition des indicateurs de performance qui pourraient faire partie d'un système de mesure de performance qui sera défini et discuté plus bas.

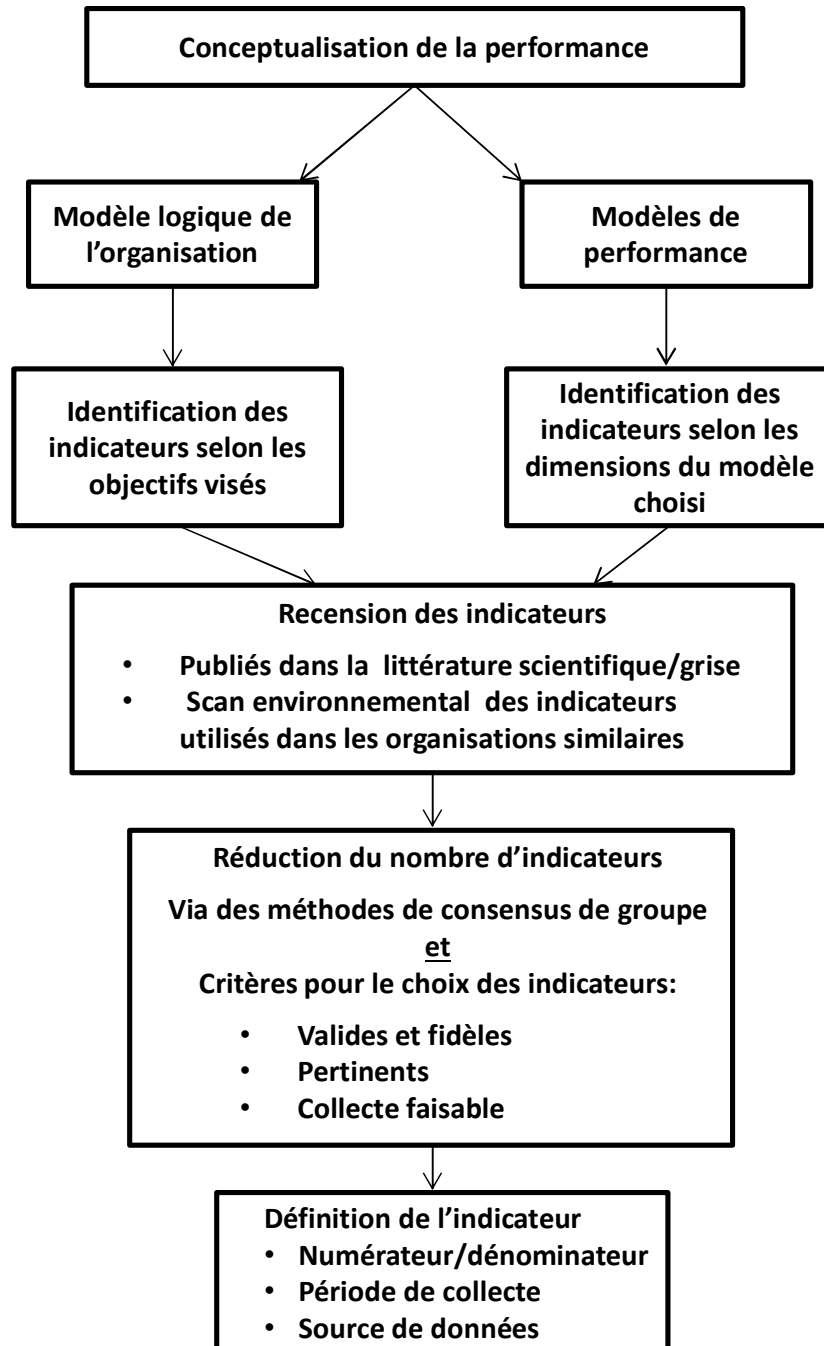


Figure 1: Schématisation de la conceptualisation de la performance à l'opérationnalisation des indicateurs

2.3 Systèmes de mesure de la performance : définition et caractéristiques souhaitées

Tout comme pour la définition de la performance organisationnelle, il n'y a pas de consensus sur la définition d'un système de mesure de la performance (SMP). Plusieurs définitions ont été recensées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Définitions de systèmes de mesure de la performance

Auteur	Définition
Neely et al. (1995)	<i>«A performance measurement system can be defined as the set of metrics used to quantify both the efficiency and effectiveness of actions through the acquisition, collation, sorting, analysis, interpretation, and dissemination of appropriate data».</i>
Otley (1999)	<i>«System that provides the information that is intended to be useful to managers in performing their jobs and to assist organizations in developing and maintaining viable patterns of behaviour. Main components of a PMS: (1) objectives, (2) strategy, (3) targets, (4) rewards, (5) information flows (feedback and feed-forward)».</i>
JCAHO (1998)	<i>«An entity consisting of an automated database(s), that facilitates performance improvement in health care organizations through the collection and dissemination of process and/or outcome measures of performance. Measurement systems must be able to generate internal comparisons of organization performance over time, and external comparisons of performance among participating organizations at comparable times».</i>

À la lumière de ces définitions, on peut conclure qu'un SMP est le résultat de l'intégration des étapes de conceptualisation de la performance et d'opérationnalisation des mesures mais aussi des processus mis en place pour collecter l'information, l'analyser et la disséminer de façon périodique aux détenteurs d'enjeux les plus susceptibles de l'utiliser.

Par conséquent, un «bon» SMP devrait posséder les caractéristiques suivantes :

- Mesurer la performance avec une perspective multidimensionnelle et inter-reliée (Kanji & Moura e Sá, 2003).
- Représenter les besoins en information des utilisateurs visés (Kanji & Moura e Sá, 2003; Lemire et al., 2013).
- Être aligné avec les valeurs, les stratégies de l'organisation (Bourne, Mills, Wilcox, & Neely, 2000; Kanji & Moura e Sá, 2003) et à des objectifs clés clairement définis (Lemire et al., 2013).
- Fournir en temps opportun de l'information utile aux utilisateurs visés, de qualité (i.e. valide et fiable), et facile à utiliser (Lemire et al., 2013).
- Être flexible i.e. permettre le rajout ou le retrait de mesures pour s'adapter aux changements dans le contexte externe ou interne de l'organisation (Bourne et al., 2000).
- Permettre de suivre l'atteinte des cibles et objectifs visés ainsi que la comparaison avec d'autres organisations (Kanji & Moura e Sá, 2003).
- Permettre d'identifier les possibilités d'amélioration (Kanji & Moura e Sá, 2003).

- Inclure un processus de révision des objectifs, cibles et indicateurs de façon périodique pour s'adapter à l'environnement externe et interne (Bourne et al., 2000; Lemire et al., 2013).

2.4 Utilisation des SMP dans les organisations de santé

2.4.1 Description et classification des types d'utilisation

L'idée centrale autour de l'information issue des SMP est son utilisation (Behn, 2003; Hammerschmid et al., 2013; McDavid & Huse, 2012). Par conséquent, le meilleur indicateur pour mesurer le succès de l'implantation d'un SMP est son utilisation. Il est donc important de décrire de quelle façon un SMP peut être utilisé. L'information issue d'un SMP peut être utilisée à des fins multiples (Behn, 2003; Hammerschmid et al., 2013; Moynihan & Pandey, 2010). Fondamentalement, les SMP sont utilisés pour l'amélioration de la qualité des services (Behn, 2003; Freeman, 2002) incluant l'analyse comparative (*benchmarking*). L'analyse comparative peut être effectuée à l'interne i.e. l'organisation peut comparer sa propre performance dans le temps ou à l'externe, i.e. l'organisation peut comparer sa performance avec des organisations similaires, idéalement avec les meilleures dans le domaine (Cole, 2011). Outre la reddition de compte, les SMP sont aussi fréquemment utilisés pour apporter des améliorations à la qualité des services pouvant conduire à de meilleurs résultats (Behn, 2003; Schilling et al., 2010). Hatry (2010) propose 10 utilisations possibles de l'information issue des SMP par les décideurs : 1) répondre à la demande accrue de reddition de compte des élus et du public; 2) faire des demandes budgétaires; (3) faire une planification budgétaire à l'interne; 4) déclencher un examen approfondi des problèmes de performance et des corrections possibles; 5) motiver; 6) faire des ententes de gestion ou ententes contractuelles;

(7) évaluer; (8) soutenir la planification stratégique; (9) communiquer avec le public afin de bâtir une meilleure confiance envers l'organisation; et 10) améliorer.

De son côté, Behn (2003) propose 8 utilisations différentes des SMP dont certaines chevauchent celles identifiées par Hatry (2010) : 1) évaluer afin d'obtenir des informations sur les progrès accomplis vers les objectifs visés; 2) contrôler en mesurant pour voir si les actions spécifiées ont été réalisées; 3) répartir de façon plus éclairée les ressources financières; 4) motiver en donnant des cibles à atteindre et en disséminant les mesures de performance (même intérimaires) afin de centrer tous les détenteurs d'enjeux sur les objectifs à atteindre et fournir un sentiment d'accomplissement; 5) promouvoir pour obtenir une reconnaissance à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation en communiquant ses réalisations; 6) célébrer pour motiver et encourager le personnel à contribuer encore davantage à l'amélioration; 7) apprendre ce qui fonctionne bien et moins bien afin d'entreprendre des actions correctives; 8) améliorer via une rétroaction continue sur les données de performance afin d'identifier les domaines où la performance est faible afin de prendre des mesures pour générer l'amélioration. Selon Behn (2003), l'amélioration demeure cependant l'objectif fondamental de l'utilisation de l'information issue des SMP.

Une façon simpliste de catégoriser l'utilisation de l'information issue des SMP est de les associer à une utilisation interne ou externe (Hammerschmid et al., 2013). Les utilisations décrites par Hatry (2010) et Behn (2003) peuvent donc être classées de cette façon. Par exemple, certaines informations de performance peuvent être utilisées à l'externe dans un objectif de promotion pour démontrer aux autorités en santé que l'organisation performe bien,

tandis qu'évaluer la performance organisationnelle, apprendre ce qui fonctionne moins bien et améliorer ces aspects reflètent davantage une utilisation interne de l'information de performance. Cependant, cette classification a le défaut d'occulter l'objectif ou le but visé par l'utilisation de toute information de performance.

Une classification satisfaisante serait donc une classification comprenant à la fois peu de catégories mais permettant de classer dans ces catégories les observations empiriques rencontrées. Moynihan (2009) propose une telle classification que nous avons retenue pour décrire l'utilisation d'un SMP par les organisations de réadaptation et ainsi mesurer son niveau d'implantation. Cette classification comprend quatre catégories. *L'utilisation ciblée* réfère à l'idée normative derrière la mesure de la performance i.e. l'utilisation des données pour améliorer la performance de l'organisation en prenant des décisions stratégiques plus éclairées et en mettant en action ces décisions. Plusieurs des utilisations décrites par Behn (2003) pourraient être classées dans cette catégorie. *L'utilisation passive* consiste à un comportement passif afin de compiler et de disséminer de l'information de performance mais sans l'objectif d'amener des changements organisationnels visant l'amélioration. La reddition de compte sans action organisationnelle générant une amélioration s'insère dans cette catégorie. *L'utilisation politique* est l'utilisation de l'information à des fins de négociation (ex : demande de ressources) ou de représentation politique. L'information de performance utilisée à cette fin est sélectionnée de façon stratégique i.e. c'est une information qui donne un portrait favorable de la performance de l'organisation. *L'utilisation perverse* consiste en l'utilisation dysfonctionnelle des données via différentes manœuvres dont la falsification ou la manipulation des indicateurs afin de refléter une performance favorable.

Dans cette thèse nous avons retenu la classification de Moynihan (2009) pour décrire l'utilisation d'un SMP par les organisations de réadaptation et ainsi mesurer son niveau d'implantation. Le tableau 2 classe les utilisations décrites par Behn (2003) et Hatry (2010) selon la classification de Moynihan (2009), l'utilisation perverse est absente de ce tableau car elle n'est pas abordée par ces auteurs.

Tableau 2 : Catégorisation des utilisations des indicateurs de performance décrites par Behn et Hatry selon la classification de Moynihan

Utilisation passive	Utilisation ciblée	Utilisation politique
<ul style="list-style-type: none"> • Reddition de compte • Évaluer afin d'obtenir des informations sur les progrès accomplis vers les objectifs visés 	<ul style="list-style-type: none"> • Planification budgétaire à l'interne • Répartir les ressources financières • Examen approfondi des problèmes de performance et des corrections possibles • Motiver • Soutenir la planification stratégique • Améliorer • Contrôler • Célébrer • Apprendre 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandes budgétaires • Faire des ententes de gestion ou ententes contractuelles • Communiquer avec le public afin de bâtir une meilleure confiance envers l'organisation • Promouvoir pour obtenir une reconnaissance à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation

2.4.2 Études empiriques portant sur l'implantation et l'utilisation des SMP dans les organisations de santé

Après avoir revu les utilisations possibles de l'information issue des SMP, nous allons aborder l'implantation et l'utilisation réelle de cette information dans les organisations de

santé. Dans les écrits scientifiques, de nombreuses études décrivent la conception d'un SMP organisationnel ou les facteurs influençant son implantation (ex : Chan & Ho, 2000; Halachmi, 2002; Kraetschmer et al., 2014; Radnor & Lovell, 2003; Verzola et al., 2009; Weir, d'Entremont, Stalker, Kurji, & Robinson, 2009), mais peu d'études rapportent comment et à quelle fin cette information de performance a été utilisée. Kollberg (2003) rapporte qu'un SMP, conçu dans une organisation de santé suédoise, a été utilisé principalement de façon politique comme un système d'information visant à communiquer des informations à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation dans un objectif de reddition de compte et également de façon passive pour le suivi des activités planifiées. Shalm et al (2002) rapportent une utilisation ciblée où l'information de performance a été revue 4 fois/an par l'équipe de direction et a été utilisée dans la planification stratégique annuelle. Tung et Yang (2000) ont effectué un sondage auprès de 227 hôpitaux taiwanais sur leur utilisation d'un SMP. Des 111 hôpitaux qui ont répondu, plus de la moitié (51.4%) ont dit avoir effectué une utilisation ciblée en faisant une révision régulière de cette information dans leurs réunions de direction et ont rapporté avoir incité certains de leurs départements à entreprendre des activités pour améliorer leur performance sur les indicateurs sous-performants et rendre des comptes sur leur progrès. Une minorité de ces organisations (17%) ont également rapporté avoir utilisé les indicateurs pour se comparer avec d'autres organisations. Cependant, aucune information n'est rapportée à savoir ce que ces organisations ont entrepris une fois ces comparaisons effectuées. Shilling et al. (2005) ont investigué l'impact d'un SMP déployé à travers 22 établissements de santé dans quatre des huit régions desservies par Kaiser Permanente. Chaque établissement de santé devait identifier des domaines nécessitant une amélioration et présenter par la suite un plan d'amélioration. Au final, grâce à cette utilisation ciblée, 84% des projets d'amélioration ont

été réalisés avec succès avec un retour sur investissement appréciable pour l'organisation. Siu et al. (2009) rapportent que 72% des 80 hôpitaux ontariens sondés ont utilisé des indicateurs de performance axés sur la santé des femmes de façon passive i.e. qu'ils ont surtout pris connaissance de l'information de performance mais sans entreprendre la mise en place d'actions concrètes. Finalement, Shekelle et al (2011) ont effectué une recension des écrits sur les effets de la diffusion publique des données de performance sur les activités d'amélioration de la qualité. Dans les 11 études identifiées, les organisations de santé se sont engagées dans une utilisation ciblée par la mise en place de processus et diverses activités visant l'amélioration de la qualité. Ces auteurs concluent que la diffusion publique de l'information de performance stimule les organisations de santé à effectuer des changements visant à améliorer les soins et services.

En bref, ces études empiriques montrent que les organisations de santé utilisent l'information issue des SMP de multiples façons mais principalement de façon ciblée afin d'initier des projets d'amélioration de la qualité, à l'interne.

2.4.3 Facteurs influençant le niveau d'implantation des SMP dans les organisations en santé

Une grande partie des écrits scientifiques portant sur les SMP s'est intéressée aux questions de conceptualisation, de choix et de mesure des indicateurs mais moins sur le processus d'implantation (Freeman, 2002). Le processus d'implantation d'un SMP réfère à une période de transition durant laquelle les utilisateurs du SMP se familiarisent avec ce dernier et deviennent de plus en plus compétents, consistants et engagés dans son utilisation

(Klein & Sorra, 1996). Ce processus est un processus actif de changement qui vise l'utilisation du SMP tel que prévu en pré implantation (Damschroder et al., 2009). Il est composé de plusieurs étapes qui doivent être réalisées de façon coordonnée, et cela parfois à plusieurs niveaux organisationnels simultanément, afin que l'implantation soit efficace (Meyers et al., 2012). Par conséquent, l'implantation d'un SMP est un processus complexe qui implique un grand nombre de variables ou facteurs pouvant influencer positivement ou négativement son implantation et son utilisation. Ces facteurs peuvent être regroupés sous cinq grandes catégories : 1) les facteurs en lien avec les caractéristiques des individus impliqués dans l'implantation du SMP; 2) les caractéristiques du SMP; 3) le contexte organisationnel; 4) le processus d'implantation du SMP et 5) le contexte externe de l'organisation (Damschroder et al., 2009).

2.4.3.1 Facteurs en lien avec les caractéristiques des individus

Certaines caractéristiques des individus influencent leur propension à adopter et à utiliser une innovation. Pour certains auteurs, les traits de personnalité sont considérés comme étant relativement stables i.e. peu influençables par des éléments contextuels ou le passage du temps (Oreg, 2006). Pour d'autres, les traits de personnalité comme une estime de soi positive (Damanpour, 1987) et une tolérance au risque élevée (Damanpour & Gopalarkrishnan, 2001) sont associés à une ouverture envers le changement organisationnel. La disposition à la résistance au changement est un autre trait de personnalité qui a été étudié. En effet, les individus diffèrent les uns des autres dans leur inclinaison interne à résister ou à adopter un changement. Ces différences entre les individus peuvent prédire leur attitude à l'égard de changements volontaires ou imposés. Les individus qui ont une disposition à la

résistance au changement élevée seront moins susceptibles d'intégrer volontairement un changement, et lorsque le changement leur est imposé, ils seront plus susceptibles d'éprouver des réactions émotives négatives, comme l'anxiété, la colère ou la peur (Oreg, 2006).

D'autres caractéristiques étudiées sont des attitudes qualifiées comme étant situationnelles i.e. liées à la perception qu'a l'individu de son organisation et du changement proposé. Bien que ces attitudes puissent être influencées par les traits de personnalité de l'individu, elles sont généralement de nature transitoire et peuvent donc être plus facilement modifiées selon le contexte dans lequel se trouve l'individu et dans des périodes de temps relativement courtes. Les caractéristiques de cette nature sont le cynisme, l'engagement organisationnel et la perception d'auto-efficacité (Burris, 2008).

Le cynisme est généralement défini comme étant une attitude négative caractérisée par la frustration, le désespoir et le désillusionnement et qui peut se manifester autant envers une personne, un groupe, une convention sociale ou une organisation. On parle de cynisme organisationnel lorsque cette attitude est dirigée envers une organisation. Le cynisme organisationnel est caractérisé par une perspective pessimiste envers la réussite du changement et par un blâme mis sur les responsables du changement qui sont perçus comme manquant de motivation et/ou des capacités nécessaires afin d'effectuer le changement visé avec succès (Stanley, Meyer, & Topolnytsky, 2005). Le cynisme organisationnel a été associé à une plus grande résistance au changement (Stanley et al., 2005; Wanous, Reichers, & Austin, 2000).

L'engagement organisationnel réfère à l'attachement psychologique d'un employé envers son organisation (Meyer & Allen, 1991). Plusieurs études suggèrent qu'un niveau élevé d'engagement organisationnel peut aider à réduire la résistance des employés et contribue à une attitude plus positive envers un changement organisationnel (Madsen, Miller, & John, 2005; Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytsky, 2002; Peccei, Giangreco, & Sebastiano, 2011).

L'auto-efficacité est définie comme la croyance d'un individu au sujet de sa capacité de performer (Bandura, 1982). Le niveau d'auto-efficacité perçu influence les choix, les objectifs, les sentiments, les efforts, la motivation et le comportement de la personne. Au niveau organisationnel, l'auto-efficacité réfère à la perception de la personne sur sa capacité à implanter le changement. Bandura (1982) a montré par ses travaux qu'une personne serait davantage susceptible de s'engager dans un changement organisationnel si elle croit posséder des capacités suffisantes pour y faire face. Armenakis et al (2007) citent plusieurs recherches soutenant le rôle que joue la perception d'auto-efficacité dans le changement organisationnel. En effet, étant donné que tout changement organisationnel implique un changement dans la façon de penser et dans le comportement de la part des individus concernés, une personne ayant une perception élevée de son auto-efficacité serait davantage susceptible de participer à ce changement (Armenakis et al., 2007; Holt, Helfrich, Hall, & Weiner, 2009; Rafferty & Simons, 2006).

En bref, plusieurs caractéristiques liées soit aux traits de personnalité (*personality traits*) ou soit aux attitudes de l'individu (*situational states*) ont été étudiées pour mieux

comprendre leur influence dans l'adoption d'un changement organisationnel ou d'une innovation. Si les traits de personnalité sont difficilement changeables, les attitudes quant à elles, sont associées à une situation donnée et peuvent ainsi être influencées dans une direction positive ou négative.

2.4.3.2 Facteurs en lien avec les caractéristiques du SMP

Des SMP qui fournissent une information de performance jugée pertinente et utile par les utilisateurs visés seront davantage utilisés par ces derniers (Chan & Ho, 2000; Damberg et al., 2011; Ginsburg, 2003; Kraetschmer et al., 2014; Lemire et al., 2013; Nørreklit, 2000). De plus, la qualité de l'information i.e. la perception de sa validité et de sa fidélité (Chan & Ho, 2000; Cheng & Thompson, 2006; Damberg et al., 2011; Ginsburg, 2003; Lemire et al., 2013; Pink, 2000), la qualité de la présentation des données, i.e. simple et compréhensible (Ginsburg, 2003; Inamdar et al., 2002; Lemire et al., 2013) et adaptée aux détenteurs d'enjeux, contribueront favorablement à son utilisation (Lemire et al., 2013). Par contre, le manque de données pertinentes (Damberg et al., 2011; Kraetschmer et al., 2014; Pink, 2000; Verzola et al., 2009) soit parce que ces données n'existent pas ou que leur extraction est complexe ou manuelle sont des barrières importantes à l'implantation d'un SMP (Chan & Ho, 2000; Halachmi, 2002). De même, des données incomplètes ou non harmonisées entre les différentes organisations influenceront négativement la confiance des utilisateurs et les analyses qui en résulteront, limitant l'utilisation potentielle dans un objectif d'amélioration (Champagne et al., 2005; Damberg et al., 2011). Le moment de dissémination est également important. Si le temps écoulé entre la collecte et la dissémination de l'information est perçu comme étant trop grand, l'information sera jugée comme étant dépassée et ne sera pas utilisée

pour la prise de décision et l'élaboration de stratégies d'amélioration (Chan & Ho, 2000; Cheng & Thompson, 2006; Goddard, Mannion, & Smith, 1998; Ham, Parker, Singh, & Wade, 2008; Inamdar et al., 2002; Nørreklit, 2000).

2.4.3.3 Facteurs en lien avec le contexte organisationnel

Plusieurs facteurs contextuels ou organisationnels peuvent influencer l'implantation et l'utilisation d'un SMP. Un contexte organisationnel offrant un climat d'apprentissage favorable caractérisé par le partage de l'information, l'expérimentation et le développement des compétences des utilisateurs sans peur de blâme en cas d'échec est propice à l'implantation d'un SMP (Lemire et al., 2013). De plus, une culture participative qui encourage l'autonomie, un climat de travail harmonieux ainsi qu'une attitude positive des utilisateurs visés encouragent l'utilisation d'un SMP (El-Jardali et al., 2011; H. C. Kaplan et al., 2010; Kraetschmer et al., 2014; OCDE, 2002).

Un autre facteur important est le soutien et le leadership de la haute direction envers l'implantation d'un SMP. En effet, le manque de leadership, d'implication et de soutien de la part de la haute direction est cité par Inamdar and Kaplan (2002) comme étant un des facteurs décisifs à l'implantation réussie d'un SMP. L'importance de ces aspects a été démontrée dans plusieurs autres études (Nørreklit, 2000; OCDE, 2002; Radnor & Lovell, 2003; Zelman, 2003) et recension des écrits (H. C. Kaplan et al., 2010; Lemire et al., 2013). La haute direction devrait être perçue par les utilisateurs visés comme étant celle qui mène le processus de développement et de mise en œuvre du SMP (OCDE, 2002). C'est également la haute direction qui devrait donner le mandat organisationnel et envoyer un message clair aux

directeurs et gestionnaires que l'information de performance est une priorité organisationnelle et qu'elle doit être utilisée (Ginsburg, 2003).

Le manque de ressources humaines et technologiques est un obstacle fréquent à l'implantation d'un SMP (Chan & Ho, 2000; El-Jardali et al., 2011; Ginsburg, 2003; Ham et al., 2008; Kaplan et al., 2010; Kraetschmer et al., 2014; Lemire et al., 2013; OCDE, 2002; Verzola et al., 2009). Plusieurs études mentionnent que le développement et l'implantation d'un SMP demandent beaucoup de temps, notamment pour déterminer les objectifs du SMP, cibler les priorités organisationnelles, choisir les indicateurs pertinents, les collecter et les analyser. Les nombreuses priorités compétitives dans les organisations, couplées au manque de ressources amènent les organisations à abandonner la mesure de la performance organisationnelle. De plus, le manque de personnel ayant les connaissances et les compétences nécessaires pour le développement d'un SMP, l'analyse et l'interprétation des résultats de performance est une autre barrière importante limitant le développement et l'utilisation des SMP (Champagne & Guisset, 2005; Chan & Ho, 2000; Damberg et al., 2011; El-Jardali et al., 2011; Lemire et al., 2013). Finalement, des systèmes d'information insuffisamment développés génèrent des données qui ne sont pas informatisées et doivent être colligées ou analysées manuellement (Chan & Ho, 2000; Chang, Tung, Huang, & Yang, 2008; Freeman, 2002; Kaplan et al., 2010; Kraetschmer et al., 2014; Rabbani et al., 2011; Verzola et al., 2009).

2.4.3.4 Facteurs en lien avec le processus d'implantation du SMP

Une des premières étapes fondamentales en lien avec le processus d'implantation d'un SMP est l'identification des détenteurs d'enjeux appropriés ou les mieux placés pour utiliser

cette information. Cette étape clé permet de cerner à la fois les besoins en information de ces derniers, mais aussi les besoins en termes de soutien ou de formation nécessaires à une utilisation optimale de l'information de performance (Lemire et al., 2013). Il importe aussi d'impliquer activement les détenteurs d'enjeux dans le processus de développement et d'implantation du SMP (El-Jardali et al., 2011; Freeman, 2002; H. C. Kaplan et al., 2010; Lemire et al., 2013). En effet, une participation active dans ce processus favorisera l'appropriation du SMP ainsi que l'engagement des détenteurs d'enjeux (El-Jardali et al., 2011; Kraetschmer et al., 2014; Lemire et al., 2013) en créant une perception positive de la qualité, la crédibilité, la légitimité et l'utilité de l'information de performance (Lemire et al., 2013). De plus, la participation et la collaboration entre les différents détenteurs d'enjeux permettront d'identifier les processus organisationnels les plus appropriés à mettre en place pour favoriser l'utilisation du SMP (Lemire et al., 2013). Cet engagement et cette collaboration avec les différents détenteurs d'enjeux doivent être conservés lors des différentes étapes du projet afin de créer et de maintenir un environnement favorable à la mise en œuvre d'indicateurs de performance et pour favoriser la pérennité de l'implantation (El-Jardali et al., 2011; Kraetschmer et al., 2014; Verzola et al., 2009). Une stratégie pour maintenir cet engagement est une communication ouverte et régulière via des processus organisationnels déjà en place (ex : réunions de routine pré-cédulées) (OCDE, 2002). Le maintien de ces canaux de communication tout au long du processus d'implantation favorise positivement l'utilisation d'un SMP (El-Jardali et al., 2011; Kraetschmer et al., 2014) et peut même créer une compétition saine entre les différents départements d'une organisation les poussant à mieux performer (Chang et al., 2008).

Une autre étape cruciale pouvant influencer positivement l'implantation et l'utilisation d'un SMP est la clarification des objectifs poursuivis par l'implantation du SMP avec les utilisateurs visés et cela dès le début du processus de développement (El-Jardali et al., 2011; Freeman, 2002; Lemire et al., 2013). Cet aspect joue un rôle facilitant car il indique les actions qui seront entreprises et les résultats souhaités par la mise en œuvre du SMP (Lemire et al., 2013). Par ailleurs, un plan d'implantation détaillé ainsi qu'une équipe d'implantation responsable de sa réalisation sont d'autres facteurs décisifs favorisant l'implantation d'un SMP (El-Jardali et al., 2011; Freeman, 2002; Kaplan et al., 2010; Kraetschmer et al., 2014; OCDE, 2002; Øvretveit et al., 2012). Des révisions régulières et une re-planification de certaines activités du plan d'implantation vont également favoriser l'implantation avec succès du SMP en permettant une adaptation du plan à un contexte organisationnel en continuel changement (Øvretveit et al., 2012). De plus, une approche «top-down» et incrémentielle de la mise en œuvre d'un SMP débutant au niveau stratégique et descendant vers les niveaux cliniques est à privilégier (El-Jardali et al., 2011; Kaplan et al., 1996; Kollberg, 2003; Radnor & Lovell, 2003). Une telle façon de procéder permettra de centrer tous les détenteurs d'enjeux, par un effort collectif, sur l'atteinte des objectifs organisationnels et favorisera ultimement l'utilisation de l'information de performance dans un objectif d'amélioration de la qualité (El-Jardali et al., 2011; Kaplan et al., 1996; Kollberg, 2003; OCDE, 2002; Radnor & Lovell, 2003).

2.4.3.5 Facteurs en lien avec le contexte externe de l'organisation

Quelques facteurs externes ont été identifiés dans les écrits scientifiques comme pouvant influencer l'implantation et l'utilisation d'un SMP. Un premier facteur est

l'alignement entre le SMP organisationnel et les autres outils de gouvernance comme par exemple les mécanismes d'accréditation, de financement et de reddition de compte (El-Jardali et al., 2011; Lemire et al., 2013). Un tel alignement pourrait favoriser l'utilisation d'un SMP en diminuant le fardeau de la collecte des données (Damberg et al., 2011). En effet, les organisations relatent devoir collecter de nombreux indicateurs différents devant être rapportés à différents organismes gouvernementaux. Une cohérence et une consistance entre les indicateurs exigés au niveau national, provincial et régional pourraient favoriser leur utilisation en permettant une collecte plus efficiente (Damberg et al., 2011; Kraetschmer et al., 2014; Lemire et al., 2013).

Une autre barrière importante à l'utilisation des SMP est une dissémination inefficace de l'information contenue dans ces systèmes par des producteurs d'information extérieurs à l'organisation (Ginsburg, 2003). En effet, un préalable fondamental à l'utilisation de toute information de performance est que cette information se rende jusqu'aux utilisateurs visés. L'emploi de multiples modes, canaux et stratégies de communication est une caractéristique importante d'une dissémination efficace afin d'atteindre les détenteurs d'enjeux les plus susceptibles d'utiliser l'information issue des SMP (Ginsburg, 2003; Lemire et al., 2013).

Finalement, le peu de pression exercée par des organismes externes aux organisations pour les inciter à utiliser ou mieux performer sur les indicateurs collectés est une autre barrière importante à leur utilisation (Champagne et al., 2005; Lemire et al., 2013). Les incitatifs sont un moyen d'encourager les organisations à utiliser l'information de performance et à entreprendre des améliorations (El-Jardali et al., 2011; Lemire et al., 2013). Ces incitatifs

peuvent être soit sous forme de reconnaissance (ex : diffusion dans les médias) ou soit sous forme de récompense financière (ex : *pay for performance*) pour les organisations performantes.

Le tableau 3 résume les facteurs pouvant influencer l'implantation d'un SMP dans une organisation de santé.

Tableau 3 : Facteurs pouvant influencer l'implantation d'un SMP dans une organisation de santé

Caractéristiques des individus	Caractéristiques du SMP	Contexte organisationnel	Processus d'implantation	Contexte externe
<u>Traits de personnalité</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Estime de soi • Tolérance au risque • Disposition à la résistance organisationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Information pertinente et utile 	<ul style="list-style-type: none"> • Climat d'apprentissage favorable 	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des objectifs visés par l'implantation du SMP 	<ul style="list-style-type: none"> • Alignement du SMP avec les outils de gouvernance existants
<u>Attitudes et croyances situationnelles</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Cynisme • Engagement organisationnel • Auto-efficacité 	<ul style="list-style-type: none"> • Information de qualité : valide et fiable 	<ul style="list-style-type: none"> • Culture participative 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification et participation active des utilisateurs visés tout au long du processus 	<ul style="list-style-type: none"> • Dissémination efficace aux utilisateurs visés de l'information de performance par les organismes gouvernementaux
	<ul style="list-style-type: none"> • Information diffusée au moment opportun 	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership et soutien de la haute direction 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement et maintien de canaux de communication ouverts 	<ul style="list-style-type: none"> • Incitatifs gouvernementaux pour l'utilisation de l'information de performance
	<ul style="list-style-type: none"> • Contenu en information adapté selon les utilisateurs visés • Présentation visuelle simple 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources financières, humaines et technologiques • Personnel ayant des connaissances/compétences dans le développement et l'implantation de SMP • Temps dédié pour le développement et l'implantation du SMP • Systèmes d'information adéquats 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'un plan d'implantation • Révision et adaptation du plan d'implantation • Équipe dédiée à l'implantation • Approche incrémentielle d'implantation 	

Chapitre 3 Cadre conceptuel

Ce chapitre débute en situant les SMP comme une innovation organisationnelle. Il poursuit en définissant ce qu'est une innovation organisationnelle ainsi que ses attributs. Les attributs du SMP faisant l'objet de la présente étude sont explicités. Plus particulièrement, le SMP est ici considéré comme une innovation organisationnelle de nature administrative amenant un changement de nature incrémentielle. De plus, les processus d'adoption et d'implantation d'une innovation comprenant plusieurs stades, nous nous intéresserons plus particulièrement aux stades de préparation et d'implantation d'un SMP dans les organisations de réadaptation. Dans les sections suivantes, les différentes théories des innovations sont brièvement revues et le choix du cadre conceptuel, le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), est discuté. Finalement, les domaines et variables de ce cadre conceptuel sont définis en fonction du contexte particulier de notre étude.

3.1 Définition et dimensions intrinsèques des innovations

Dans cette thèse l'objet à l'étude est un SMP et ce dernier a été conceptualisé comme une innovation organisationnelle. Une innovation est définie comme un processus par lequel de nouvelles idées, des nouveaux produits, processus ou pratiques sont créés, développés ou réinventés. Une innovation est donc perçue comme étant une nouveauté pour l'unité d'adoption et est initialement conçue pour faire bénéficier de manière significative l'individu, le groupe ou la société en général (O'Toole, Goldberg, & Ryan, 1985; Rogers, 1995). C'est le cas dans le présent projet de thèse. Les SMP sont connus depuis de nombreuses années par

différents types d'organisations de santé, mais étaient perçus comme une nouveauté pour les organisations de réadaptation qui les ont adoptés ces dernières années.

Le concept d'innovation est multidimensionnel. En effet, l'avancement des connaissances concernant les innovations organisationnelles a permis aux chercheurs de caractériser certaines dimensions considérées comme intrinsèques aux innovations (i.e. indépendantes de la perception des utilisateurs). La description de ces dimensions est importante lorsqu'on étudie l'adoption et l'implantation d'une innovation car ces aspects vont influencer la nature de la réponse organisationnelle au changement introduit (Damanpour, 1987). De plus, la caractérisation de ces dimensions peut contribuer à une meilleure généralisabilité des études car les caractéristiques de l'innovation implantée seront connues (Wolfe, 1994). Camison-Zornozola (2004) ont recensé trois différentes dimensions intrinsèques aux innovations : 1) le processus d'adoption d'une innovation; 2) les types d'innovations et 3) l'impact de l'innovation.

3.1.1 Processus d'adoption et d'implantation d'une innovation

Il n'y a pas de consensus sur les stades ou étapes de l'adoption d'une innovation (Moulin, 2015). Selon une revue systématique des différentes théories de l'implantation des innovations, le nombre d'étapes, la nomenclature utilisée ainsi que l'ordre dans lequel les étapes sont présentées varient (Moulin, 2015). Généralement, on y retrouve six étapes ou stades communs, soit : 1) le développement de l'innovation; 2) sa dissémination qui consiste à utiliser des stratégies planifiées via des canaux de communication prédéterminés afin de persuader les utilisateurs visés à transformer leurs façons de faire; 3) l'adoption qui consiste en

la décision d'utiliser ou non l'innovation; 4) la préparation qui consiste à préparer les utilisateurs à l'utilisation de l'innovation; 5) l'implantation qui réfère aux processus visant à utiliser réellement et à intégrer l'innovation dans la pratique courante des utilisateurs via des approches actives et planifiées et 6) l'institutionnalisation ou la pérennisation de l'innovation qui consiste en l'utilisation continue et soutenue de l'innovation dans le temps.

3.1.2 Types d'innovations

Plusieurs chercheurs ont proposé différentes typologies des innovations. Une des plus utilisées est celle de Damanpour (1987). Ce dernier fait la distinction entre deux principaux types d'innovations qui vont influencer la nature de la réponse des organisations à leur implantation: les innovations technologiques et les innovations administratives. Les innovations technologiques introduisent un changement dans l'organisation par l'introduction d'une nouvelle technologie qui peut être un outil, un produit, une technique, un dispositif ou un système. Elles produisent un changement au niveau des produits ou services offerts par les organisations (Damanpour, 1987).

Les innovations administratives, quant à elles, ont un impact sur la gestion et les processus administratifs de l'organisation. Elles changent les relations entre les membres de l'organisation et affectent les règles, les rôles, les procédures et structures, les communications et les échanges entre les membres de l'organisation et, entre l'environnement et les membres de l'organisation (Damanpour & Gopalarkrishnan, 2001). Par exemple, ces innovations administratives peuvent être une nouvelle politique pour le recrutement du personnel ou l'allocation des ressources ou bien un système d'incitatifs pour les employés ou la gestion par

résultats (Damanpour, 1987). Cependant, il est important de mentionner que cette distinction entre les types d'innovations est moins claire dans le domaine de la prestation des services de santé où de nombreuses innovations sont une combinaison de ces deux types (Greenhalgh et al., 2004).

3.1.3 Impact de l'innovation

L'innovation peut être aussi classée selon que son impact sur les utilisateurs soit non perturbateur ou perturbateur (Omachonu & Einspruch, 2010). Les innovations non perturbatrices sont aussi appelées incrémentales, évolutives ou linéaires. Ces innovations améliorent quelque chose qui existe déjà, mais d'une façon qui permet à des opportunités existantes d'être réalisées ou à des problèmes existants d'être résolus. Donc ces innovations amènent plutôt certains ajustements et des changements mineurs et évolutifs de la situation actuelle (Champagne, 2003).

Les innovations perturbantes, aussi appelées innovations radicales, révolutionnaires ou de transformation, réfèrent à des innovations qui créent le désordre dans les anciens systèmes et créent de nouveaux marchés ou utilisations possibles tout en marginalisant les anciens. Ces innovations offrent une valeur considérable pour les utilisateurs qui ont réussi leur mise en œuvre et leur adaptation à leur contexte organisationnel (Omachonu & Einspruch, 2010).

En résumé, étant donné la nature complexe des innovations et leur sensibilité au contexte, toute recherche visant leur étude et compréhension approfondie doit inclure la description de ses attributs intrinsèques. Dans le cas du présent projet de thèse, le SMP est

considéré comme une innovation administrative amenant un changement de nature incrémentielle. De plus, nous nous intéresserons plus particulièrement aux stades de préparation et d'implantation d'un SMP, une fois que la décision d'adoption a été prise au niveau organisationnel.

3.2 Théories de l'implantation des innovations

L'innovation a été étudiée selon diverses perspectives, mais c'est surtout l'adoption des innovations par les organisations qui a bénéficié de recherche considérable, plus particulièrement l'influence des conditions environnementales et organisationnelles (Greenhalgh et al., 2004; Länsisalmi, Kivimäki, Aalto, & Ruoranen, 2006). De récentes revues systématiques concluent à un manque d'études empiriques, solides sur le plan théorique visant à examiner la nature des processus en jeu, les stratégies pour améliorer ces processus et leur influence sur le succès de l'implantation d'une innovation (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Greenhalgh et al., 2004; Länsisalmi et al., 2006).

L'implantation de toute innovation implique des changements organisationnels notamment une adaptation et une appropriation de l'innovation (Champagne, 2003). Par conséquent autant les écrits sur les innovations que sur le changement peut être utilisée pour guider l'exploration et l'analyse de facteurs influençant l'implantation d'une intervention donnée (Champagne, 2003). Ainsi plusieurs modèles conceptuels apportant des perspectives différentes ont été développés par les théoriciens des organisations pour expliquer l'influence d'éléments contextuels sur l'implantation d'une innovation. Champagne et al. (2003) ont effectué une recension de ces différents modèles de changements utilisés dans le domaine de

la santé et les preuves scientifiques de leur efficacité relative pour expliquer les déterminants du changement. Ils concluent soit à une absence d'études sur l'efficacité de certains modèles (modèle rationnel, de gestion stratégique, de l'apprentissage organisationnel et de la complexité), soit des évidences mixtes sur le pouvoir explicatif de certains modèles (modèles de développement organisationnel et psychologique) ou soit le peu de leçons applicables sur la gestion du changement (modèles structurels, politiques, écologiques et institutionnels).

D'autres courants de recherche et disciplines académiques (ex : promotion de la santé, transfert des connaissances, épidémiologie, etc.) se sont également intéressés à la recherche sur l'adoption et l'implantation des innovations et ont développé diverses théories et modèles en lien avec le sujet (Moulin, 2015). Cependant, on note dans ces théories/modèles/cadres que les construits ou déterminants inclus sont différents d'un modèle à un autre et sont souvent spécifiques à une innovation en particulier (Moulin, 2015; Damschroder et al., 2009). Dans les dernières années, avec l'avancement des connaissances dans les sciences de l'implantation, plusieurs chercheurs ont tenté de clarifier la terminologie utilisée et d'intégrer les écrits sur le sujet pour construire des théories d'implantation multidisciplinaires (Fixsen et al., 2005; Greenhalgh et al., 2004; Simpson & Flynn, 2007; B. J. Weiner, Lewis, & Linnan, 2009). De façon générale ces théories stipulent que la dissémination et l'implantation d'une innovation en santé est un processus complexe dont le succès est influencé par l'interaction d'un éventail de facteurs. En l'absence d'évidences scientifiques sur les variables à prioriser qui sont susceptibles de jouer un rôle clé dans tout effort d'implantation d'une innovation, le choix d'un modèle pour ce projet de thèse s'est avéré difficile. L'avenue pour effectuer ce choix était de considérer les théories avec un pouvoir de généralisabilité élevée, une liste de construits

exhaustive basée sur les évidences scientifiques, incluant une justification et une définition du choix de ces construits et qui a déjà été validée au moins en partie (i.e. utilisée dans des études antérieures) (ICEBeRG, 2006).

Par conséquent, en prenant ces critères en considération, notre choix s’est porté sur le *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* développé par Damschroder et al. (2009) (figure 2).

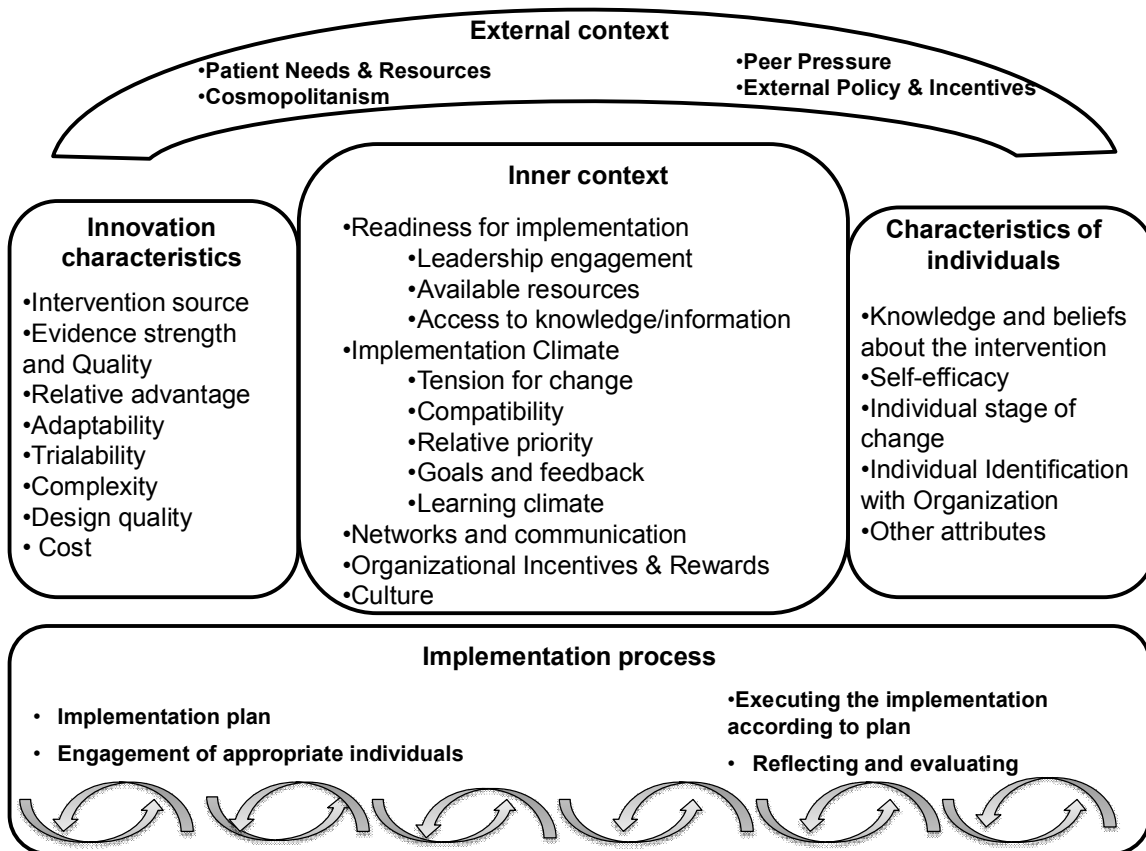


Figure 2 : Cadre conceptuel adapté du *Consolidated Framework for Implementation Research* développé par Damschroder et al (2009)

Ce cadre conceptuel est le résultat de la synthèse d'une revue des modèles, cadres et théories d'implantation développés et utilisés dans le domaine de la santé. Damschroder et al. (2009) ont donc développé un cadre conceptuel complet qui synthétise les différents construits rencontrés dans les 19 modèles d'implantation inclus dans leur recension. Ce cadre se veut «méta-théorique» dans le sens qu'il contient une liste de construits mais ne spécifie pas les interrelations entre les construits, qui sont propres à chaque contexte étudié, ni le niveau d'analyse à privilégier ou des hypothèses spécifiques. Les auteurs suggèrent donc de cibler les construits les plus pertinents selon le contexte où l'étude sera réalisée. Ce cadre conceptuel peut aussi très bien être utilisé de façon concomitante avec d'autres cadres ou modèles conceptuels qui élaborent davantage un des construits du CFIR de façon plus approfondie. Finalement, ce cadre permet d'avoir une perspective systémique ou holistique de l'implantation d'une innovation en permettant d'examiner les différents construits et leurs interrelations et cela d'une façon qui est propre à chaque contexte d'étude. Étant donné le peu de connaissances disponibles concernant l'implantation de SMP dans les organisations de réadaptation, une perspective holistique permettant d'explorer à la fois une gamme de facteurs organisationnels, liés aux individus, au SMP et au contexte externe nous a semblé la plus appropriée pour atteindre les objectifs de cette thèse. Dans la présente étude, nous allons donc utiliser le CFIR pour guider la collecte et aussi l'analyse des données.

Le CFIR contient 33 construits répartis à travers 5 domaines principaux qui interagissent de façon complexe, selon le contexte, afin d'influencer le degré de la mise en œuvre. Ces 5 domaines sont: le contexte externe dans lequel évolue l'organisation, le contexte interne propre à l'organisation, les caractéristiques des individus impliqués dans l'implantation

et les caractéristiques de l'intervention qu'on vise à implanter ainsi que le processus même d'implantation utilisé.

Selon Damschroder et al. (2009), le contexte externe fait référence au contexte économique, politique, social et légal dans lequel toute organisation fonctionne. De son côté, le contexte interne est le médium présent dans chaque organisation à travers lequel l'innovation doit naviguer afin de se diffuser et être mise en œuvre efficacement. Le contexte interne comprend certaines caractéristiques structurelles (ex : taille, spécialisation, formalisation, etc.) et non structurelles de l'organisation (ex : préparation de l'organisation à l'innovation, réseaux de communication, etc.). Les individus impliqués ou concernés par l'innovation peuvent influencer de façon plus ou moins prévisible sur le succès ou non de l'implantation d'une innovation. En effet, les membres d'une organisation font des choix, peuvent user de leur pouvoir et influencer les autres, ce qui aura des conséquences sur l'implantation. Les caractéristiques ou attributs de l'innovation peuvent également influencer de façon positive ou négative son implantation (ex : son niveau de complexité, ses avantages relatifs, sa compatibilité avec les pratiques en cours, etc.). Finalement, le processus de mise en œuvre peut avoir un impact sur une implantation réussie ou non de l'innovation. Ce processus peut être conceptualisé comme une série de sous-processus interdépendants ne se produisant pas nécessairement de façon séquentielle ou linéaire, mais se produisant plutôt de façon incrémentielle et pouvant progresser simultanément à plusieurs niveaux organisationnels.

Le tableau 4 présente les 33 construits par domaine du CFIR et fournit une description adaptée au contexte du projet de thèse.

Tableau 4 : Description adaptée au contexte de l'étude des construits du CFIR

Domaine	Description
Contexte externe	
Besoins des patients et ressources	Degré selon lequel les besoins des patients, ainsi que les obstacles et les facilitateurs pour répondre à ces besoins sont connus avec précision et priorisés par l'organisation.
Cosmopolitanisme	Degré selon lequel une organisation est en réseau ou en lien avec d'autres organisations externes.
Pression par les pairs	Réfère à l'adoption ou l'implantation d'une innovation car d'autres organisations similaires ont implanté ou pensent implanter cette innovation.
Politiques extérieures et incitatifs	Comprend les stratégies externes pour pousser les organisations à adopter et implanter une innovation y compris les politiques et les réglementations (gouvernementales: provinciales ou régionales ou d'autres entités, par exemple, les conseils d'administration des organisations de santé), les mandats externes, les initiatives de collaboration, les rapports de performance, les incitatifs financiers.
Caractéristiques de l'innovation	
Source de l'intervention	Perception des utilisateurs visés à savoir si l'innovation a été développée à l'interne ou à l'externe, comme solution à un problème ou comme une idée nouvelle
Qualité de l'évidence scientifique	La perception de la qualité et de la validité des évidences scientifiques soutenant la conviction que l'innovation aura les résultats souhaités.
Avantage relatif	La perception à l'effet que l'innovation à implanter est supérieure à celle qu'elle

Adaptabilité	remplace. La mesure dans laquelle une innovation peut être adaptée, raffinée ou réinventée pour répondre aux besoins locaux.
Possibilité de faire un essai d'implantation	La capacité de faire un essai d'implantation de l'innovation sur une petite échelle dans l'organisation et d'être en mesure d'inverser le cours de l'implantation (cesser l'implantation) si cela est justifié.
Complexité	Difficulté perçue de la mise en œuvre qui se traduit par la portée de l'innovation, la durée du processus d'implantation, son niveau de perturbation, sa radicalité et le nombre d'étapes requises pour la mettre en œuvre.
Qualité de la conception et du design	Perception de la façon dont l'intervention est livrée, présentée et assemblée.
Coût	Les coûts de l'innovation et les coûts associés à la mise en œuvre de cette innovation, y compris l'investissement et les coûts d'opportunité.

Contexte interne

Caractéristiques structurelles	L'architecture sociale, l'âge, la maturité et la taille d'une organisation.
Réseaux et communications	La nature et la qualité des réseaux sociaux et la qualité des communications formelles et informelles au sein de l'organisation
Culture	Les normes et les valeurs d'une organisation donnée.

Climat d'implantation

Besoin de l'innovation	La mesure dans laquelle les utilisateurs visés perçoivent que la situation actuelle est intolérable ou qu'un changement est nécessaire.
Compatibilité	Le degré de congruence ou d'alignement de l'innovation avec les normes, les valeurs, les besoins et le niveau de risque perçu des utilisateurs visés. Comprend aussi le degré d'alignement de l'innovation

Priorité relative	avec le flux de travail et les systèmes existants.
Incitatifs organisationnels	La perception partagée des utilisateurs visés de l'importance de l'implantation de l'innovation au sein de l'organisation.
Buts et rétroaction	Incitatifs extrinsèques comme la remise de prix, des évaluations de rendement, des promotions et une augmentation salariale. Comprend des incitatifs moins tangibles telle une augmentation de la crédibilité. Mesure dans laquelle les objectifs visés sont clairement communiqués aux utilisateurs visés et une rétroaction en lien avec ces objectifs leur est fournie.
Climat d'apprentissage	Un climat dans lequel : 1) les dirigeants expriment clairement leur besoin d'aide; 2) les utilisateurs visés sentent qu'ils sont essentiels, appréciés et qu'ils sont des partenaires compétents dans le processus de changement; 3) les individus sentent une sécurité psychologique à essayer l'innovation; 4) du temps et un espace suffisant pour la réflexion et l'évaluation.
Préparation à l'implantation	
Engagement des leaders	Engagement, participation et responsabilisation des dirigeants dans l'implantation de l'innovation.
Disponibilité des ressources	Le niveau des ressources consacrées à l'implantation y compris de l'argent, de la formation, de l'espace physique, et du temps.
Accès à des connaissances et à de l'information	Facilité d'accès à de l'information et à des connaissances sur l'innovation et sur la façon de l'intégrer dans les tâches de travail. Les sources d'information ou connaissances pouvant être des experts, du personnel ayant une expérience avec l'innovation, de la formation et des systèmes informatisés.

Caractéristiques des individus

Connaissances et croyances au sujet de l'innovation	Attitudes, croyances et connaissances liées à l'innovation.
Auto-efficacité	La croyance des individus dans leurs propres capacités à utiliser l'innovation.
Stade de changement de l'individu	Stade de changement dans lequel se situe l'individu. Ce stade de changement est fonction du modèle adopté.
Identification de l'individu par rapport à l'organisation	Façon dont les individus perçoivent l'organisation et leur relation et le degré d'engagement envers cette organisation. Des concepts tels l'épuisement émotionnel et la satisfaction au travail sont liés à ce construit.
Autres caractéristiques personnelles	Peut inclure diverses caractéristiques personnelles tels: le niveau d'éducation, le type de profession, le statut professionnel, l'expérience professionnelle, le niveau d'ancienneté dans l'organisation, la motivation, les valeurs, les compétences, la capacité et le style d'apprentissage

Processus d'implantation

Planification	Mesure dans laquelle un plan ou une méthode sont élaborés à l'avance, ainsi que leur qualité pour mettre en œuvre une innovation
Engagement	Le fait d'attirer et d'impliquer les personnes appropriées dans le processus de mise en œuvre par différentes stratégies (ex : éducation, formation, etc.). Ces personnes clés ou leaders peuvent être des <i>opinion leaders</i> , des champions ou des personnes assignés spécifiquement à l'implantation de l'intervention (ex : coordonnateur de projet). Il est également important de clairement définir leurs rôles et leurs tâches respectives.
Exécution	La réalisation ou l'accomplissement de la mise en œuvre conformément au plan. Cela comprend un volet de qualité de

l'exécution qui peut être constituée de la réalisation d'activités planifiées, du respect des délais dans l'exécution de ces activités et du degré d'engagement des principaux individus impliqués dans la mise en œuvre. Cette étape peut comprendre également les formations nécessaires pour former les utilisateurs visés ou des projets pilotes pour les familiariser avec la nouvelle intervention.

Évaluation

La rétroaction quantitative et qualitative sur les progrès et la qualité de la mise en œuvre qui devrait s'accompagner de comptes rendus réguliers des personnes clés impliqués dans le processus d'implantation sur les progrès réalisés et/ou les difficultés rencontrées.

Le cadre proposé considère que le succès de l'implantation d'une innovation telle un SMP est le résultat de l'influence et de l'interaction de cinq domaines principaux. Ces cinq domaines sont les caractéristiques du SMP développé, les caractéristiques des individus impliqués dans son développement ainsi que ceux visés comme étant des utilisateurs de ce système, le contexte organisationnel dans lequel s'effectue l'implantation, le processus d'implantation mis en œuvre ainsi que le contexte externe dans lequel baigne l'organisation lors de l'implantation du SMP. Ces domaines peuvent soit faciliter ou entraver le succès de l'implantation du SMP et cela avec un impact plus ou moins important. Ce cadre conceptuel semblait donc particulièrement adapté à l'analyse des facteurs qui pouvaient influencer sur le niveau d'implantation et d'utilisation de SMP dans les organisations de réadaptation en

déficience physique dans le contexte québécois qui prévalait au moment de l'étude (avant l'adoption de la loi 10 en mai 2015). En effet, les organisations de réadaptation faisaient partie d'un continuum de soins en offrant des soins spécialisés et surspécialisés aux personnes ayant une déficience physique. Les organisations de réadaptation avaient ainsi de nombreux partenaires en amont (ex : les centres hospitaliers de courte durée) et en aval (ex : les CSSS, les organismes communautaires, etc.). Par conséquent, ce positionnement particulier des organisations de réadaptation dans le continuum de soins, avait comme résultat que leur niveau de performance était fortement dépendant de celui de leurs partenaires, surtout de ceux en amont, et cela dans un contexte où le mandat et les missions de ces partenaires pouvaient se recouper avec ceux des organisations de réadaptation. Cette situation a ajouté à la complexité de l'évaluation et de la mesure de la performance de ces organisations et a confirmé l'importance de l'utilisation d'un cadre conceptuel tel le CFIR afin d'avoir une approche holistique de la performance de ces organisations.

À partir du cadre conceptuel d'évaluation élaboré pour analyser l'implantation d'un SMP dans les organisations de réadaptation, quatre questions de recherche spécifiques, étroitement liés aux objectifs de recherche, ont été élaborées afin de mieux comprendre l'influence des différents facteurs en jeu sur la mise en œuvre du SMP :

1. Quels sont les facteurs qui influencent le niveau de préparation organisationnelle des décideurs à l'implantation d'un SMP dans un centre hospitalier offrant de la réadaptation fonctionnelle intensive à une clientèle avec déficience physique?
2. Quel est le degré de mise en œuvre d'un SMP dans les organisations de réadaptation en déficience physique du Québec?

3. Comment le SMP est-il utilisé dans les organisations de réadaptation en déficience physique du Québec?
4. Quels sont les facteurs externes, organisationnels et liés aux caractéristiques du SMP qui influencent son niveau de mise en œuvre?

Chapitre 4 Méthodes

Ce chapitre décrit en détail la démarche méthodologique utilisée dans le cadre de cette thèse. Tout d'abord nous abordons la stratégie et le devis de recherche privilégiés. Par la suite, nous décrivons les critères de sélection pour chaque cas à l'étude, ainsi que les sources de données, le processus de collecte et d'analyse des données et cela pour chaque cas à l'étude. Nous terminons par les considérations éthiques et les critères de rigueur scientifiques utilisés pour assurer la qualité de notre recherche doctorale.

4.1 Stratégie de recherche générale

Pour répondre aux questions de recherche, nous avons adopté une approche qualitative d'évaluation qui s'inscrit dans une perspective de réalisme critique pour nous permettre d'atteindre la meilleure compréhension possible de l'implantation d'une innovation dans son contexte naturel. Plus précisément, ce projet doctoral s'inscrit dans le courant des recherches évaluatives. Le type d'analyse évaluative que nous avons utilisé est l'analyse d'implantation qui permet de cerner les facteurs qui facilitent ou entravent l'implantation d'une intervention (Brousselle et al., 2009). Ce type d'analyse s'est avéré approprié étant donné la complexité du SMP et le fait que son niveau d'implantation et d'utilisation était susceptible d'être influencé par plusieurs éléments contextuels.

Brousselle et al (2009) ont élaboré une typologie de l'analyse d'implantation. Selon cette typologie, l'analyse de type I-a vise à expliquer l'évolution ou la transformation d'une

intervention dans le temps. L'analyse de type I-b vise à expliquer l'écart entre l'intervention planifiée et celle qui a été implantée. L'analyse de type 2 met en relation les variations de la mise en œuvre d'une intervention avec les effets observés. Finalement, l'analyse de type 3 s'intéresse à l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés. Dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux facteurs organisationnels, externes et liés aux caractéristiques du SMP qui peuvent influencer son implantation et son utilisation dans les organisations de réadaptation. Par conséquent, l'analyse d'implantation de type I-b semblait la mieux répondre à cet objectif.

Une des stratégies de recherche les plus appropriées pour l'analyse d'implantation est l'étude synthétique de cas ou étude de cas. Cette stratégie de recherche a donc été privilégiée pour réaliser cette étude et cela pour deux raisons. Premièrement, l'objet de l'étude était de comprendre un phénomène complexe (l'implantation d'un SMP) qui est étroitement lié à son contexte, où il est difficile d'isoler les variables et où il y a de nombreuses interactions entre les variables (Yin, 2003) et deuxièmement, aucune manipulation ou contrôle ni sur le SMP ni sur les variables contextuelles n'était possible (Contrandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1990). Le devis de recherche utilisé dans le présent projet était l'étude de cas multiple explicative. L'étude de cas explicative présente des données pour expliquer comment et pourquoi un phénomène s'est produit. Le chercheur interprète les données et répond à ces questions en s'appuyant sur les connaissances existantes sur le sujet et sur une base théorique (Yin, 2003). Dans le cas de la présente étude, cette stratégie de recherche nous a permis de décrire et de comprendre de façon holistique l'influence de certains facteurs organisationnels

et contextuels ainsi que des caractéristiques d'un SMP sur le degré d'implantation de ce système dans des organisations de réadaptation.

4.2 Critères de sélection des cas

Deux cas ont été sélectionnés et étudiés dans le cadre de cette thèse. Les critères principaux qui ont guidé le choix de deux cas sont : 1) la pertinence et la présence du phénomène à l'étude (implantation d'un SMP); 2) les caractéristiques communes et différentes de chaque cas; et 3) la possibilité de comprendre, expliquer et apprendre sur chaque cas (Miles & Huberman, 1994; Yin, 2003). Les sections suivantes présentent la méthodologie particulière qui a été suivie pour réaliser chaque étude de cas. De plus, les critères particuliers ayant mené au choix de chaque cas sont présentés ainsi qu'une description détaillée (*thick description*) des cas et de leur contexte respectif, caractéristiques d'une étude de cas bien menée (Merriam, 1998). Ces éléments méthodologiques permettent de comprendre la dynamique et les interactions du cas à l'étude et d'évaluer dans quelle mesure les conclusions tirées sont transférables à d'autres périodes, contextes ou populations (Lincoln & Guba, 1985).

4.2.1 Méthodes du premier cas : implantation et utilisation d'un SMP dans un hôpital de réadaptation

4.2.1.1 Description du cas et de son contexte

Le premier cas étudié est un SMP développé et implanté dans un hôpital de réadaptation de la région de Montréal, Québec. Notre choix s'est porté sur cet hôpital de réadaptation pour trois raisons principales. Tout d'abord, le cas sélectionné, est un cas

révélateur (Miles & Huberman, 1994; Yin, 2003) car il a permis l'analyse d'un phénomène soit l'implantation d'un SMP, dans le contexte réel d'une seule organisation et de ses ressources actuelles. À notre connaissance, cela n'a pas encore été étudié et documenté. Ensuite, le cas sélectionné est un cas typique car cet hôpital de réadaptation est représentatif des grands centres de réadaptation que l'on retrouve au Canada et aussi à travers l'Amérique du Nord. En effet, cet établissement public de 200 lits avec plus de 500 employés dont 45 médecins, affilié à l'Université de Montréal pour l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies, dessert la population de l'île de Montréal c'est-à-dire plus de 1,5 millions d'habitants. Cet établissement a comme mission de dispenser des soins et services surspécialisés de réadaptation fonctionnelle à des personnes adultes avec déficiences physiques sévères telles une lésion médullaire, un traumatisme cranio-cérébral ou une amputation. Les services sont offerts sur une base interne et externe par une équipe multidisciplinaire (ex : physiatre, omnipraticien, infirmier, physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue ou neuropsychologue, etc.). Les soins et services sont intégrés dans une approche de continuum de services c'est-à-dire que les patients sont admis en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) suite à leur congé des soins aigus. Ensuite, à leur congé et selon leurs besoins, les patients sont référés à des centres de réadaptation qui soutiennent la réinsertion sociale ou au CLSC qui procure les soins et services dans le milieu de vie du patient.

Finalement, le fait que ce cas ait été accessible et que l'organisation était ouverte à ce type de projet a contribué également à sa sélection. En effet, l'étudiante (DZ) et sa directrice y travaillent et ont donc développé des liens à différents niveaux de l'organisation qui ont contribué à faciliter la réalisation du projet.

Tous ces facteurs appuient l'argument à l'effet que cet hôpital était un cas approprié et riche en information et reflétant une organisation et des missions semblables aux autres centres hospitaliers de réadaptation du Québec et du Canada.

Concernant la mesure de sa performance, cet hôpital de réadaptation, comme toutes les organisations de santé du Québec, saisit des indicateurs mandatés par l'Agence de santé et des services sociaux dans un objectif de reddition de compte. De plus, comme d'autres organisations, cette organisation effectue la saisie de plusieurs autres indicateurs surtout de type financier (ex.: acquisition et respect des budgets) ou de productivité (ex.: volume de patients traités) qui ne sont cependant pas intégrés dans un système unique. Il en résulte donc une saisie et analyse de plusieurs indicateurs par secteur ou par direction sans stratégie globale et intégrée des dimensions importantes à évaluer pour l'organisation en lien avec ses objectifs et sa mission. Par conséquent, il était difficile pour l'organisation de statuer sur sa performance et d'identifier des zones d'amélioration de la qualité de ses services. Ainsi en 2010, un vaste processus de consultation pour élaborer un plan stratégique de cinq ans a été entrepris. L'un des principaux objectifs stratégiques était le développement et l'implantation d'un SMP qui a été adopté par l'organisation en février 2010. Ce processus eut lieu en même temps que plusieurs changements organisationnels perturbateurs: une fusion était en cours (et a été achevée à l'été 2012), le directeur général ayant initié le projet a quitté l'organisation ainsi que le directeur responsable du développement et de l'implantation du SMP. Le projet a été ré-adopté par le nouveau directeur général en été 2011 et un autre directeur a été réaffecté à poursuivre le travail amorcé par son prédécesseur. En décembre 2012, un premier SMP a été

adopté par le conseil d'administration de l'hôpital. Ce SMP stratégique a permis à l'organisation de faire le suivi de l'atteinte des objectifs organisationnels ainsi que des cibles associées à atteindre jusqu'à la fin de l'année financière soit le 31 mars 2013. De janvier à avril 2013, les objectifs non atteints ont été reconduits et de nouveaux objectifs annuels en lien avec la planification stratégique ont été rajoutés. Dans l'ensemble, ce SMP incluait 17 objectifs, 31 indicateurs et leur cible respective, les échéanciers pour les atteindre, les dates de collecte des données et la source des données. Le tableau 5 présente un extrait du SMP pour l'année financière 2012-2013. L'information de performance ainsi générée était disséminée à des intervalles de temps prédéterminés au conseil d'administration de l'organisation et annuellement à l'Agence de santé et services sociaux régionale (ASSS) via le rapport annuel obligatoire que chaque organisation se doit de produire pour rendre compte de ses activités et de l'atteinte de ses objectifs. Les utilisateurs visés par le SMP étaient les directeurs de l'établissement et les membres du conseil d'administration (CA) de l'hôpital étant donné que ce SMP comprenait le suivi des objectifs stratégiques de l'organisation.

Tableau 5 : Extrait du SMP pour l'année financière 2013-2014

ENJEU	OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE	PORTEURS
I. Une offre de service pertinente, de qualité et sécuritaire	Se positionner pour répondre à de nouveaux besoins en réadaptation s'intégrant à notre mission (<i>actualiser notre plan clinique 2011-2021</i>). <i>Continue/stratégique</i> ➤ Assurer la pérennité des services ambulatoires en RFI	Nombre d'usagers desservis en services ambulatoires de réadaptation intensive (SARCA-R)	≤559 usagers total Par programme 209 usagers Neuro 60 usagers AMP-BOG 120 usagers LM 210 usagers SP	DPC DAM
	<i>Continue, stratégique</i> Impliquer les patients et les conseils professionnels dans nos réflexions pour guider nos décisions.	Élaboration d'un plan d'action en fonction des résultats de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle coordonné par le comité des usagers.	Plan d'action élaboré pour septembre 2013	DG
		Nombre de dossiers organisationnels prioritaires validés auprès du comité des usagers et des conseils professionnels.	3	DG
	<i>Continue/stratégique et opérationnel</i> Arrimer notre offre de services en complémentarité avec celle de nos partenaires.	Réalisation du plan d'action d'arrimage entre le CRLB et l'IRGLM pour la clientèle blessée médullaires	100% Réalisé selon l'échéancier	DG

4.2.1.2 Source de données et processus de collecte des données

Nous avons utilisé une stratégie de collecte de données qualitative comprenant deux sources de données : des entrevues individuelles semi-structurées et des documents écrits.

Entrevues individuelles

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été effectuées avec des informateurs clés. Pour être éligibles, ces informateurs clés devaient avoir participé à l'implantation et/ou à l'utilisation du SMP i.e. être un utilisateur ciblé du SMP. Les utilisateurs ciblés du SMP étaient des directeurs de l'organisation (n=6) et des membres du CA (n=17) et étaient donc tous éligibles à participer comme informateurs clés à l'étude. Les participants ont été sollicités à participer par courriel. Tous les directeurs de l'organisation ainsi que le membre du CA sollicités ont accepté de participer. Par la suite, un rendez-vous pour une entrevue avec chaque informateur clé était cédulée par courrier électronique. Une explication de l'objectif et de la durée prévue de l'entrevue étaient joints à ce courrier électronique. Le formulaire de consentement était signé au moment de l'entrevue. Cette stratégie de collecte de données a été privilégiée car c'est une des techniques de choix pour permettre de comprendre les perceptions, les préoccupations et les opinions des répondants reliées à l'implantation et à l'utilisation d'un SMP organisationnel (Guest, Namey, & Mitchell, 2013).

Une première série d'entrevues individuelles a été effectuée avec ces informateurs clés (n=7) en pré-implantation du SMP en septembre et octobre 2012 (t1). Six des informateurs clés étaient des directeurs représentant chacun les directions de l'organisation, dont le directeur général, et un informateur clé représentait le point de vue et l'expérience du CA avec

le SMP. Un guide d'entrevue a été développé afin d'éliciter l'information pertinente en lien avec les questions de recherche (Annexe I). Le développement de ce guide a été basé sur le cadre conceptuel adopté dans l'étude i.e. le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR). Des questions ouvertes étaient posées aux informateurs clés sur les caractéristiques souhaitées du SMP, leurs expériences antérieures avec un SMP, les avantages perçus d'implanter un SMP dans l'organisation ainsi que leur utilisation prévue. Nous avons également exploré les facteurs externes (ex : pression par les organisations similaires, contexte politique actuel, politiques externes et incitatifs) et internes (ex : le besoin de l'organisation pour un SMP, le niveau de préparation organisationnel, les réseaux de communication, etc.) ayant pu influencer l'implantation du SMP.

Une deuxième série d'entrevues individuelles a été réalisée avec les informateurs clés (n=7, six directeurs et un représentant du CA) dix mois post implantation du SMP dans l'organisation i.e. en novembre et décembre 2013 (t2). Un autre guide d'entrevue a été développé (annexe II) basé encore une fois sur le CFIR et abordant essentiellement les mêmes sujets qu'en t1 avec un accent sur le processus d'implantation et l'utilisation actuelle du SMP. De plus, le SMP pour l'année financière 2013-2014 a été utilisé lors des entretiens en t2, afin de centrer la discussion sur l'implantation et l'utilisation de ce dernier.

Ce format d'entrevues semi-structurées nous a permis, au besoin, d'explorer des aspects abordés par les répondants non prévus dans les guides d'entrevue initiaux. Ces aspects ont par la suite été intégrés aux guides d'entrevues et abordés dans les entrevues subséquentes à chaque temps d'évaluation respectivement.

Toutes les entrevues se sont déroulées en personne et ont été réalisées par l'étudiante qui était physiothérapeute en congé de travail pour études au moment des entrevues. Comme physiothérapeute, l'étudiante n'avait pas de contact direct avec ces décideurs de l'organisation, cependant le fait de connaître l'organisation et en faire partie a contribué à créer plus facilement un climat de confiance avec les informateurs clés au moment des entrevues.

Les entrevues se sont déroulées dans le bureau de chaque répondant et chaque entrevue avait une durée moyenne entre 60 à 90 minutes. Avec l'accord du participant, chaque entrevue a été audio-enregistrée et par la suite le verbatim a été transcrit intégralement.

Documentation écrite

La collecte de documents écrits est une source de données riches qui nous a permis de retracer le discours officiel et, de façon complémentaire aux entrevues, de reconstituer chronologiquement et de corroborer les étapes de développement, d'implantation et d'utilisation du SMP dans l'organisation. Elle nous a également permis d'avoir un compte rendu des événements et enjeux ayant pu influencer l'implantation du SMP dans l'organisation.

Différents types de documents ont été collectés entre janvier 2011 et avril 2014 soit au total 111 documents officiels informatisés:

- Plan stratégique 2010-2015 qui définit la mission, la vision et les valeurs de l'établissement. De plus, ce document fait état de sept grands enjeux déclinés en orientations stratégiques qui ont servi de guide aux projets organisationnels mis en place.
- Rapports annuels (n=3; années financières 2011-2012; 2012-2013 et 2013-2014) qui font état des réalisations de l'organisation en fonction des objectifs stratégiques à atteindre durant l'année en question.
- Comptes rendus des réunions du comité de direction tenues aux deux semaines (n=76) : ces comptes rendus résument les discussions des directeurs présents en fonction de l'ordre du jour de la réunion. L'information en lien avec le SMP a été analysée.
- Comptes rendus des réunions du CA (n=27) : résument les discussions tenues par le CA de l'organisation en fonction de l'ordre du jour. L'information en lien avec le SMP a été analysée.
- SMP (n=2; 2012-2013; 2013-2014) : documents comprenant les objectifs annuels à atteindre en fonction des enjeux organisationnels, les indicateurs et leur cible respective, le responsable de l'atteinte des objectifs, l'échéance et la source de données.
- Plan de développement du SMP produit par la direction générale documentant les documents à consulter pour établir les objectifs organisationnels, les étapes de développement ainsi que l'échéancier pour chaque étape.
- Rapport d'agrément 2013 qui fait un compte rendu des résultats en lien avec l'évaluation de certaines dimensions de la qualité des soins offerts par l'organisation

(ex : leadership, gouvernance, programmes cliniques et les services à la clientèle, la culture de sécurité des usagers, l'expérience vécue par l'utilisateur).

4.2.1.3 Le degré de mise en œuvre du système de mesure de la performance

Les études dans le domaine de l'implantation ont rapporté une grande variété de concepts (ex : fidélité, pénétration, acceptabilité, etc.) ou de mesures pour évaluer le niveau d'implantation des innovations (Proctor et al., 2011; Scheirer & Rezmovic, 1983). Dans l'étude de ce cas, nous avons opérationnalisé le succès de l'implantation en mesurant l'écart entre l'utilisation organisationnelle visée du SMP et son utilisation rapportée par les décideurs des organisations de réadaptation. En effet, cette mesure nous semblait la plus appropriée étant donné le but ultime d'un SMP soit, son utilisation par les décideurs.

4.2.1.4 Analyse des données

L'approche d'analyse utilisée était une analyse de contenu à prédominance déductive (Hsieh & Shannon, 2005). Une telle approche est appropriée lorsque la structure de l'analyse est opérationnalisée en s'appuyant sur une théorie ou un cadre conceptuel existant comme c'était le cas dans cette étude (Elo & Kyngas, 2008; Hsieh & Shannon, 2005). Une grille de codage a été élaborée initialement en se basant sur les domaines et construits du CFIR. Les données ont été examinées et codées selon ces catégories prédéfinies, mais lors de l'émergence de nouveaux codes ces derniers ont été intégrés comme des nouvelles catégories ou des sous-catégories d'une catégorie existante selon une approche inductive (Hsieh & Shannon, 2005). L'unité d'analyse était l'organisation.

L'analyse des données a nécessité plusieurs étapes inspirées de celles proposées par Miles et Huberman (1994): la condensation des données, la présentation et l'élaboration des données, et la vérification des conclusions.

Processus d'analyse des entrevues individuelles

Tout d'abord une première étape fut de préparer les données brutes à l'analyse. Pour ce faire, tous les enregistrements audio des entrevues individuelles ont été retranscrits en verbatim par une compagnie spécialisée dans le domaine. La transcription a été vérifiée par l'étudiante pour s'assurer de l'exactitude du texte par rapport à l'enregistrement.

Ensuite, avant de procéder au codage, l'étudiante a relu attentivement chaque retranscription d'entrevue afin de se familiariser avec son contenu et se faire une idée générale des sujets abordés par le répondant. L'ensemble des transcriptions a été importé dans un logiciel d'analyse qualitative (QDA Miner 3.2.3) afin de faciliter la procédure de codage. Chaque entrevue a été lue ligne par ligne et un code a été attribué à chaque segment du texte porteur de sens. Ces codes initiaux provenaient du cadre conceptuel et la définition proposée par les concepteurs du cadre a été adoptée dans le livre des codes créé. Lorsqu'un code nouveau émergeait des données, il était ajouté à la liste des codes et l'ensemble du corpus était relu et recodé en fonction de la nouvelle grille de codes (Blais & Martineau, 2006). Cette façon de procéder a permis de limiter le biais de confirmation c'est-à-dire de trouver davantage d'éléments empiriques confirmant la théorie choisie plutôt que le contraire, un risque toujours présent lorsqu'un chercheur a une approche d'analyse de contenu davantage déductive (Hsieh & Shannon, 2005). Par la suite, selon un processus itératif, l'ensemble des

codes a été revu et les codes similaires ou redondants ont été fusionnés pour réduire le nombre de codes au minimum (Blais & Martineau, 2006). Finalement, les relations entre les codes et les thèmes (dans notre cas les 5 grands domaines du CFIR) ont été identifiées, plus particulièrement chaque construit du cadre conceptuel a été qualifié comme étant une barrière, un facilitateur ou neutre à l'implantation du SMP dans l'organisation. L'ensemble de ce processus a été appliqué à chaque entrevue pour chaque temps d'évaluation.

Une autre étape a consisté à produire une matrice explicative par domaine, par répondant et par temps d'évaluation. Cette façon d'organiser les résultats est très utile pour en présenter une synthèse tout en donnant une vision d'ensemble des données (Miles & Huberman, 1994).

L'étape subséquente a consisté à faire une analyse transversale des transcriptions d'entrevue et de qualifier chaque construit comme barrière, facilitateur ou neutre selon le nombre de fois que ce construit avait été classé comme tel par l'analyste (DZ) selon le répondant et par temps d'évaluation. Si un construit donné était classé comme facilitateur, par l'analyse des entrevues de quatre informateurs-clés ou plus, il était considéré comme apportant une contribution positive à l'implantation du SMP. La même logique a été appliquée aux autres catégories (neutre et barrière) et au deuxième temps d'évaluation. Pour synthétiser les données, une autre matrice synthèse explicative par temps d'évaluation a été ainsi produite.

La dernière étape de l'analyse a consisté à procéder à l'analyse de l'évolution de chaque construit entre les deux temps d'évaluation afin de déterminer la contribution de

chacun à l'implantation et à l'utilisation du SMP et l'importance de cette contribution. Pour ce faire nous avons développé des critères précis. En effet, l'importance de la contribution de chaque construit a été déterminée selon le nombre de fois qu'un construit donné s'est manifesté d'une manière positive ou négative à chaque temps d'évaluation. Le tableau qui suit explique en détail les critères utilisés pour déterminer la contribution de chaque construit à l'implantation et à l'utilisation du SMP.

Tableau 6 : Critères utilisés pour établir l'importance de la contribution de chaque construit à l'implantation et à l'utilisation du SMP selon leur évolution entre les deux temps d'évaluation

Classification	Critères
Facilitateur majeur (++)	Ce construit a une influence positive sur l'implantation ou l'utilisation du SMP si la majorité des informateurs clés (≥ 4) à t1 et à t2 ont décrit ce construit comme étant un facilitateur et ont expliqué ou ont donné des exemples spécifiques de la contribution positive de ce construit
Facilitateur mineur (+)	Ce construit a une influence positive sur l'implantation ou l'utilisation du SMP si la minorité des informateurs clés (< 4) à t1 et à t2 ont décrit ce construit comme étant un facilitateur et ont expliqué ou ont donné des exemples spécifiques de la contribution positive de ce construit
Neutre	Un construit qui n'a aucune influence sur l'implantation du SMP ni à t1 ou à t2 car 1) il a été décrit par les informateurs clés sans mentionner son influence (positive ou négative); 2) son influence est perçue différemment par les informateurs clés
Barrière majeure (- -)	Ce construit a une influence négative sur l'implantation ou l'utilisation du SMP si la majorité des informateurs clés (≥ 4) à t1 et à t2 ont décrit ce construit comme étant une barrière et ont expliqué ou ont donné des exemples spécifiques de la contribution négative de ce construit
Barrière mineure (-)	Ce construit a une influence négative sur l'implantation ou l'utilisation du SMP si la minorité des informateurs clés (< 4) à t1 et à t2 ont décrit ce construit comme étant une barrière et ont expliqué ou ont donné des exemples spécifiques de la contribution négative de ce construit

En bref, l'ensemble de ce processus d'analyse déductif et inductif a permis d'identifier les facteurs ayant facilité ou entravé l'implantation et l'utilisation du SMP au niveau de l'organisation.

En ce qui concerne l'utilisation du SMP, la classification de Moynihan décrite au chapitre deux a été utilisée. Une approche déductive a donc été utilisée avec la création de quatre codes initiaux correspondant à cette classification : utilisation ciblée, utilisation passive, utilisation politique et utilisation perverse. Encore une fois, les transcriptions en entier de chaque temps d'évaluation ont été lues en entier. Pour le premier temps d'évaluation, les informateurs-clés rapportaient l'utilisation prévue du SMP. Dès qu'un segment du texte référait à cette idée il était codé en conséquence. Le même processus a été appliqué au deuxième temps d'évaluation. Une synthèse de ces résultats a été produite sous forme de tableaux. À l'étape finale nous avons comparé l'utilisation prévue à t1 avec l'utilisation rapportée à t2 afin de déterminer le niveau de concordance.

Il est important de souligner que chacune des décisions en lien avec le processus d'analyse a été discutée et débattue par l'ensemble de l'équipe de recherche et qu'un consensus était atteint avant de précéder à l'étape subséquente. De plus, l'ensemble du processus d'analyse, de la codification à la production de la synthèse des résultats, a été revu, discuté, raffiné et un consensus atteint par l'équipe de chercheurs (l'étudiante et les deux directeurs de thèse).

Processus d'analyse des documents

Tous les documents officiels étaient disponibles en format électronique. Ils ont été classés dans un fichier unique par type de document et en ordre chronologique. Tous les documents

ont ensuite été exportés dans le logiciel de soutien à l'analyse qualitative (QDA Miner 3.2.3). Le même livre de codes que pour les transcriptions d'entrevue a servi à coder ces documents.

4.2.2 Méthodes du deuxième cas : implantation et utilisation d'un SMP dans les CRDP du Québec membres de l'AERDPQ

4.2.2.1 Description du cas et de son contexte

Notre deuxième cas étudié est un SMP provincial développé par l'Association des établissements en déficience physique du Québec (AERDPQ) et diffusé à l'ensemble de leurs organisations membres i.e. les CRDP de la province de Québec. Ce 2^e cas nous a permis d'avoir une perspective plus globale et diversifiée de l'implantation et de l'utilisation d'un SMP au niveau provincial. Le paragraphe suivant explique et décrit le contexte qui a mené au développement du SMP provincial.

En 1999, les CRDP se sont regroupés pour former AERDPQ qui est devenue ainsi leur porte-parole. L'AERDPQ a comme mission de favoriser le partage d'expertise entre ses membres, de les représenter auprès des autorités de santé, de les soutenir et d'exercer une vigie sur des sujets d'intérêt pour ses membres et les personnes ayant une déficience physique. C'est ainsi qu'en 2010 l'évaluation de la performance organisationnelle par le développement d'un SMP provincial fut un sujet priorisé par l'AERDPQ et ses organisations membres. Ainsi, des membres de l'AERDPQ (des directeurs des CRDP ainsi que la directrice générale de l'Association), des partenaires (des conseillers de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal) et des experts (provenant de l'Agence de la Montérégie) ont conçu un SMP

provincial intégrant des indicateurs harmonisés à travers les CRDP. Le SMP provincial comprend 21 indicateurs communs aux CRDP, catégorisés selon le modèle de performance organisationnelle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée des systèmes de santé-EGIPSS). Un rapport présentant les résultats de la performance des CRDP a été produit, présenté et disséminé à tous les CRDP membres en 2011 leur permettant de faire une analyse comparative de leur performance respective. De plus, depuis 2011, l'AERDPQ produit et dissémine annuellement aux CRDP membres un tableau de bord contenant 12 indicateurs provenant en grande partie des 21 indicateurs utilisés dans le rapport de performance. Le tableau 7 fournit la liste complète de ces 12 indicateurs de performance. Il est important de mentionner que ces informations de performance ont seulement été diffusées aux CRDP membres de l'AERDPQ. Ni le public ni les autorités de santé n'ont eu accès à cette information.

Tableau 7 : Liste des 12 indicateurs inclus dans le tableau de bord développé par l’AERDPQ

Nombre d’usagers desservis	Montant des nouveaux crédits de développement obtenus
Nombre d’heures de prestation de service pour les usagers desservis	Montant des objectifs de compression budgétaire exigés par l’agence
Nombre d’heures d’activités professionnelles (effectuées pour la formation, l’enseignement, etc., sans l’usager)	Roulement des employés
Nombre d’usagers en attente d’un premier service de réadaptation	Ratio des techniciens cliniques à temps complet sur le nombre de professionnels à temps complet
Satisfaction des usagers	Nombre d’heures d’absentéisme
Incidents et accidents	Nombre d’heures d’assurance-salaire

4.2.2.2 Source de données et processus de collecte des données

Des entrevues individuelles semi-structurées en personne ou par téléphone ont permis de colliger les données auprès des informateurs clés des CRDP. Toutes les entrevues ont été effectuées par l’étudiante qui n’avait aucune relation ou connaissance particulière ni des organisations approchées ni des informateurs-clés. Cependant, le fait d’avoir le soutien de l’AERDPQ pour réaliser cette étude de cas, d’être une professionnelle de la santé ayant une expérience en réadaptation et de connaître le contexte dans lequel ces organisations évoluent a

été facilitateur et a permis de créer rapidement un lien de confiance avec les informateurs-clés. En effet, à la réécoute des entrevues et à la relecture des transcriptions, l'étudiante a constaté que les entrevues se sont déroulées plutôt comme des conversations et discussions que comme un entretien comprenant une série de questions. De plus, il était évident que les participants étaient à l'aise pendant l'entrevue de partager leur expérience avec le SMP.

Un guide d'entrevue basé sur le CFIR et comprenant des questions ouvertes a été développé (annexe III). Dans ce guide, seulement quatre des cinq domaines du cadre conceptuel ont été explorés avec les participants. Le domaine «caractéristiques des individus» n'a pas été appliqué dans notre étude parce que notre unité d'analyse était l'organisation et non l'individu. Les questions portaient sur l'utilisation des indicateurs de performance, sur les avantages et les limites perçues de ce SMP ainsi que sur les facteurs organisationnels ayant influencé son utilisation.

La sélection des informateurs clés s'est faite en se basant sur 2 critères : 1) le répondant devait être familier avec les indicateurs de performance contenus soit dans le rapport de performance produit pour son établissement et/ou dans les tableaux de bord diffusés par l'AERDPQ et 2) le répondant devait être un cadre supérieur et donc en position d'autorité lui permettant d'utiliser ces indicateurs.

Le recrutement des répondants s'est fait via l'AERDPQ qui a sollicité par courriel, la participation de tous les CRDP membres (n=21). Un rappel par courriel électronique a été effectué par l'AERDPQ un mois après l'envoi du premier courriel. Les établissements

intéressés à participer devaient communiquer à l'AERDPQ le nom et les coordonnées d'un informateur clé de leur organisation. L'étudiante a par la suite sollicité par courrier électronique un rendez-vous pour une entrevue avec chaque informateur clé. Une explication de l'objectif et de la durée prévue de l'entrevue ainsi que le formulaire de consentement et les coordonnées de l'intervieweur étaient joints au courrier électronique. Le formulaire de consentement devait être signé avant la tenue de l'entrevue. Toutes les entrevues ont été effectuées par le même intervieweur (DZ) entre le mois de février 2013 et le mois de mai 2013. Les répondants devaient avoir en main leur rapport de performance organisationnelle et le tableau de bord 2012-2013 durant les entrevues. Ces dernières avaient une durée de 60 à 90 minutes et elles ont toutes été audio enregistrées avec l'accord préalable des participants et retranscrites en verbatim.

4.2.2.3 Analyse des données

Le processus d'analyse des données du deuxième cas est très semblable à celui décrit plus haut, la différence majeure étant que la collecte de données a été transversale et non à deux temps d'évaluation comme le cas précédent. Les premières étapes sont donc identiques à l'analyse du premier cas : transcription des entrevues et vérification des transcriptions; lecture détaillée de chaque entrevue et importation dans le logiciel d'analyse (QDA Miner 3.2.3.). Par la suite une analyse thématique déductive et inductive a également été entreprise. Une grille de codage a été élaborée initialement en se basant sur le canevas d'entrevue. Elle a été bonifiée en fonction de l'émergence de nouveaux codes au fur et à mesure que les données ont été analysées. Ensuite, ces codes ont été rassemblés en thèmes, qui ont été révisés et raffinés à travers un processus itératif entre les données de chaque entrevue et le cadre conceptuel

(CFIR) qui a guidé la collecte des données. L'unité d'analyse était chaque CRDP. Une analyse thématique pour chaque organisation a donc d'abord été effectuée et une matrice explicative par organisation a été produite. Cette étape a été suivie par une analyse transversale des données afin d'identifier les similitudes et les divergences. Ainsi, chaque thème a été examiné en fonction de son influence en termes de barrière ou facilitateur à l'utilisation des indicateurs de performance en fonction du contexte de chaque organisation. Par exemple, un thème ou facteur peut avoir été un facilitateur dans un CRDP en raison de sa présence, mais une barrière dans un autre CRDP en raison de son absence.

Pour l'analyse de ce cas, l'utilisation du SMP par les CRDP a également été catégorisée avec la classification de Moynihan : utilisation ciblée, politique, passive et perverse. Nous avons ainsi catégorisé les différentes utilisations du SMP provincial par type d'utilisation et cela pour chaque CRDP. Aucune organisation n'a mentionné avoir fait une utilisation du SMP de type pervers. Par conséquent, l'utilisation du SMP par les CRDP a été classée dans les trois catégories restantes. L'étape subséquente de l'analyse fut de comparer les CRDP entre eux par rapport à leur type d'utilisation du SMP provincial. Ainsi, les différents types de facteurs ayant influencé l'utilisation des indicateurs de performance ont été associés au niveau d'utilisation de ces indicateurs.

4.3 Considérations éthiques

Le présent projet de recherche est conforme aux exigences en matière d'éthique de la recherche. Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) (voir certificat

d'approbation éthique à l'Annexe IV). Tous les informateurs clés ont signé le formulaire de consentement préalablement à la tenue des entrevues individuelles (Annexes V et VI). Pour les entrevues téléphoniques, les participants devaient envoyer le formulaire par la poste ou par courriel, à leur convenance.

Conformément aux exigences éthiques, toutes les données provenant des entrevues individuelles (*verbatim*) ont été traitées de façon confidentielle. Toute la base de données (enregistrements audio, analyses et documents officiels) est conservée sur un serveur au centre de recherche, protégé par un mot de passe.

Pour l'étude de cas portant sur l'implantation d'un SMP dans une organisation de réadaptation, à la demande de l'établissement, des modifications ont dû être faites au protocole initial lors de son évaluation par le comité d'éthique. En effet, l'établissement a refusé que l'étudiante assiste aux réunions du comité de direction tel que proposé dans le protocole initial. Ce refus était justifié par le contexte de changement important que l'organisation vivait (une fusion) entraînant des discussions sur des sujets considérés sensibles et la prise de décisions difficiles et ce, même si ces échanges n'avaient pas de liens avec l'objectif de la recherche. Par conséquent, cette méthode de collecte des données a été retirée du protocole.

4.4 Stratégies de rigueur scientifique

Différents critères ont été établis pour juger de la qualité d'une recherche qualitative (Creswell, 2013a). Nous avons adopté la terminologie de Guba et Lincoln (1989) pour

discuter des stratégies utilisées afin d'assurer la rigueur scientifique ou «*trustworthiness*» de ce projet de recherche. Ces auteurs proposent quatre critères selon lesquels la validité d'une recherche qualitative devrait être évaluée : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité.

4.4.1 Le critère de crédibilité

Le critère de crédibilité implique d'établir que les résultats de la recherche qualitative et leur interprétation sont crédibles ou plausibles du point de vue du participant à la recherche (Drapeau, 2004). Pour renforcer la crédibilité des résultats et de leur interprétation nous avons utilisé la triangulation et la vérification par les participants.

4.4.1.1 La triangulation

Nous avons utilisé deux types de triangulation : la triangulation des sources de données et la triangulation des analystes. La triangulation des données consiste à recueillir des données à différents moments, lieux et/ou auprès de différentes personnes ou groupes de personnes, tandis que la triangulation des analystes implique la participation de plusieurs investigateurs afin de bénéficier de différentes perspectives analytiques (Miles & Huberman, 1994).

Dans le premier type de triangulation, nous avons vérifié la consistance des résultats en examinant les différentes sources de données (entrevues, documentation) et en utilisant deux temps d'évaluation (dans le premier cas étudié). La triangulation analytique a consisté en la supervision étroite par les co-directeurs lors de toutes les étapes d'analyse et d'interprétation des résultats. Plus spécifiquement, des réunions multiples ont eu lieu à plusieurs reprises entre

l'équipe de chercheurs afin de contre vérifier la correspondance entre la codification et les *verbatim* ainsi que les matrices explicatives produites par l'étudiante. Ceci a permis, entre autres, d'obtenir un consensus entre les chercheurs sur les thèmes, codes et sous-codes ainsi que sur les définitions de ces derniers et le verbatim leur correspondant. De façon plus générale, cette stratégie de triangulation a permis d'apporter un éclairage plus global des résultats et de leur interprétation et d'assurer l'absence de sélection d'une interprétation correspondant aux idées préconçues de l'étudiante.

4.4.1.2 La vérification par les participants

Cette stratégie de validation consiste à solliciter l'avis des participants sur les résultats et leur interprétation (Creswell, 2013a). Dans les deux études de cas, nous avons obtenu la rétroaction des participants sur la justesse de notre interprétation des résultats. Dans la première étude de cas, nous avons soumis les résultats à tous les participants sous forme de matrices explicatives comprenant les codes, leur définition et des extraits de verbatim illustrant ces codes. Les participants étaient invités à nous faire part de toute inexactitude ou commentaire à ce sujet. De plus, nous avons présenté les résultats préliminaires à ces mêmes participants et ensuite discuté de l'exactitude des résultats. Les participants ont tous convenu que notre interprétation correspondait à leur perception et expérience avec le SMP.

Dans le deuxième cas, les résultats préliminaires ont été présentés sous forme de rapport et les participants étaient invités à les commenter. De plus, une réunion formelle avec deux participants pour recueillir leur feedback a eu lieu. Encore une fois, les participants ont assuré que les résultats reflétaient leur point de vue et expérience.

4.4.2 Le critère de transférabilité

Ce critère s'apparente au concept de validité externe en recherche quantitative. Une description riche et détaillée (*thick description*) du contexte, du cas étudié et de la population impliquée dans l'étude permet d'évaluer dans quelle mesure cette information peut être transférable à d'autres contextes en raison de caractéristiques communes partagées (Creswell, 2013a). Dans le cas de notre étude, nous avons fourni une description détaillée de chacun de ces éléments. De plus, les résultats et leur interprétation ont été décrits en détail ce qui permet aux organisations similaires de dégager les facilitateurs et les barrières potentielles à l'implantation et à l'utilisation d'un SMP.

4.4.3 Le critère de fiabilité

Ce critère réfère à la description de la méthodologie et du processus de l'étude afin de s'assurer que ce processus est décrit de façon transparente et permet donc d'être reproduit. Dans le cas où des changements ont été effectués avec l'objectif de mieux répondre aux questions de recherche, ces changements et leur justification doivent être décrits (Creswell, 2013a). Dans le cas de notre étude, plusieurs stratégies ont été utilisées qui ont favorisé la fiabilité des résultats de l'étude :

- Toutes les entrevues ont été enregistrées et retranscrites avec exactitude.
- Le logiciel de soutien à l'analyse QDA Miner a été utilisé pour coder les transcriptions des entrevues et tous les documents. Ce logiciel permet de garder une trace de

l'itération des codes. De plus, un livre de codes comprenant les définitions de chaque code a été produit.

- Toutes les étapes de l'analyse, la génération des codes, la production des matrices explicatives et l'interprétation des résultats ont été discutés et vérifiés par les co-chercheurs.

4.4.4 Le critère de confirmabilité

Ce critère réfère au degré de conformité des conclusions de l'étude face aux données empiriques et à l'absence d'influence de biais, motivations ou intérêts propres au chercheur (Guba & Lincoln, 1989). Considérant qu'une objectivité complète est impossible dans tout processus de recherche, il est important d'utiliser différentes stratégies afin de minimiser les biais potentiels pouvant survenir (Guba & Lincoln, 1989). Tout d'abord, au niveau de la méthodologie, le potentiel de confirmabilité de nos résultats a été accru car autant la collecte des données que leur analyse ont été guidés par un cadre conceptuel ce qui favorise une interprétation des résultats ancrée dans les données plutôt que liée aux préconceptions des chercheurs. La confirmabilité de cette recherche est également renforcée par la description détaillée du processus d'analyse des cas, par l'organisation de toutes les données dans une base de données pouvant être rendue accessible au besoin à un réviseur indépendant et par la présentation et confirmation des résultats et leur interprétation par les participants. L'étudiante, qui était en congé pour études lors de la réalisation de ce projet, s'est aussi engagée dans une démarche réflexive tout au long du processus de recherche pour limiter l'influence de ses valeurs, son expérience personnelle ou ses préconceptions sur les résultats et leur interprétation. Une

stratégie utilisée fut de tenir un journal réflexif après chaque entrevue pour mettre par écrit les premières impressions, les nouveaux aspects à explorer ou des modifications à apporter aux questions d'entrevue. De plus, lors de la première lecture des transcriptions, des mémos ont été écrits faisant état des premières impressions ou éléments spontanés d'analyse. Cette façon de faire a permis à l'étudiante de prendre un certain recul par rapport au discours des participants et de procéder à une analyse des données davantage guidée par la théorie. Finalement, un processus de consultation et de discussion avec les co-directeurs était en place durant tous les stades de la recherche avec une fréquence accrue lors de l'analyse des résultats.

En bref, il est impossible d'éliminer complètement les biais personnels pouvant survenir lors des différentes étapes d'un processus de recherche, étant donné que de multiples choix sont effectués tout au long de ce processus et autant ces choix que l'analyse et l'interprétation des résultats sont forcément influencés jusqu'à un certain degré par nos valeurs et expériences desquelles on ne peut se dissocier. L'important pour assurer la confirmabilité de l'étude est d'être transparent sur l'ensemble de ces facteurs et d'utiliser diverses stratégies pour les minimiser autant que possible comme ce fut le cas dans la présente étude.

Chapitre 5 Résultats

Ce chapitre présente les résultats empiriques qui sont rapportés sous forme de trois articles scientifiques rédigés en langue anglaise.

5.1 Article 1

Le premier article est intitulé «*Healthcare executives' readiness for a performance measurement system: a rehabilitation hospital case study*» Il a été publié dans la revue *Journal of Hospital Administration*. Cet article traite du niveau de préparation d'une organisation de réadaptation préalablement à l'implantation d'un SMP et adresse le premier objectif de la thèse.

Les droits d'auteur sont expliqués en détail sur le site de l'éditeur de la revue (<http://web.sciedu.ca/policies.html>). L'étudiante, qui est le premier auteur du manuscrit (contributeur principal) est le détenteur des droits d'auteur de cette publication, avec les premiers droits de publication accordée à la revue / éditeur. Par la suite, les auteurs ont le droit de réutiliser, republier, archiver et distribuer leurs propres articles après la publication dans la revue.

La référence de cette publication est :

Zidarov D, Poissant L, Sicotte C. Healthcare executives' readiness for a performance measurement system: a rehabilitation hospital case study. *Journal of Hospital Administration* 2014; 3 (4): 157-172.

Apport de l'étudiante (auteure principale) et des co-auteurs de cet article :

Contribution de l'étudiante

L'étudiante a conçu le devis de l'étude et a choisi le cadre conceptuel, elle a élaboré le canevas d'entrevue, elle a effectué la collecte des données (entrevues individuelles, observation participative, identification des documents pertinents), et a effectué l'analyse des résultats. Elle a également rédigé l'article pour publication.

Contribution des co-auteurs

Lise Poissant a contribué à toutes les étapes de cette étude. Elle a apporté une contribution intellectuelle à l'élaboration du protocole de recherche et au canevas d'entrevue. Elle a également facilité l'accès aux participants et aux documents pertinents. Elle a aussi participé à une partie de la collecte des données (entrevue individuelle). Elle a procédé à une révision et à une validation des analyses des résultats. Elle a révisé en profondeur le manuscrit et y a apporté des améliorations pertinentes.

Claude Sicotte a également participé à toutes les étapes de cette étude. Il a apporté une contribution intellectuelle importante à l'élaboration du protocole de recherche et à la révision du canevas d'entrevue. Il a apporté des réflexions pertinentes lors de l'analyse des résultats. Il a révisé en profondeur le manuscrit et y a apporté des idées très pertinentes.

**Healthcare executives' readiness for a performance measurement system: a
rehabilitation hospital case study**

Diana Zidarov,¹ Lise Poissant,² and Claude Sicotte³

¹ École de santé publique, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

² École de réadaptation, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

³ Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Québec, Canada

Abstract

The literature on organizational change identifies readiness as an important factor in understanding the outcome of implementation. In the context of implementing a performance measurement system (PMS) in a rehabilitation hospital, we conducted a single case study to gain an in-depth understanding of the factors that might impede or facilitate readiness to use a PMS. Two data sources were used: key informant interviews with healthcare executives and official organizational documents. Our results indicate that healthcare executives' readiness for a PMS was high. This state of readiness is influenced by 12 factors that were classified into three main themes: 1) adopters' attributes 2) PMS attributes and 3) organizational attributes. These results are consistent with change management theory as well as the findings of recent empirical research. In the context of implementing a PMS, a readiness assessment can help identify organizational strengths and weaknesses so that strategies necessary for successful implementation can be developed.

Keywords

Readiness; health care administration; organizations; performance; rehabilitation; case study

1.Introduction

Rehabilitation hospitals, like any other healthcare organization, face persistent shortages of human resources, increased needs from the aging population and governmental demands of cost containment and accountability [1]. This situation places public healthcare organizations under increasing pressure to apply effective management tools. The development and implementation of performance measurement systems (PMS) in healthcare organizations has become an important mechanism for accountability and quality improvement initiatives [1-3]. Despite the general consensus on the need for PMS and its potential benefits [4, 5], the actual implementation of these systems remains challenging for organizations [6-9] and involves significant organizational change [3]. Scholars in the performance measurement field [10, 11] recommend assessing the level of organizational readiness prior to implementing a PMS. The literature on organizational change identifies readiness as an important factor in understanding the outcome of implementation [12-15]. When implementing a PMS, a readiness assessment can help identify organizational strengths and weaknesses and the strategies necessary for successful implementation [16]. Although there is no consensus on a single definition of “readiness for change” [17], the following definition, proposed by Armenakis and colleagues [14] is the most commonly cited: “organizational members’ beliefs, attitudes, and intentions regarding the extent to which changes were needed and the organization’s capacity to make those changes”. The literature suggests that readiness for change is influenced by the attributes of the change (what the change is about and its content), the attributes of the context (where and under what circumstances the change is occurring) and the attributes of individuals (who are involved in the change) [14, 17, 18]. More specifically, the most important attributes of the change that influence readiness is the

perceived need for change, the appropriateness of the change as a solution to a specific problem [14] and the characteristics of the change (e.g. perceived advantage, level of complexity, and degree of adaptability of change to meet local needs) [19]. Factors related to the organizational context that influence readiness include availability of resources, effective leadership, access to information /training [19, 20], active participation, quality of change, communication, rewards and incentives, culture and climate [18, 20, 21]. Individual factors that may influence readiness refer to organizational members' attitudes, beliefs, intentions, motivation, knowledge and competence regarding a proposed change [17, 18].

Currently, there is no comprehensive theory or framework of readiness for change that specifies which dimensions or factors must be assessed when studying this construct [17, 18, 20, 22]. Given these considerations, qualitative research methodology appears best suited to fully capture and describe the readiness of intended users for a PMS. In the context of this study, readiness to change refers to the healthcare executives' beliefs, attitudes and intentions regarding the extent to which a PMS is needed and the organization's capacity to successfully use such a system [14]. Our objective was to identify the main readiness factors that affect the willingness to implement a PMS in rehabilitation healthcare organizations.

2. Methods

2.1 Study design

We conducted a single case study to gain an in-depth understanding of the factors that might impede or facilitate readiness to implement a PMS. The case under study is a rehabilitation hospital in Canada that developed and implemented a PMS. The study was undertaken just prior to PMS implementation.

2.2 Organizational setting and case description

The setting is a typical mid-size publicly-funded urban academic rehabilitation hospital in Canada. The organization provides specialized care and rehabilitation services to adults with physical disabilities. In 2010, an extensive consultation process to develop a five year strategy plan was undertaken. One of the main strategic objectives was the development and implementation of a PMS. The development of the PMS began in 2011 and lasted 18 months. Overall, the PMS included 30 objectives, 43 indicators, time frames and data collection dates. The intended users of the PMS are healthcare executives and hospital board members.

2.3 Data sources

Two data sources were used: key informant (KI) interviews with rehabilitation hospital executives and official organizational documents. Respondents were selected for their involvement in the development and/or role as an end-user of the PMS. In September and October 2012, face-to-face interviews were held in the hospital with seven key informants. The interviews, which lasted between 60-90 minutes, were audio-recorded and transcribed. Interviews were conducted by the first author. The interviewer is a physiotherapist working in the organization who was familiar with the study context, an advantage in qualitative studies [23]. A discussion guide was developed based on current knowledge of theories on organizational readiness [14, 15, 17, 18, 24] and on the implementation of innovations [19, 25]. We asked KIs open-ended questions on their conception of a PMS and their perceived need, motivation, experience and knowledge about it. Organizational context factors such as priority of implementation of the PMS, dedicated resources and organizational processes related to implementation were also explored. Written consent from each KI was obtained prior to

interview. A total of 70 official documents (annual reports, strategic planning, minutes from hospital board and executive meetings) produced between January 2011 and June 2013 were reviewed to provide organizational and contextual information to complement data obtained from interviews.

2.4 Data analysis

Each interview transcript was verified for accuracy and then imported into qualitative analysis software (QDA Miner 3.2.3). A mixed approach for content analysis was used (deductive and inductive coding processes) [²⁶⁻²⁸]. The first step was to create a provisional guiding framework and a coding list prior to initiating coding (appendix 1). This list emerged from our interview guide and the review of readiness to change models [^{15, 17, 18, 21, 29}] and implementation frameworks [^{19, 25}]. According to Miles and Huberman [³⁰], creating provisional codes can help researchers include concepts already known in the existing literature. The initial coding was done by the primary author who has experience in qualitative analysis. All transcripts were read line by line. Initial coding was done by identifying sections of text that related to themes from the provisional coding list or that emerged from the data [²⁷]. When new codes emerged, the coding frame was changed and the transcripts were re-read according to the new structure [³¹]. This process was used to develop categories, which were then grouped into broad themes for each interview. Regular consultations were held among researchers during the coding and interpretation of the data to ensure its appropriateness. Disagreements were discussed by comparing the verbatim with the operational definitions of the various constructs and a consensus was reached. This approach allowed for an in-depth analysis of each of the seven KI interviews and to acquire a final coding framework. This final

coding framework was then applied to code the relevant sections from the organizational documents. A comparative analysis between each KI interview was then conducted and an explanatory matrix [³⁰] was produced to appraise if a given category seemed to be positively or negatively related to readiness for change. This overall appraisal was made according to the level of agreement among respondents on a given subject or the number of respondents who had or not a given attribute. If four or more KIs agreed, or had a given attribute, the category was judged as a positive contribution to the organizational readiness.

Several methods were used to increase the confirmability of our results. [^{32, 33}]. The authors met regularly throughout the analysis phase to discuss progress and findings and the results were reviewed by the authors to minimize any interpretation biases. To increase credibility, we used two triangulated data sources. The results were also orally presented to key informants followed by a discussion about data interpretation. Respondents then agreed that our interpretation corresponded to what they meant to say. Furthermore, to ensure dependability, a research protocol was written prior to the study, software was used to code transcripts and document coding decisions and a codebook with code definition was produced and used when analyzing transcripts.

The research protocol was approved by a research centre ethics review board.

3. Results

3.1 Characteristics of Key Informants

Four KIs were women. The median age of the KIs was 52 years (ranging from 35 to 69 years) and all had university degrees (2 bachelor's degrees, 3 master's degrees and 2 doctorate

degrees). Their experience in the organization being studied varied between 2 months and 25 years.

3.2 Themes

Our analysis of the data yielded a rich description of the factors involved in healthcare executives' readiness to use a PMS. Twelve factors emerged from the data and were classified into three main themes: 1) adopters' attributes; 2) PMS attributes and 3) organizational attributes. Each factor is described in detail in Table 1 and an overview of its impact (positive or negative) on readiness of healthcare executives to use a PMS is given in Figure 1. Factors are discussed in greater detail below with illustrative quotations drawn from the data sources.

Table 1: Description of Themes and Categories Identified from Individual Interviews and from the Revision of Organizational Documents

Themes and categories	Brief description
Adopters' attributes	
Prior experience	Qualifications of adopters with PMS shown by any studies related to this topic or by any previous work experience with this subject
Self-efficacy	Individual belief in one's own ability to develop and use a PMS
Intention to use	Adopters' interest or intention to use the PMS
Perception of the team's resistance to PMS	Team level perceptions of opposition or unwillingness of adopters to change their behavior
PMS attributes	
Content	Identification of PMS content (type of indicators to be included, developmental process)
Perceived usefulness	Adopters' perception of the usefulness of the PMS
Organizational attributes	

Need for PMS	The degree to which adopters perceive a need for a PMS
Participative management	The extent to which employees are consulted, involved in and informed in organization's decision making process
Leadership engagement	Formal commitment, involvement and accountability of CEO and management team with the adoption of the PMS
Relative priority	Importance of the adoption and development of a PMS within the organization compared to other competing priority projects
Organizational support	
<ul style="list-style-type: none"> • Project leader • Dedicated time and resources 	<ul style="list-style-type: none"> - Formally appointed individual with the responsibility of developing and implementing the PMS - Available means needed to develop and implement a PMS (e.g. information technology)
Formal management processes	Existence of formal systematic processes to integrate the PMS development and implement it into existing routines and procedures

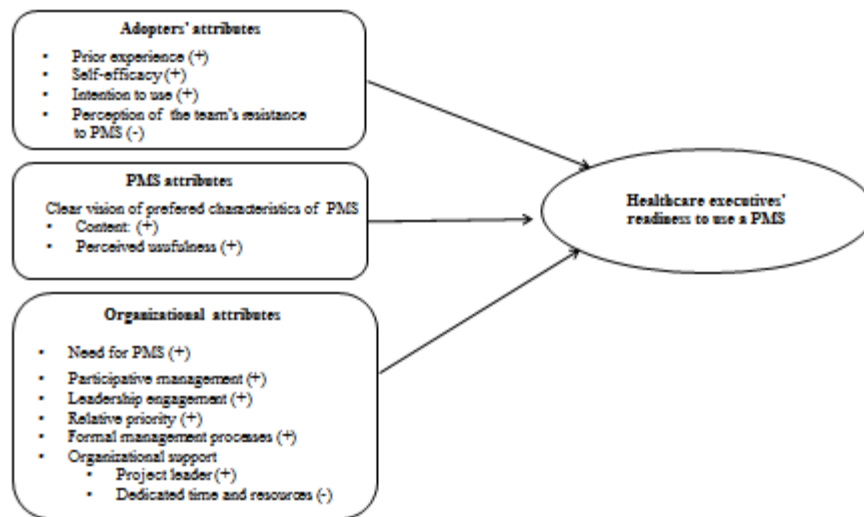


Figure 1: Summary of positive and negative factors associated with healthcare executives' readiness to use a PMS

3.2.1 Adopters' attributes

The individual attributes of healthcare executives and the differences in these attributes may influence differently their readiness for a PMS. Four factors, some of them interrelated, emerged from the data: prior experience with a PMS, self-efficacy, intention to use the PMS and perception of team's resistance to PMS. All of these factors, excepting the perception of team's resistance to the PMS, were positively associated with healthcare executives' readiness to use it.

Prior experience

Six respondents had previous experience with the use of some kind of performance management tool. Furthermore, three respondents had direct experience in the development of management tools (e.g.: dashboards) that use indicators. Overall, the respondents had the necessary knowledge (related to their level of education or from current/previous work experience) and this was found to be positively associated with their readiness to develop and use a PMS.

“The whole question of indicators and continuous improvement, I'm quite familiar [with them]... very familiar ... anyway, I worked with those tools and I also believe in them. As a director, I produce an annual improvement plan that includes indicators”.

(KI 2)

Self-efficacy

Six KIs seemed confident in their ability to develop and implement a PMS. This high perception of self-efficacy was associated with prior experience with a PMS. One respondent seemed less confident in his ability to carry out this change (mainly due to a feeling of overflow in managing the many changes that took place and that are still ongoing in the organization).

“Recently, there have been many changes in my direction and there are more to come. [...] so at some point, people like me, who are responsible for making these changes, no longer have the physical or psychological ability to do it.” (KI 5)

Intention to use

All KIs expressed intention to use the PMS: “I would be willing to use the PMS if the information obtained goes beyond simply observing facts. It has to allow for a thorough analysis and lead to concrete organizational actions” (KI 5). Another respondent said: “For the hospital board, access to the tool will allow us to follow the evolution of the organization and also make better decisions” (KI 7). Intention to use was also associated with certain characteristics that respondents would like the PMS to have, specifically a broad array of readily available indicators and the possibility of using the PMS as a tool to support decision-making.

Perception of team’s resistance to PMS

Although all the respondents expressed motivation and intention to use the PMS on an individual level, they perceived that on the team level, not all executives were open to that change. Some respondents anticipated resistance from colleagues, believing they would prefer to see the development and implementation of the PMS delayed because of the organization’s current organizational context - namely budgetary pressures and work overload change. Others believed that some of their colleagues would lose power owing to the fact that executives would have the ability to question the indicators under their control. Others believed that some of their colleagues would worry that underperformance could negatively influence their operating budget. For all these reasons, the perception of team’s resistance to the use of a PMS was negatively associated with health executives’ readiness for this change.

“I think there are some directors who really see it [the PMS] as a control tool which will result in less flexibility and leeway in their direction to organize their business. I

think that some directors are at this stage. You know sometimes, you don't like to be questioned about your resources, what you do with them and how you could do it differently.” (KI 4)

3.2.2 PMS attributes

Health care executives' readiness for a PMS was positively influenced by their shared vision of certain attributes that the PMS must have - namely its content and its perceived usefulness.

Content

The majority of respondents agreed on the general content of the PMS. The respondents unanimously wanted a small set of diverse and readily available indicators (i.e. mostly clinical, human resources and financial indicators). All favored both the individual and collective development of indicators. Useful, relevant and available indicators within each department could be proposed for adoption at the Executive Committee. This type of process would create a pool of prioritized and selected indicators by consensus from the executive board in light of the organization's goals.

“Each director must do their own reflection, but then again I think it should go up to the Executive Committee. It is the role of the committee to share, sort out the indicators, and establish which ones are the most reliable. A consensus should be a prerequisite for the organizational goals that take place at the executives' meetings. I see it as teamwork; otherwise there is a danger that it will create silos with each

director working with their own objectives and projects in mind and not necessarily those of the organization's goals.” (KI 6)

Perceived usefulness

Six KIs expressed positive beliefs about measuring performance and systematically using performance indicators. For example, one responded said: “For me, measuring performance is unavoidable. We have to move forward because we are well behind other healthcare organizations on this matter” (KI 3). Another one said: “It is important to measure our organization's performance and demonstrate our specificity objectively because there is a danger that the Ministry of Health will compare our organization with hospitals that do not have the same mission or structure of care”. (KI 1).

Respondents also perceived the PMS as a tool that could be useful for decisional support by providing objective data in a timely manner: “It could be an incredible tool for decision making. I'm telling you, if we had it every month, the data could provide us with excellent possibilities for analysis” (KI 1). The PMS could also be useful for improving services, clinical processes and process management. These benefits would be achieved through the rapid detection of deviations from planned targets and the possibility, over the long term, to make internal comparisons of performance through the accumulation of data over the span of many years.

“When we can compare our current organization with data from previous years, we may detect that we have used processes that are less efficient than those previously used. Maybe we will need to change some of these by implementing more computers in some of the clinical practices or by implementing other technology. The point is that

when there are no comparisons and no performance indicators, nobody asks any questions and we all function as usual". (KI 6)

Conversely, one key informant expressed doubt about the real impact of this type of a PMS in organizational improvement and the limited influence of this type of data for negotiating or persuading governmental authorities - which was one important goal of this change initiative.

"Will the fact that these indicators are available and compiled change anything in decision-making? Were they chosen because we had to choose some? What it will allow us to do or what decisions will it allows us to make? We can make measurements in the organization, but physical rehabilitation is a really small proportion of health budgets. So, there is not so much we can do... still, we would collect our own performance indicators but if they are not standardized or accepted by the Health Ministry, they will not be considered and won't have much of any impact".(KI 5)

3.2.3 Organizational attributes

Certain conditions in the organization's environment were important determinants for the readiness of healthcare decision makers to use a PMS. Six factors emerged with regards to the organizational environment: need for a PMS, participative management, formal management processes, leadership engagement, relative priority of the PMS, and organizational support. All these factors, except for a lack of organizational support for dedicated resources to PMS development and implementation, were positively associated with executives' readiness to use a PMS.

Need for PMS

All KIs expressed the need for a centralized, systematic and relevant data system to support timely and informed decision making. All KIs expressed that important changes in top management (i.e. chief executive officer and several executives) and major budgetary pressures were required to avoid a financial deficit. They felt these were the two main events that contributed to the need for the use of a PMS in inefficient systems. This perceived need for a PMS was associated with the intention to use the PMS.

“If we do not want to cut services, if we do not want to reduce the amount and the quality of services in particular, we have to do things differently. How can we do things differently if we have no indicators on the way we actually do things?” (KI 3)

Participative management

Participative management is the consultation of employees on decisions that may affect them. Executives, managers and health professionals were all consulted during the development of strategic planning initiative that included the goal to develop and implement a PMS.

“It [the PMS] was an intention that emerged from various consultations and it was embodied by the strategic planning. [...]My opinion is that it was pretty consensual”.

(KI 1)

Furthermore, participative management through frequent consultation processes is a well-established organizational practice as illustrated by this KI’s comment:

“For example, we developed and drew up a consultation process to complete our annual objectives. [...] we use this approach every year to ensure prior consultation with all of the organization’s relevant committees such as the Executive Committee, with all middle level managers, professional committees and the user’s committee”.

(KI 1)

Other organizational documents (strategy plans, annual reports, minutes from executive meetings and internal web publications) confirm that participative management is well-institutionalized. For example, in the 2012-2013 annual report we found the following: "Note that the common denominator of our projects and the achievement of our goals is the improvement of the quality of services by a philosophy of participatory management involving key stakeholders, managers, clinicians and users (patients)". In short, participative management has ensured a consensus among different stakeholders, including healthcare executives, on the development and implementation of a PMS which is positively associated with readiness.

Formal management processes

Aside from participative management, the development and the implementation of the PMS was facilitated by the existence and use of formal management structures that not only supported participation but also played a role as a regulatory mechanism and for accountability. For instance, the Executive Committee meets for 3 hours, twice a month. These meetings are governed by rules of procedure adopted by the Executive Committee. Each director may add items to the agenda provided that it concerns a priority objective or requires consultation / decision-making on the organizational level. This allows for the

participation and involvement of all executives in the development of the PMS. We examined the minutes of the Executive Committee meetings held at the end of 2012, and the PMS was discussed and decisions were made concerning its development, namely the prioritization of organizational objectives and the selection of performance indicators which were debated at 3 consecutive meetings.

Another formal structure is the hospital board. The hospital board holds between 5 and 6 meetings annually. Hospital board meetings are mandatory, and are an important accountability mechanism for the hospital's executive board. At these meetings, various priority organizational issues are tracked, discussed and decisions are made accordingly. Following its adoption in December 2012, the PMS was on the hospital board's agenda at each meeting and was discussed each time. These management formalities exist to closely monitor the development and implementation of the PMS. Any deviation from what was planned will be discussed at the executive and the hospital board meetings hence the positive association of between these formal structures and the healthcare executives' readiness for a PMS.

Leadership engagement

All respondents agreed that the CEO is the person with the final authority over when the development and implementation of the PMS will be started.

“The message starts with the CEO. He establishes the organizational priorities. The CEO will say, "Okay, now, executive board, your priority project is the PMS. Then the focus will be placed on the project like any other project we've done.” (KI 3)

The CEO's commitment to this project was demonstrated by its actions and decisions, all of which were recorded in the minutes of the executive and/or hospital board meetings. Management engagement for the PMS was demonstrated by the consensual choices that were made by the Executive Committee about the organizational goals and the means to achieve them. These included the choice of developing and implementing a PMS. The goals were also adopted by the Hospital Board which implies that the Executive Committee is accountable for its implementation. The leadership's engagement for all decision-making was also confirmed by the 2012-2013 and 2011-2012 annual reports, the reports of the hospital board and the minutes of the Executive Committee. The engagement of leaders and management is therefore clear and positively associated with their readiness to use a PMS.

Relative priority

The KIs described the development and implementation of a PMS as a priority for the organization. However, while describing the project as a priority, KIs also nuanced their statements by saying that developing and implementing a PMS in the short term would be "difficult under the current organizational context" as the organization was currently experiencing a challenging financial environment that was creating competing priorities. A major administrative reorganization took place that resulted in the abolition of eight senior positions. Several executives were affected by this restructuring. This issue was identified by KIs as an important threat to the implementation and use of the PMS.

“Although we all feel a strong need to have meaningful indicators, I think that right now, we have to choose which projects to carry out and most importantly, to provide support for our colleagues who are the most affected by the structural changes”. (KI 2)

Despite this major restructuring, the new executive board decided to keep the PMS as an organizational goal and as a 2012-2013 project. These events show that the relative priority of the PMS has fluctuated since the decision to adopt it in 2011 despite several competing priorities and organizational events. However, the priority of this project remains and the PMS development restarted in October 2012. For these reasons, we believe that the level of relative priority given to the PMS prevailed and therefore was positively associated with readiness to change.

Organizational support

We identified two sub-categories related to organizational support: assignment of a project leader and allocation of time and resources.

Project leader

All respondents expressed the necessity to have a project leader responsible for coordinating the development and implementation of the PMS including the collection and centralization of data into one information system. This support was perceived by the KIs as being essential to the success of the PMS project once the project leader finalized the PMS development and began its implantation.

“You know, organizational projects require a project leader. The role of the project leader is to follow-up. So, if part of the Executive Committee’s agenda is to have a

statutory point which is to monitor the dashboard indicators, we know that the project leader will be reporting”. (KI 3)

Dedicated time and resources

All respondents agreed that, because of the organization’s financial situation, no new resources could be invested in the development and implementation of the PMS. Regardless, this project prevailed and was carried out by reorganizing work among existing structures.

“I think that we will need to reorganize our ways of doing things and integrate the PMS into our operations. I see it as a project that we will be integrating into our way of working rather than the need to add resources. The project leader has tasks other than this project [the PMS], but it is their role to ensure that it proceeds on schedule. We already have a monthly individual meeting with the CEO so that subject [the PMS] can be discussed. We have bi-weekly Executive Committee meetings and it will be a recurring theme in the agenda. Then of course, there is also the hospital board. So for me, monitoring the advancement of this project will be done in the same way as it would for any other organizational project”. (KI 1)

The KIs reported having a work overload and other priorities to address due to the administrative reorganization in each direction and a lack of time to reflect upon and develop the desired PMS.

“The other barrier, you know, is the lack of time. The lack of time to develop and choose the right indicators. It is easier, or less demanding, to work "as usual" without making too many changes or make too much effort. Even I have to say ... you know, it

is not easy to find original indicators and there are indicators that have already proven their worth. We know where to find them and it does not require more work for our teams”. (KI 2)

KIs also addressed the issue of information systems (IS). Having an efficient IS was seen as an essential prerequisite for gathering reliable and complete information. Efficiency was defined by KIs as compatible systems between departments and the automated extraction of relevant PMS data.

“So for me, a big barrier is the information systems. Do we have the right information systems? Do we, or will we, have the information systems required for us to get the relevant information?” (KI 4)

For all those reasons, resources seem to be insufficient and may have a negative influence on readiness.

4. Discussion

To our knowledge, this is the first study to explore the individual and contextual factors that influence the readiness of a rehabilitation hospital in the development and implementation of a PMS as part of a planned incremental administrative change [³⁴] for performance management. Our results show that healthcare executives’ readiness for a PMS was high. Our data analysis has revealed twelve factors that influence readiness for a PMS. Ten of these factors have contributed positively to the readiness for a PMS. However, our results do not allow us to assign their relative importance or identify the “right” combination of factors that may predict high or low readiness for change. However, these factors are

consistent with readiness theories and frameworks. They show that readiness for change is the result of the interaction between individuals involved in the change, the attributes of a given change and the context in which the change occurs. In what follows, the themes and their associated factors that emerged from the analysis and their contribution to readiness will be discussed in greater detail.

4.1 Adopters' attributes

Healthcare executives' attributes are important factors that positively contribute to PMS readiness. Furthermore, those factors also seem to be interrelated. All respondents reported having some experience with the use of a more or less complex PMS and claim to have seen organizational benefits resulting from this use. Additionally, this prior experience seems to have contributed to the high self-efficacy of healthcare executives. In fact, they seem to feel competent and capable of contributing each one to the development and the implementation of the PMS. This is in accordance with Bandura's [³⁵] Social Learning Theory which posits that past experiences with a specific change contributes to the development of self-efficacy. In an empirical study by Rafferty and Simons, [³⁶] they investigated the factors that influence individual readiness for smaller incremental change as opposed to major and more disruptive change. They found that self-efficacy was one of the critical factors associated with both types of change. This means that for a large majority of changes, strategies to develop the person's belief regarding their own ability to carry out or implement the change may significantly enhance the readiness for change itself.

A surprising finding was an absence in the respondents discourse about resistance to change on an individual level. We found instead a collective perception that there would be a

certain level of resistance by the executives once the PMS was implemented. In our study, this collective perception of resistance to change was negatively associated with the readiness for a PMS and was mainly expressed by respondents as a fear of losing power. In fact, before implementation of the PMS, the sharing of certain information depended on each executive's decision. With the implementation of the PMS, access to information should be more evenly distributed and this could be perceived as a threat by some executives. People may be resistant to change not because of the change itself, but because of a perception of a certain loss caused by the proposed change [37].

In the literature, resistance to change is considered one of the most important impediments that explain the failure of organizational change initiatives [38]. Consequently, it is of great importance for an organization to be on the lookout for any behavior that may indicate resistance. Resistance can manifest itself as conduct that affects the change process (e.g. that delays or slows its development, obstructs or hinders its implementation or that encourages the status quo) [38]. Resistance to PMS can be reduced through the promotion of open communication, understanding and dialog [10, 39]. Communication, and timely communication in particular, is considered to be a key mechanism for the effective implementation of organizational change [40, 41] by increasing openness and commitment to change and by reducing resistance [42]. Leaders can use various communications channels to remind change adopters of the organization's goals in relation to the development and implementation of the PMS and the expected benefits that this change will entail. Furthermore, fostering an environment that allows for experimentation, innovation [43, 44] and learning rather than blame [45, 46] can also contribute to reducing the adopters resistance to PMS. Furthermore, designing and implementing a PMS is a complex task that requires

specific knowledge and expertise [^{3,47}]. Development opportunities and training [³⁹], as well as educating all intended PMS users about the appropriate interpretation of the information gathered through the PMS [⁴⁸] may contribute to reducing resistance and enhancing ownership and commitment for the performance measurement.

4.2 PMS attributes

Other key factors found in our study that seem to play an important role in the level of readiness for change, and ultimately for the success or failure of implementation [^{15, 24, 29}], was the respondents' shared vision of the important characteristics that the PMS must have (mainly related to its content and usefulness). This consensus regarding the attributes of the PMS was a somewhat surprising finding given that the actual executive team had worked together for little more than a year. One reason may be that, as previously mentioned, all of the executives had previous experience with the use of a PMS. This type of similar experience may have contributed to the development of similar interpretations about what the changes should be [⁴²]. Another hypothesis may be that the CEO, as the leader of the executives, had developed a clear vision about performance measurement and had successfully transmitted it to the other executives who then integrated it and adapted it to fit their own beliefs [⁴²]. This shared vision could stem from the healthcare context in which all health organizations, including rehabilitation organizations, evolve. The provincial Ministry of Health established a performance evaluation of the public health system and social services as one of its priorities. This evaluation is outlined in several governmental documents published on the topic including the 2010-2015 strategy plan and the publication of a ministerial framework for the performance evaluation of public health system and social services. The omnipresence of the

issue of performance in the current healthcare context therefore makes decision-makers highly aware of this topic and consequently, they must address this issue one way or another. A clear vision is also another key factor that can enhance readiness [49]. Without a clear vision, the effort for change can easily degenerate into a series of diverse and not always compatible projects. It can even take the organization in a direction that it does not want to go [50].

4.3 Organizational attributes

Organizational readiness was influenced by the healthcare executives' collective perception of PMS attributes and several organizational attributes that seem to be interrelated with the PMS attributes. Healthcare executives reported that a PMS was indispensable in their current healthcare and organizational context. If a change did not match the needs of the organization, implementation is jeopardized; even if the resources and readiness are favorable [20]. Without the belief by adopters that there is a gap between the organization's current state and what is hoped to be a better state, there will be no full adherence to the change [15]. In our study, the need for a PMS was stated as being necessary for each direction as well as on the organizational level. This need was expressed by all respondents and was triggered by major budgetary pressures that required objective information in order to make informed decisions and was reinforced by the repetitive demands of healthcare authorities for objective data and information. In an empirical study of factors affecting the adoption and implementation of performance measures, de Lancer Julnes and Holzer [47] found that when performance measure policy came from within the organization as an internal requirement or need, the performance measures are more likely to be adopted. However, the adoption of the PMS will not progress beyond this stage if there is no leadership engagement by the CEO who

prioritized the project among other competing projects and who provided organizational support.

4.3.1 Leadership engagement

Leadership engagement is an essential factor that contributes to preparing organizations for change by creating a commitment to change [⁵¹]. In addition, leadership engagement has also been recognized in several systematic reviews as a core factor that influences the adoption and successful implementation of innovations [²⁵], quality improvement initiatives [⁵²] and the use of performance information [⁵³]. In our study, the leadership and commitment of the CEO was essential for moving from the adoption to development and implementation of the PMS. It was also a key component in an organizational context that was facing significant change. Competing priorities seems to be a common issue for healthcare organizations and the intensity of these demands may positively or negatively impact the implementation of change [^{54, 55}]. In our study, the priority given to the PMS fluctuated since its adoption in 2011 until the CEO and the executive team agreed that the timing was appropriate to initiate development. The CEO's leadership and personal vision and beliefs about performance measurement were also central in triggering the initiation of PMS development. It should also be noted that the current CEO was not yet in office when the PMS was initially adopted. Notwithstanding this, the CEO committed to the project and contributed to rallying the Health Board and the executives around the vision of the PMS. The short tenure of the CEO (15 months at the time of the interviews) may be a factor explaining the engagement of executives and the organization in this project. For instance, a CEO with only a brief tenure in office may be more flexible and perceive the external and internal

organizational environment differently and see more strategic options available when compared to a CEO with a longer tenure who may become more committed to a given paradigm of how the organization should be run [^{34, 56}].

4.3.2 Organizational support

CEO leadership and commitment to the project resulted in true organizational support by allocating resources to the project (namely the designation of a formal project leader to manage the project in addition to their other tasks). Executives were also asked to allocate time to work on developing and implementing the PMS. Nevertheless, they complained that they lacked sufficient time to reflect upon and develop the PMS because of their other tasks. In the literature, several reviews found that if the allocation of resources is adequate and its continuation seemed more likely, the implementation of change will succeed [^{25, 34}]. More specifically, in the performance field, the provision of adequate resources contributes to the use of performance measures [^{47, 57}]. In our study, dedicated time and resources seemed insufficient and may therefore negatively influence the readiness for a PMS. However, it is difficult to predict the actual impact of an inadequate provision of resources on the success of implementation. In two recent studies [^{58, 59}], the intended change was successfully implemented despite the limited availability of resources which suggests that the negative influence of this factor can be reduced by the presence of other factors that have a greater impact on implementation.

In another line of thought, our study found that participative management and existing management processes acted as enablers to the development and implementation of the PMS. Participative management allowed for the involvement of all executives across all stages of

PMS development; from prioritization of organizational objectives to the choice of indicators and targets. Through participation, executives had the opportunity to contribute to important decisions and gradually build the skills and the knowledge necessary to effectively develop the PMS. This approach may have enhanced their self-efficacy and they collective commitment to the PMS project [40] which follows the same line of thought as other research including Inamdar and al. [11] who stated that the single most important factor for the successful implementation of PMS is the involvement and ownership of the executive team. In a recent narrative systematic review on the dissemination of performance information, interactions expressed as participation issues, were reported to have numerous benefits such as having positive influence on the perceived quality, credibility, legitimacy and usefulness of the developed PMS. Furthermore, participation appears to foster collective learning and enhanced the commitment of PMS users.

This participation by executives was facilitated by the formal management processes that already exist in the organization. It also fits with the participative management style adopted. The bi-monthly meetings held by the executives were a great opportunity to interact, share information and discuss different topics, including the PMS. This mechanism may also have contributed to the development of shared perceptions regarding organizational issues [60] which is fundamental for the promotion of readiness.

4.4 Study limitations

A limitation of our study is the study design. We conducted a single case study and interviews were conducted over a single point of time and thus, our results reflect the perception of respondents at that particular time. These perceptions may have differed if the

interviews had been carried out at another point in time. However, the time frame for assessing readiness is narrow. To ensure greater accuracy of its measurement, it should be assessed as close as possible in time before implementing a change [17]. In our study, interviews were carried out 3 months prior to implementation of the PMS. Furthermore, we investigated a complex concept (readiness for change) and capturing all its facets in a single study is an unattainable goal. Our study was conducted in a typical North American rehabilitation hospital in a public-funded health system. Undoubtedly, this specific environment generated results that may differ from those obtained from other types of organizations or health systems' governance. A future multiple case study design may reveal other factors and might contribute to a more comprehensive understanding of decision makers' readiness for a PMS. While generalization from our single case study is limited [61], the transferability of our findings is maintained and even reinforced because of the detailed description of the case and context, that allows readers to extract the information relevant to their setting [62]. Finally, an analytical generalization [61] might be made concerning the factors found in our study that influence readiness for a PMS. In fact, these factors are corroborated by frameworks/theories and by empirical research on readiness for change as well as by different settings and diverse changes.

5. Conclusion

Our findings contribute to a limited body of research on the organizational context of readiness for change in a rehabilitation health care setting. Our results indicate that readiness for a planned incremental administrative change, namely a PMS, is influenced by the attributes of the intended users of that PMS, the attributes of the PMS and the attributes of the

organizational context in which the PMS will be implemented. The factors found in our study are corroborated by several other studies addressing readiness for change, no matter what the change was, the individuals affected by this change and the context in which the change took place. Nevertheless, the positive or negative influence of these factors is specific to a particular setting and must be assessed prior to implementing a change in order to develop organizational and individual specific strategies to optimize readiness for that change.

Appendix 1

Provisional guiding coding list

Adopters' attributes

- Demographics:
 - Gender
 - Age
 - Tenure
 - Education
- Self-efficacy
- Knowledge and beliefs
- Motivation
- Attitude
- Organizational commitment

Change attributes

- Tension/Need for change
- Appropriateness of change
- Type of change: radical vs. incremental
- Pressure for change: internal vs. external
- Relative advantage
- Complexity
- Adaptability

- Trialability
- Design quality

Organizational attributes

- Vision and goals
- History of change
- Organizational conflicts
- Participative management
- Leadership
- Relative priority/competing demands
- Project leader
- Credibility of leader
- Information/training
- Rewards/recognition
- Dedicated time and resources
- Quality of communications

Acknowledgements

We gratefully acknowledge the involvement of all study participants.

Declaration of Competing Interests

The author(s) declare that they have no competing interests.

References

1. McDavid J, Huse I, Hawthorn L. Program Evaluation and Performance Measurement: An Introduction to Practice. 2 ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2013. 560 p.
2. Kanji G, Moura e Sá P. Sustaining healthcare excellence through performance measurement. *Total Quality Management & Business Excellence*. 2003;14(3):269-89. <http://dx.doi.org/10.1080/1478336032000046607>
3. Adair CE, Simpson L, Birdsell JM, Omelchuk K, Casebeer AL, Gardiner HP, et al. Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness. A State of the Science Review. The Alberta Heritage Foundation for Medical Research 2003.
4. McIntyre D, Rogers L, Heier E. Overview, history and objectives of performance measurement. *Health Care Financ Rev*. 2001;22(3):7-21.
5. Mayer J. Performance measurement: an essential component of medical practice. *Med Group Manage* 1999;46(6):12-4.
6. Thompson B, Harris J. Performance measures: Are we measuring what matters? *Am J Prev Med* 2001;20(4):291-3.

7. Baker G, Brooks N, Anderson G. Healthcare performance measurement in Canada: Who's doing what? *Hospital Q.* 1998;2(2):22-6.
8. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Performance reporting to help organizations promote quality improvement. *Healthcare Policy.* 2008;4(2):70-4.
9. Mettler T, Rohner P. Performance Management in Health Care: The Past, the Present, the Future. *Wirtschaftsinformatik.* 2009;2:699-708.
10. Voelker K, Rakich J, French G. The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A performance measurement and Strategic Planning Methodology. *Hospital topics: Res Perspectives on Healthcare.* 2001;79(3):13-24.
11. Inamdar N, Kaplan R, Bower M, Reynolds K. Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *J Healthcare Manag.* 2002;47(3):179-96.
12. Weiner BJ, Amick H, Lee SDY. Conceptualization and Measurement of Organizational Readiness for Change: A Review of the Literature in Health Services Research and Other Fields. *Medical Care Res Rev.* 2008;65(4):379-436.
13. Mento AJ, Jones RM, Dirndorfer W. A change management process: grounded in both theory and practice. *J Change Manag.* 2002;3:45-59.

14. Armenakis A, Harris S, Mossholder K. Creating readiness for organizational change. *Human Relations*. 1993;46(3):1-23.

15. Armenakis AA, Harris SG. Reflections: our Journey in Organizational Change Research and Practice. *J Change Manag*. 2009;9(2):127-42.
<http://dx.doi.org/10.1080/14697010902879079>

16. Hagedorn HJ, Heideman PW. The relationship between baseline Organizational Readiness to Change Assessment subscale scores and implementation of hepatitis prevention services in substance use disorders treatment clinics: a case study. *Implement Sci* 2010;5(1):1-12.

17. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci*. 2009;4(67):1-9.

18. Holt DT, Helfrich CD, Hall CG, Weiner BJ. Are You Ready? How Health Professionals Can Comprehensively Conceptualize Readiness for Change. *J Gen Intern Med*. 2009;25(Suppl1):50-5.

19. Damschroder L, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009;4(50):1-15.

20. Lehman W, Greener J, Simpson D. Assessing organizational readiness for change. *J Substance Abuse Treatment* 2002;22:197-209.
21. Bouckenooghe D, Devos G, Van den Broeck H. Organizational Change Questionnaire—Climate of Change, Processes, and Readiness: Development of a New Instrument. *J Psychol.* 2009;143(6):559-99.
22. Helfrich C, Li Y-F, Sharp ND, A. S. Organizational readiness to change assessment (ORCA): Development of an instrument based on the Promoting Action on Research in Health Services (PARiHS) framework. *Implement Sci.* 2009;4(38).
23. Stake RE. Case studies. *Handbook of Qualitative Research*. In: Lincoln NKDaYS, editor. New York: Sage Publications; 1994. p. 435-54.
24. Armenakis AA, Bernerth JB, Pitts Walker HJ. Organizational change recipients' beliefs scale: Development of an assessment instrument. *J Appl Behav Sci.* 2007;43:481-505.
25. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Q.* 2004;82(4):581-629.
26. Hsieh H-F, Shannon S. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *QHR.* 2005;15(9):1277-88. doi: 10.1177/1049732305276687.

27. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15.
28. Bradley E, Curry L, Devers K. Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory. Health Res Educ Trust. 2007:1758-72. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x.
29. Holt DT, Armenakis AA, Harris SG, Feild HS. Readiness for organizational change: The systematic development of a scale. *J Appl Behav Sci*. 2007;43(2):232-55.
30. Miles MB, Huberman M. *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods* 2ed. Beverly Hills, CA: Sage Publications. 1994.
31. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. 2006;26(2):1-18.
32. Patton MQ. Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. *Health Services Research*. 1999;34(5):1189-208.
33. Devers KJ. How Will We Know "Good" Qualitative Research When We See It? Beginning the Dialogue in Health Services Research. *Health Services Research*. 1999;34(5):1153-88.
34. Damanpour F. Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators. *Acad Manag J*. 1991;34:555-90.

35. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol.* 1982;37(2):122-47.
36. Rafferty AE, Simons RH. An Examination of the Antecedents of Readiness for Fine-Tuning and Corporate Transformation Changes. *J Bus Psychol.* 2006;20(3):325-50.
37. Ijaz S, Vitalis A. Resistance to Organizational Change: Putting the Jigsaw Together. *Int Rev Bu Res Papers.* 2011;7(3):112-21.
38. Pardo del Val M, Martínez Fuentes C. Resistance to change: a literature review and empirical study. *Manag Decision.* 2003;41(2):148-55. doi: 10.1108/00251740310457597.
39. Zairi M, Jarrar Y. Measuring organizational effectiveness in the NHS: management style and structure best practices. *TQM.* 2001;12(7,8):882-9.
40. Bouckenooghe D. What is crucial in developing a positive attitude toward change? The role of content, context, process and individual variables in understanding readiness for change [dissertation]. Gent University; 2008. 400p.
41. Armenakis AA, Harris SG. Crafting a change message to create transformational readiness. *J Organ Change Manag.* 2002;15:169-83.
42. Rafferty AE, Jimmieson NL, Armenakis AA. Change Readiness: A Multilevel Review. *J Manag.* 2013;39(1):110-35. doi: 10.1177/0149206312457417.

43. Marshall MN, Shekelle PG, Davies HTO, Smith PC. Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Affairs*. 2003;22(3):134-48.
44. Barr JK, Boni CE, Kochurka KA, Nolan P, Petrillo M, Sofaer S, et al. Public reporting of hospital patient satisfaction: The Rhode Island experience. *Health Care Financ R*. 2002;23(4):51-70.
45. Marshall MN, Hiscock J, Sibbald B. Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care: qualitative study. *BMJ*. 2002;325(7375):1278-81.
46. Mannion R, Davies HTO. Reporting health care performance: learning from the past, prospects for the future. *J Eval Clin Pract*. 2002;8(2):215-28.
47. de Lancer Julnes P, Holzer M. Promoting the utilization of performance measures in public organizations: an empirical study of factors affecting adoption and implementation *Pub Adm Rev*. 2001;61(6):693-708.
48. Gross P, Braun B, Kritchevsky S, Simmons B. Comparison of clinical indicators for performance measurement of health care quality: a cautionary note. *British J Clin Governance*. 2000;5(4):202-11.

49. Whelan-Barry KS, Gordon JR, Hinings CR. Strengthening organizational change processes: Recommendations and implications from a multilevel analysis. *J Appl Behav Sci.* 2003;39:186-207.
50. Kotter J. Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Bus Rev.* 1995;73:59-67.
51. Wise GC, Alexander JA, Green LA, Cohen GR, Koster CR. Journey toward a Patient-Centered Medical Home: Readiness for Change in Primary Care Practices. *Milbank Q.* 2011;89(3):399-424.
52. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *Milbank Q.* 2001;79(2):281-315.
53. Lemire M, Demers-Payette O, Jefferson-Falardeau J. Dissemination of performance information and continuous improvement : a narrative systematic review. *J Health Organ Manag.* 2013;27 (4):449-78.
54. Damschroder L, Goodrich D, Robinson C, Fletcher C, Lowery J. A systematic exploration of differences in contextual factors related to implementing the MOVE! weight management program in VA: A mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:248.
55. Shaw RJ, Kaufman MA, Bosworth HB, Weiner BJ, Zullig LL, Daniel Lee S-Y. Organizational factors associated with readiness to implement and translate a primary care

based telemedicine behavioral program to improve blood pressure control:the HTN-IMPROVE study. *Implement Sci.* 2013;8(106):1-13.

56. Weiner BJ, Alexander JA, Shortell SM. Leadership for quality improvement in health care; empirical evidence on hospital boards, managers, and physicians. *Med Care Res Rev.* 1996;53(4):397-416.

57. Moynihan DP, Pandey SK. The Big Question for Performance Management: Why Do Managers Use Performance Information? *JPAM.* 2010;20:849-66.

58. Weiner BJ, Haynes-Maslow L, Kahwati LC, Kinsinger LS, Campbell MK. Implementing the MOVE! weight-management program in the Veterans HealthAdministration, 2007-2010: a qualitative study. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110127>.

59. Damschroder LJ, Lowery JC. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implement Sci.*2013;8(51):1-17.

60. Weiner BJ, Belden CM, Bergmire DM, Johnston M. The meaning and measurement of implementation climate. *Implement Sci.* 2011;6(78):1-12. doi: 10.1186/1748-5908-6-78.

61. Yin R. *Case study research: design and methods.* . London: Sage Publications; 2003.

62. Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications 1989.

5.2 Article 2

Ce manuscrit s'intitule «*Factors influencing use of a performance measurement system in a rehabilitation hospital: a longitudinal qualitative study*». Il est présentement sous révision à la revue *BMC Health Services Research*. Cet article adresse les objectifs deux, trois et quatre de la thèse. Plus particulièrement, il traite des barrières et des facilitateurs liés au contexte externe, aux caractéristiques du SMP, au contexte organisationnel et au processus d'implantation qui ont influencé le degré de mise en œuvre et le type d'utilisation d'un SMP par une organisation de réadaptation.

Apport de l'étudiante (auteure principale) et des co-auteurs de cet article :

Contribution de l'étudiante

L'étudiante a conçu le devis de l'étude et a choisi le cadre conceptuel, elle a élaboré le canevas d'entrevue, elle a effectué la collecte des données (entrevues individuelles, observation participative, identification des documents pertinents), et a effectué l'analyse des résultats. Elle a également rédigé l'article pour publication.

Contribution des co-auteurs

Lise Poissant a contribué à toutes les étapes de cette étude. Elle a apporté une contribution intellectuelle à l'élaboration du protocole de recherche et a révisé le canevas d'entrevue. Elle a également facilité l'accès aux participants et aux documents pertinents. Elle a procédé à une révision et à une validation des analyses des résultats. Elle a révisé en profondeur le manuscrit et y a apporté des améliorations pertinentes.

Claude Sicotte a également participé à toutes les étapes de cette étude. Il a apporté une contribution intellectuelle importante à l'élaboration du protocole de recherche et a révisé le canevas d'entrevue. Il a apporté des réflexions pertinentes lors de l'analyse des résultats. Il a révisé en profondeur le manuscrit et y a apporté des idées très pertinentes.

Marie-Christine Hallé a fait une révision en profondeur de l'article et y a apporté des idées et des améliorations significatives.

Factors influencing use of a performance measurement system in a rehabilitation hospital: a longitudinal qualitative study

Diana Zidarov, PT, PhD (candidate)^{1, 2, 3}, Claude Sicotte, PhD⁴, Marie-Christine Hallé, M.P.O., PhD^{2, 3, 5} and Lise Poissant, OT, PhD^{2, 3, 5}

Affiliations: 1. School of Public Health, University of Montréal, Montreal, Quebec, Canada; 2. Institute of Rehabilitation Gingras-Lindsay of Montreal, Montreal, Quebec, Canada; 3. Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation, Montreal, Quebec, Canada; 4. Department of Health Administration, University of Montreal, Quebec, Canada; 5. School of Rehabilitation, University of Montréal, Montreal, Quebec, Canada;

Abstract

Background: Rehabilitation hospitals, like other healthcare organizations, are under increasing pressure to apply management tools such as performance measurement systems (PMSs). PMS implementation represents a major challenge as it involves significant organizational change. There currently exists a paucity of research on the implementation of PMSs in healthcare settings, as well as on the factors that foster or constrain it. This study explored how a PMS was used in a rehabilitation hospital and what were the factors explaining its use.

Methods: A qualitative longitudinal study was conducted. Two data sources were used: interviews with rehabilitation hospital executives and official organizational documents. Semi-structured interviews were conducted pre-implementation (n = 7) and 10 months post-

implementation (n = 7) of the PMS. A total of 111 official documents produced between 2011 and 2014 were reviewed to provide organizational and contextual information to complement data obtained from interviews. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) was used as a conceptual framework for data collection and analysis.

Results: Success of implementation, assessed by use of the PMS by decision makers, was qualified as moderate in comparison to what was intended. Decision makers used the PMS mostly for monitoring and accountability purposes and also for promoting their organization's performance and enhance its credibility. It was rarely used to trigger change management projects. PMS use was influenced in a complex, interrelated manner and to a different extent by three main factors: the PMS characteristics, the inner setting and the process of implementing the PMS. Overall results show that the number of facilitators (60%) exceeded the number of barriers (40%). Major barriers were the lack of planning the implementation process, available resources and the perceived quality of the developed PMS. Major facilitators for PMS implementation were related to continuous leadership engagement, to specific PMS characteristics, (e.g., perceived advantages of the PMS, lack of complexity), to adequate networks and communications and to perceived need for a PMS.

Conclusion: PMS use is influenced by multiple factors and the positive or negative influence of each factor is context dependent. Key recommendations are proposed to decision makers that may enhance PMS use.

Keywords: Performance, performance measurement system, rehabilitation, qualitative study, implementation, healthcare decision makers

Background

The assessment of the performance of public services has become a central issue in public administration [1] and rehabilitation hospitals are no exception. Indeed, tighter budgets, technological advancements, growing needs and government demands for accountability place rehabilitation organizations under increasing pressure to apply management tools such as performance measurement systems (PMSs) [2-4]. It is through a comprehensive, integrated and systematic assessment of their organization's performance that decision makers can deliver efficient and effective care while assuring high quality services that meet the needs of their clientele. Nevertheless, PMS implementation represents a major challenge for organizations as it involves significant organizational change [5]. Although several studies have focused on the development issues of PMSs, there currently exists a paucity of research on the implementation of PMSs in healthcare settings as well as on the factors that foster or constrain it [2, 6, 5, 7]. Furthermore, this limited body of knowledge mainly pertains to acute care hospitals and may not easily be transferred to rehabilitation settings given the distinctive role rehabilitation hospitals play in the continuum of care. Indeed, these settings provide transitional care between acute care hospitals and home-based services and this creates administrative and managerial challenges that are unique to these organizations. For example, basic process such as admission and discharge of clients takes a different perspective for a rehabilitation hospital as this process will be largely influenced by the previous or next health care provider involved. The transitional care provided by rehabilitation hospitals and their interdependence on other organizations within the continuum of care, adds to the complexity of assessing and measuring performance of these settings and confirms the importance of this study.

This study addresses this gap by identifying key determinants that will help healthcare decision makers successfully implement PMS.

Factors influencing PMS implementation

In healthcare, reported barriers to the implementation of a PMS include the availability and turnover of staff responsible for the implementation, issues related to information systems, high development costs, the implementation and maintenance of such systems and competing priorities [5]. The development of a PMS is also viewed as time consuming [8, 9] and requiring specific knowledge [10]. Factors such as a well-defined organizational vision prior to implementation, the use of feedback processes before and during implementation [11, 10], and commitment and buy-in from decision makers were reported to be critical to the successful implementation of a PMS [12-14]. The ease of data collection as well as the accuracy, timeliness, and relevance of performance measures were also reported to be key factors for successful implementation of a PMS [9, 14, 15]. Finally, the provision of adequate resources has been found to contribute positively to performance information use [16, 6, 15, 10]. In brief, a broad range of factors related to individuals, to organizational context or to PMS characteristics may influence the successful implementation of a PMS. Only a few studies have tried to appraise such a large set of factors and their interactions arising in particular settings in relation to the adoption and implementation of innovations such as the use of PMSs in healthcare organizations [17].

Methods

Study design and setting

We conducted a qualitative longitudinal study to gain an in-depth understanding of how a PMS was used in a rehabilitation hospital and what were the factors that might explain this use. The study setting was a Canadian rehabilitation hospital that recently implemented a PMS. The setting is a typical mid-size publicly-funded urban academic rehabilitation hospital in North America providing specialized care and rehabilitation services to adults with physical disabilities. In 2010, the implementation of a PMS was identified as a main objective of the hospital's 5-year strategic plan. The main goals of the PMS development and implementation were to serve as a screening tool to detect areas of underperformance and to monitor the attainment of objectives and targets to be achieved by the end of the next financial year. In December 2012, a first PMS was approved by the hospital board. Overall, the PMS included 30 objectives, 43 indicators, time frames and data collection dates. Table 1 provides an extract of the 2012-2013 PMS. The intended users of the PMS were healthcare executives and hospital board members.

[Insert table 1 about here]

Theoretical framework

To better understand the mechanisms by which certain factors positively or negatively influence the success of implementation [18, 17, 19], the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [20] was used. The CFIR is a comprehensive conceptual framework that contains five domains further divided into 33 constructs believed to have an influence on the successful implementation of an intervention. These five domains are: the *external context* in which the organization evolves, the organization's own *internal context*, the *characteristics of the individuals* involved in the implementation, the *characteristics of the*

intervention that is to be implemented and the *process of implementation* itself. The *characteristics of individuals* domain was not applied in our study because our unit of analysis was the organization and not the individual, leaving four domains and 28 constructs.

We used the CFIR at pre- and post-implementation to guide the development of the interview grid and to structure data analysis. At pre-implementation, we also looked at determinants from theories on organizational readiness [21-23], to further deepen this construct which is recognized by scholars in organizational change as an important factor to predict the success of implementation. Two main questions were addressed: 1) How was the PMS being used and 2) What factors enabled or constrained use of the PMS and how those factors evolved through its implementation?

Data sources

Two data sources were used: key informant (KI) interviews with rehabilitation hospital executives and official organizational documents. Table 2 provides details on data sources according to time of evaluation. Respondents were selected for their involvement in the development and/or their role as an end-user of the PMS. Interviews with KIs were conducted pre-implementation of the PMS (development stage) in September and October 2012 (t1) and 10 months post-implementation in November and December 2013 (t2). In total, 14 interviews were held in each KI's office at a time convenient to each participant: seven interviews were conducted at t1 and seven at t2. In total, 9 different hospital executives were interviewed; four KIs were interviewed only once because of restructuring of the executive board.

The interviews lasted between 60-90 minutes and were digitally recorded and transcribed. Interviews were conducted by DZ, a physiotherapist working in the organization. The interviewer was thus familiar with the study context, a characteristic which contributed to create a climate of trust between her and the participants [24]. Two discussion guides were developed. At t1, we asked KIs open-ended questions about their conception, perceived advantages and intended use of the PMS; their motivation, experience and knowledge about the PMS; their perception of organizational contextual factors such as triggers for developing and implementing a PMS, the priority of the PMS in the organization, dedicated resources and planned organizational processes related to implementation. At t2, the same topics were discussed to see whether or not there was a change over time with an emphasis on the implementation process and actual use of the PMS.

A total of 111 official documents (3 annual reports, 1 strategic plan, 27 minutes from hospital board meetings and 76 minutes from executive committee meetings, 2 other organizational documents and 2 PMSs reports) produced between January 2011 and April 2014 were reviewed to provide organizational and contextual information to retrospectively reconstruct events prior to PMS implementation and complement data obtained from interviews.

[Insert table 2 about here]

Data analysis

Use of the PMS was categorized as intended versus reported. Intended use refers to the planned use outlined in the data sources at t1 while reported use refers to the actual use revealed by interviews at t2 or extracted from organizational documents. Success of PMS implementation was determined according to the gap between the intended versus the reported use. Moynihan's [25] classification was used to qualify intended and reported use of the PMS in 3 categories: purposeful, passive and political. *Purposeful use* is the use of data to improve the organization's performance by more informed decisions and better allocation of resources. *Passive use* consists of the production and dissemination of performance information without really acting on the basis of this information. *Political use* is the use of performance information for advocacy purposes.

A deductive content analysis predominated to explore factors influencing the use of the PMS. Such an approach is appropriate when the structure of analysis is operationalized on an existing theory or model [26, 27]. Our structured analysis was based on a predefined coding scheme based on the domains and relevant constructs from the CFIR (t1 and t2) and from theories of organizational readiness change (t1). Data were reviewed and coded according to these pre-defined categories; however we remained open to new emergent codes throughout the analysis.

Data analysis comprised several steps. Firstly, each interview transcript was verified for accuracy, read line by line and coded according to the pre-defined categories. When new codes emerged, the coding frame was changed and the transcripts were re-read according to

the new structure [28]. Transcripts were then imported into qualitative analysis software (QDA Miner 3.2.3) to ease further analysis steps. This initial coding was done by the primary author who has experience in qualitative research. Secondly, each variable or construct was rated as a facilitator, barrier or neutral at t1 and t2 according to the description of the manifestation of the constructs reported by the respondents. As a third step, we analyzed the evolution of each construct between t1 and t2. We performed a comparative analysis between each KI interview. An explanatory matrix [29] was produced to appraise whether each construct contributed positively or negatively to the PMS implementation and to estimate the importance/strength of this contribution. The importance/strength was determined according to the number of respondents that described the construct manifestation in a positive or negative way. Table 3 describes in more detail the criteria used to rate constructs according to their evolution between the two assessments.

[Insert table 3 about here]

All documents were read and coded according to the CFIR when relevant. Documents were also used to construct a timeline on the process of developing and implementing a PMS and to identify frequency and type of use of the PMS by hospital executives and the board.

Methods used to assure trustworthiness of results

Several methods were used to increase the trustworthiness of our results. To ensure confirmability, data collection and analysis was guided by theory. Moreover, the authors met regularly throughout the analysis phase to discuss progress and findings. Disagreements were

discussed until a consensus was reached. To increase credibility, the two data sources were triangulated. The results were also verbally presented to key informants to discuss data interpretation. Respondents agreed that our interpretation corresponded to what they meant to say. Furthermore, to ensure dependability, a software was used to code transcripts and to document coding decisions whereas a codebook with code definitions was produced and used when analyzing transcripts.

The research protocol was approved by the ethics review board of the Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation.

Results

Use of the PMS

The main results pertaining to PMS use (see Table 4 for a detailed summary) are the following: 1) PMS use was quite different from the intended one and 2) PMS use was predominantly passive and political rather than purposeful. Important discrepancies between reported use, at t2, and intended use, at t1, were indeed identified. At t1, the primary intended use of the PMS was purposeful, as a decision-making tool to support quality improvement through timely access to objective data. There was also strong intention to use the PMS as a political tool for accountability and negotiating power with the hospital board and local health authorities. However, at t2, the primary reported use of the PMS was passive, mainly to monitor achievement of organizational objectives rather than to support decision making for improvement as intended. Similarly, the political use was mainly limited to accountability purposes through the strategic dissemination of information from the PMS to the hospital

board (around 4 times a year) and in the mandatory annual report to health authorities. The PMS was not used as a negotiating tool.

[Insert Table 4 about here]

Factors that enabled or constrained use of the PMS in the organization and their evolution through implementation

The analysis revealed that the implementation of a PMS is a multi-factorial and dynamic process. Indeed, from a total of 28 CFIR constructs, 20 were identified as factors influencing implementation of PMS. Constructs of outer setting did not influence the use of PMS so they will not be presented. More specifically, 60 % of constructs were categorized as facilitators whereas 40 % as barriers. In addition, 40% of the influential factors have evolved over time i.e. a particular factor could be a facilitator at t1 and become a barrier at t2 and vice versa. The five following constructs evolved from facilitators at t1 to barriers at t2: *evidence strength and quality*, *adaptability*, *compatibility*, *relative priority* and *goals and feedback*. Conversely, the constructs of *culture*, *networks and communications* and *learning climate* evolved from barriers at t1 to facilitators at t2. Table 5 provides detailed information on the rating of each construct as a barrier, facilitator or neutral at each assessment. In the following section, barriers and facilitators will be presented following the structure of the CFIR framework. An additional file provides quotations from respondents that illustrate constructs from the CFIR that influenced PMS use (see additional file 1).

[Insert Table 5 about here]

Intervention characteristics

Facilitators

Four constructs (*intervention source, relative advantage, lack of complexity and design quality and packaging*) contributed as major facilitators at both t1 and t2 to PMS implementation and use.

Intervention source refers to end users' perceptions about the origin of the PMS development, i.e., internally or externally developed. The *intervention source* remained a strong facilitator throughout the project. Indeed, the development and the implementation of the PMS was an internal and personal initiative of the CEO of the organization to address an organizational need to change.

Relative advantage is the end user's perception of the advantage of implementing a PMS versus not implementing one. The *relative advantage* remained an important facilitator. Relative advantages of PMS expressed at both evaluation times were: 1) promoting the development of a common vision among executives and encouraging collaboration among executives; 2) supporting decisions based on objective data rather than intuition and 3) monitoring organizational performance and strategic orientations and quickly detecting gaps.

Complexity is the perceived difficulty of implementing a PMS. The low *complexity* of the PMS was an important facilitator. KIs expressed the importance of developing a simple and easy to use PMS, that is, one with a limited number of readily available indicators. Over time, KIs maintained their perception of the simplicity of the PMS.

Design quality and packaging refers to the end user's perception about the presentation and assembly of the PMS. At t1, respondents expressed the importance of a simple, short, user-friendly, color-coded visual presentation to allow quick retrieval of the information and identification of the degree of achievement of each indicator. At t2, the majority appreciated the format of the PMS and felt it was an effective communication tool.

Barriers

Two constructs (*evidence strength and quality*, and *adaptability*) evolved as barriers to PMS implementation and use.

Evidence strength and quality is the end user's perception about the quality and the validity of the developed PMS. This factor evolved as an important barrier during the study. At t1, respondents were convinced that the PMS would integrate a small number of valid and high quality indicators based on prioritized annual objectives with a balance between strategic and operational indicators. In addition, KIs attached a special importance to the inclusion of a variety of clinical indicators. At t2, the majority of respondents were disappointed by the absence of clinical indicators and the fact that the selected indicators did not allow for benchmarking. Overall, the quality of the PMS did not reach the expected levels and only partly met the needs of executives.

Adaptability is the degree to which the PMS can be adapted to meet end users' needs. This factor evolved as a minor barrier. At t1, KIs expressed the need for the PMS to allow, at least annually, the addition or removal of indicators to adjust to the changing organizational

environment and to best meet their information needs. At t2, KIs reported that some evolving measurement needs could not be integrated in the PMS because of its lack of flexibility.

Inner setting

Ten constructs pertaining to inner setting were assessed. Six of them remained or evolved as facilitators: *networks and communications*; *culture*; *tension for change*, *learning climate*; *leadership commitment* and *access to knowledge* whereas four remained or evolved as barriers: *compatibility*; *goals and feedback*; *relative priority* and *available resources*.

Facilitators

Networks and communications refer to the nature and quality of formal and informal communications within the organization. We identified two sub-themes related to this construct that evolved as major facilitators: bi-monthly *meetings* of the executive committee and *team relations*. Regular *meetings* played a major facilitating role at t1 and t2 as they provided a formal structure to share information on the development of the PMS and to discuss PMS results. *Team relations* evolved from a major barrier to a major facilitator of the use of the PMS. At t1, respondents mentioned that there was little cooperation and teamwork as well as rivalry and power struggle between the different departments. This led to poor relationships among executives and to the individual's perception that there would be collective resistance to the PMS. At t2, because of a restructuring of the team and due to the CEO's approach and explicit expectations of collaborative work, all executives reported significant improvement in team relations. This led to a climate of trust between executives and spawned more sharing and faster disseminating of formal information (e.g., official

meetings) as well as informal communications (e.g., phone calls). This contributed positively to the use of the PMS.

Culture was specifically addressed by respondents in terms of measurement culture. This factor evolved from a minor barrier at t1 to a minor facilitator at t2. At t1, the PMS implementation was seen as a means to foster the development of a poorly perceived measurement culture. At t2, although several KIs considered that the PMS did contribute to improving the measurement culture in the organization, they were well aware that several factors, other than the PMS, also influenced the measurement culture (e.g. strong leadership of the CEO).

Implementation climate is comprised of six sub-constructs: *tension for change*, *learning climate*, *organizational incentives and rewards*, *compatibility*, *relative priority* and *goals and feedback*. The first two sub-constructs evolved as facilitators during the project and will be discussed in this section. *Organizational incentives* were not applicable in the context of the study whereas the other three evolved as barriers and will thus be discussed in the barriers section.

Tension for change, i.e. the degree to which intended users of the PMS perceived the current situation as needing change remained a strong facilitator at both t1 and t2. At t1, KIs clearly expressed that budgetary constraints triggered the need for a PMS. At t2, these perceptions remained. *Learning climate* is a climate in which the intended users of the PMS feel psychologically safe to use it and there is sufficient time and space for reflective thinking

and evaluation. This factor evolved from a major barrier to a minor facilitator. Specifically, at t1 KIs reported that the learning climate was not favourable to the implementation of a PMS given that power between executives was unequally distributed and that work was often done in silos with little information sharing. At t2, a restructuring of the executive committee significantly improved work relations and created a climate of trust in which managers felt comfortable questioning the decisions of their colleagues.

Readiness for implementation is a construct subdivided into three sub-constructs: *leadership commitment*, *access to knowledge* and *available resources*. Two of these sub-constructs facilitated PMS use, namely *leadership commitment* and *access to knowledge*. *Leadership commitment* of the CEO, of hospital board members and of executives towards the development and implementation of the PMS was continuous throughout the project and thus was a major facilitator. During both interviews, KIs stated that one of the key factors for the realization of the PMS was the willingness and commitment of the CEO and his ability to rally all executives and to foster teamwork. The leadership of the CEO to develop and implement a PMS despite the challenging financial context was also confirmed at t1 through the review of organizational documents. At t2, respondents stated that as a leader, the CEO had definitively shaped the project, for example by defining the strategic direction of the PMS and the timeline of its development. Readiness for implementation was also facilitated through easy *access to knowledge*. At t1, KIs felt confident, from previous education and/or work experience, about their level of knowledge on measurement concepts and development of a PMS. At t2, respondents reaffirmed this state.

Barriers

Compatibility, goals and feedback and *relative priority*, three sub-constructs from the implementation climate, were identified as barriers.

Compatibility, i.e. the perceived fit between the PMS and the needs of the intended users, negatively influenced the implementation climate and evolved as a minor barrier. At t1, the executives expected the PMS to be compatible with their needs while at t2, they perceived that the PMS only partially met their needs as an executive committee. Indeed, KIs reported that the PMS allowed monitoring of organizational goals and strategic planning but was not very useful for decision making because it had limited benchmarking capacity and lacked operational indicators reflecting their main activities or concerns.

Goals and feedback refers to the degree to which goals are clearly communicated, acted upon, and fed back to the intended users of the PMS. This factor evolved as a minor barrier because of the significant gap between the intended frequency of feedback and the actual one. While monitoring of indicators, targets and organizational goals was intended to be on the executive committee agenda at least monthly, the PMS was only discussed five times in FY 2013-2014.

Relative priority is the intended users' shared perception of the importance of the PMS implementation within the organization. This factor evolved from a major facilitator at t1 to a minor barrier at t2. At t1, the merger of the organization required major administrative restructuring of top management. In spite of this context, the executives decided to keep the PMS as an organizational goal and as an annual (2012-2013) project to be realized. However,

at t2, KIs shared the perception that the PMS was developed and implemented with limited organizational resources and therefore, the project was not granted the desired priority.

This lack of *available resources* was a major barrier given its considerable impact on the perceived quality and adaptability of the PMS as well as on the entire implementation process. Besides budgetary constraints, KIs mentioned that administrative and clinical information was collected in several information systems (IS) that were not necessarily compatible, requiring manual manipulation of data. At t2, the appointment of a formal implementation leader was identified by all KIs as an important facilitator but time remained unavailable for the busy executives. Concerning IS, the process of data collection was automated, yet, executives still perceived IS efficiency was an important limit to gathering relevant and reliable information.

Process

The Process domain contains four constructs (*planning, engaging, executing* and *reflecting and evaluating*) that were difficult to disentangle from one another. *Planning* remained a major barrier throughout the project. Indeed, KIs reported that a global plan including steps and a timeline for PMS development was established by the CEO and presented to them. However, they felt that the following activities were missing from the planning phase and were not addressed during the implementation process: formulating a common vision of what should be the intended goals of the PMS; identifying the targeted users; and disseminating the usefulness of the PMS. Furthermore, because resources and activities needed to be undertaken to implement the PMS were neither discussed nor included in the plan, *executing* this plan was difficult to rate. Despite that, *executing* was rated as a minor facilitator. Indeed, providing data from indicators in a timely manner and discussing

PMS results five times in the executive committee throughout the study reflect an adequate execution of the PMS. *Engaging*, i.e. soliciting and maintaining the engagement of appropriate individuals through the development and implementation of the PMS was a major facilitator throughout the study. The CEO, the executives and hospital board members were consistently engaged throughout the project as each director met their expectations and provided the necessary on-time information required by the PMS. *Reflecting and evaluating* was a major barrier throughout the process. At both t1 and t2, KIs criticized the absence of dedicated time during executive committee meetings for team debriefing and collective sharing of individual reflections and experiences. At t2, respondents expressed the need to appraise their satisfaction, their use and potential improvements to the PMS.

Discussion

To our knowledge, this is the first rehabilitation-based study examining PMS use among healthcare decision makers. Our results showed that success of implementation could be qualified as moderate, since the reported use of the PMS by decision makers was less than it was hope for. The reported purposeful and political use was less than intended. A passive use of the PMS prevailed. Indeed decision makers used the PMS mostly to monitor the level of achievement of organizational objectives (passive use) and to disseminate PMS information to the hospital board and health authorities for accountability purposes and to less extent to demonstrate and promote the organization's performance and enhance its credibility and reputation (political use).

Our results also showed that PMS implementation and use was a, complex and dynamic process influenced by a variety of evolving and interrelated factors. Among the 28 assessed constructs of the CFIR, 20 were identified as factors influencing PMS use. The number of factors categorized as facilitators exceeded the number of factors categorized as barriers. Indeed, 60% (12/20) of factors remained or evolved as facilitators through the development and the implementation of a PMS in this rehabilitation setting and 40% (8/20) remained or evolved as barriers. Even if continuous leadership engagement was identified as a major facilitator for PMS implementation, major barriers such as a lack of planning, a sub-optimal PMS and insufficient resources seemed to have moderated its success. Those four factors will be discussed more in details given their interrelations and their predominant influence on PMS implementation and use.

In our study, the commitment and support of top management for the PMS was a key facilitator and prerequisite for PMS adoption, development and implementation. Particularly, the CEO's strong leadership was essential to the initiation of the project but also to communicate the value of PMS implementation for the organization, to unite executives and hospital board members behind a common vision and to enhance their ongoing commitment to the PMS project despite the many other competing priorities. This finding is consistent with numerous studies in which high commitment and constancy of commitment of senior management has been identified as a key success factor in PMS implementation [30, 31, 16, 32, 33].

The leader should also play an important role in promoting the development of an implementation plan, an essential step that has been documented as one of the determinants of successful implementation and use of PMSs [34, 35, 16, 36, 37, 5]. However, in the present study, the planning stage seemed to be insufficient and therefore negatively influenced PMS use.

Indeed, insufficient planning both directly and indirectly affected the relevance of the PMS developed and, ultimately, its use. First, during the planning stage, the intended users and their needs should be identified while the goals of the PMS should be made explicit. However, such planning activities seem to have been omitted, according to KI's interviews, and as a result, the PMS developed appeared to be only partially compatible with the information needs of executives. Second, the lack of planning seemed to have contributed to insufficient allocation of resources for PMS development. The importance of adequate resources on success of PMS implementation has been extensively documented [38, 31, 16, 39, 40, 5]. Scarce resources resulted in the inability to invest much time in the search and development of indicators aligned with the information needs of executives. Moreover, no additional resources were available to develop an information system to support PMS implementation. PMS development and implementation had to be done among the other tasks of executives and using formal management structures such as the executive committee meetings. As a result, KIs reported that the indicators were too global, undiversified, sometimes outdated, and not operationalized enough for decision making. Relevancy and accuracy of indicators, as well as timeliness and frequency of feedback were reported to be important factors influencing PMS use in other studies [16, 37, 41, 5].

In our study, PMS was used predominantly for accountability purposes and to a much lesser extent for quality improvement. This may suggest that pursuing both the objective of improving accountability and improving decision making may be difficult to achieve in the same PMS [42, 43]. In a perspective of political use where accountability is strong, fear of failure can reduce risk-taking by organizations that may choose less challenging targets to ensure achievement. One way to address this problem is to dissociate, early in the development process, performance measurement for internal improvement purposes from accountability purposes. Indeed, organizations can develop distinct but interrelated PMSs to reconcile those different purposes and address the different information needs of decision makers [44, 42, 43, 45], thus including a more strategic and “accountability” oriented component for hospital boards or other external users and a more operational and “decision” oriented component for executive committees or other internal users. The development of such a more operational component of a PMS may encourage organizations to develop PMSs with characteristics (e.g., quality, relevance, usefulness of indicators) that will more adequately meet the needs of decision makers.

In light of these results four key recommendations are proposed that may enhance PMS implementation and use:

- 1) It is critical to involve PMS users in the selection of objectives, indicators and targets as soon as possible [46, 16] i.e. since the planning phase. It is also important to make explicit, at that time, for each indicator, its relevance, the way it will be used and who will be accountable for it [47].

- 2) Determine early and accurately as possible the available resources for PMS development and implementation and align resources with the scope of the intended PMS and with users' information needs to avoid disappointments or gaps between a desired PMS and what is possible and realistic for the organization to develop [16, 36].
- 3) Insure that the final PMS is aligned with information needs of intended users. Avoid content that is focused on overall performance and favour content with specific information that is actionable and appropriate within each user's level of responsibilities and control over the achievement of any given objective [42, 16, 41].
- 4) If accountability purposes appear to override the development and content of PMS over internal quality improvement, develop distinctive PMS sections with accountability and quality targets as well as indicators [44, 42, 43, 45].

Study limitations

Most of the findings are based on the perceptions of respondents at two different times. Besides a recall bias, it is also possible that a social desirability bias was present and participants, because of their position as executives, overstated their use of the PMS. However, our results indicate that participants reported as well their positive experiences as their negative experiences and dissatisfactions related to the development and the implementation of the PMS. Second, qualitative research involves unavoidable elements of researchers' subjectivity. For example, in our study we have decided that when a majority of participants reported positive/negative influence of a factor on PMS implementation, this

factor was qualified as having major influence vs. minor influence. However, several methods were put in place to minimize biases in interpreting results, such as a review of all findings by the authors and a validation by the respondents of the accuracy of our interpretations of PMS implementation and use. Third, we conducted study in a typical North American rehabilitation hospital in a public-funded health system. This environment should be taken into account when transferring our results to other types of organizations or health systems' governance. While generalization may be limited, the transferability of our findings is reinforced because of the rich and comprehensive description of the case, the context and the factors influencing PMS implementation that allows readers to extract the information relevant to their setting [48, 49]. An analytical generalization [48] might be made concerning the factors found to influence PMS implementation and use. These factors are derived from a theoretical framework (CFIR) and are corroborated by empirical research on PMS implementation in different types of public organizations including healthcare organizations. Nonetheless, this study should be replicated in other rehabilitation settings to establish its generalizability with more confidence.

Conclusion

This study examined for the first time the influence of a set of comprehensive theory-driven factors on PMS use in a rehabilitation setting. It revealed that PMS was used more frequently for monitoring and accountability and less for decision making or improvement, as intended. This predominant use was explained by an insufficient planning about users' needs, intended use and content of the PMS combined with insufficient resources and other competing organizational priorities which resulted in a sub-optimal PMS poorly compatible

with information needs of executives. This study shows that PMS implementation and use is a complex and dynamic process influenced by multiple evolving and interrelated factors. Furthermore, our results confirm that the positive or negative influence of each factor is context dependent and thus highlight the relevance of conducting additional studies in various healthcare settings to more precisely determine and understand the key factors influencing the implementation and use of a PMS, the relative importance of each factor and their interactions.

Abbreviations

PMS, performance measurement system; CFIR, Consolidated Framework for Implementation research; KI, key informant;

Competing interests:

DZ worked as a physiotherapist in rehabilitation hospital prior to the beginning of the study. Otherwise, the authors declare that they have no other competing interests.

Authors' contribution

DZ was primarily responsible for study design, data collection and analysis and the initial draft of the manuscript. LP, CS and MCH reviewed the qualitative analysis, critiqued the interpretation of findings and revised the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

Dr. Poissant is supported by the «Fonds de la recherche en santé du Québec». Diana Zidarov has a doctoral scholarship from the «Fonds de la recherche en santé du Québec». We gratefully acknowledge the involvement of all study participants.

Table 1 Extract from the PMS for financial year 2012-2013

Objective	Executive responsible	Indicator	Target	Level of achievement on date of revision*
To meet new rehabilitation needs aligned with the organization's mission	Rehabilitation services executive	Number of users served by ambulatory intensive rehabilitation	≥ 328 patients	Green
To increase organization's notoriety	CEO	Number of applications submitted for external recognition awards	4	Yellow
To achieve targets set out in the 2012-2013 Management Agreement between the organization and the Ministry of Health	Rehabilitation services executive	Percentage of deadlines met for high priority service requests	90% of patients classified as high priority	Green

*Green : target achieved between 91-100% on date due

Yellow : target partially achieved (between 50-89%) on date due

Red : target not reached on date due (< 50%)

Table 2 Data sources according to time of evaluation

Data sources	T1 (Jan 2011- June 2012) (n=7)	T2 (July 2013-April 2014) (n=7)
Interviews	CEO Rehabilitation services department executive Medical Affairs executive Rehabilitation technology executive Administrative Services executive Hospital board secretary Human Resources Executive	CEO Rehabilitation services department executive Medical Affairs executive Rehabilitation technology executive Administrative Services executive Hospital board secretary Senior consultant
Data sources	T1 (n=70)	T2 (n=41)
Organizational documents	Strategic planning (n=1; 2010-2015) Annual report (n=1; 2011- 2012) Minutes from hospital board meetings (n=23) Minutes from executive meetings (n=45)	Annual reports (n=2; 2012- 2013; 2013-2014) Minutes from hospital board meetings (n=4) Minutes from executive meetings (n=31) PMS (n=2; 2012-2013; 2013-2014) Development plan of PMS (n=1) Accreditation report (n=1; 2013)

Table 3 Criteria used to rate constructs according to their evolution between the two assessments

Classification	Criteria
Major facilitator (++)	The construct has a positive influence on implementation efforts or the use of the PMS if the majority of KIs (≥ 4) at t1 and t2 described the construct as a facilitator and explained or gave specific examples of the positive contribution of the construct.
Minor facilitator (+)	The construct has a positive influence on implementation efforts or the use of the PMS if a minority of KIs (< 4) at t1 and t2 described the construct as a facilitator and explained or gave specific examples of the positive contribution of the construct.
Neutral	A construct that has no influence on implementation efforts at either t1 or t2 because: 1) it was only described by respondents without mentioning its influence; 2) its influence is perceived differently by respondents.
Major barrier (- -)	The construct has a negative influence on implementation efforts or the use of the PMS if the majority of KIs (≥ 4) at t1 and t2 described the construct as a barrier and explained or gave specific examples of the negative contribution of the construct.
Minor barrier (-)	The construct has a negative influence on implementation efforts or the use of the PMS if a minority of KIs (< 4) at t1 and t2 described the construct as a barrier and explained or gave specific examples of the negative contribution of the construct.

Table 4 Intended and reported use of the PMS

Intended organizational use of the PMS	Reported organizational use of the PMS
<p>Purposeful use</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decision-making support tool by allowing the rapid detection of deviations for clinical and management processes improvement • Monitoring organizational objectives to detect deviations and develop action plans to address them 	<p>Purposeful use</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tool for decision support: used infrequently as a tool for decision making for improvement • Strategic use to delay the achievement of a target depending on other priorities or according to the external environment
<p>Passive use</p> <ul style="list-style-type: none"> • Not mentioned 	<p>Passive use</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information tool for monitoring the level of achievement of organizational objectives
<p>Political use</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accountability to hospital board • Demonstrate the value of the organization to healthcare authorities and position it as a leader in rehabilitation • Negotiate organizational issues with healthcare authorities 	<p>Political use</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategic information dissemination to hospital board and to healthcare authorities for accountability purposes, to promote organizational performance, to enhance the organization's credibility and reputation • Not used to negotiate organizational issues

Table 5 Classification of CFIR constructs as barrier or facilitator to PMS use at each assessment and according to their evolution between the two assessments

Domains and constructs	Appraisal at t1	Appraisal at t2	Overall appraisal
OUTER SETTING			
Patient needs and resources	not assessed ^a	not assessed ^a	not assessed ^a
Cosmopolitanism	neutral ^b	neutral ^b	neutral ^b
Peer pressure	neutral ^b	neutral ^b	neutral ^b
External policy and incentives	neutral ^b	neutral ^b	neutral ^b
INTERVENTION CHARACTERISTICS			
Intervention source	facilitator ++	facilitator ++	no change: remains a facilitator ++
Evidence strength and quality	facilitator ++	barrier ++	evolved as a barrier ++
Relative advantage	facilitator ++	facilitator ++	no change: remains a facilitator ++
Adaptability	facilitator ++	barrier +	evolved as a barrier +
Trialability	not applicable ^c	not applicable ^c	not applicable ^c
Complexity (reverse rated)	facilitator ++	facilitator ++	no change: remains a facilitator ++
Design quality and packaging	facilitator ++	facilitator ++	no change: remains a facilitator ++
Cost	not applicable ^d	not applicable ^d	not applicable ^d
INNER SETTING			
Structural characteristics	not assessed ^e	not assessed ^e	not assessed ^e evolved as a

Networks and communications	barrier +	facilitator ++	facilitator ++
Culture	barrier +	facilitator +	evolved as a facilitator +
Implementation Climate			
Tension for change	facilitator ++	facilitator ++	no change: remains a facilitator ++
Compatibility	facilitator ++	barrier +	evolved as a barrier +
Relative priority	facilitator ++	barrier +	evolved as a barrier +
Organizational incentives and rewards	not applicable	not applicable	not applicable
Goals and feedback	facilitator ++	barrier +	evolved as a barrier +
Learning climate	barrier ++	facilitator +	evolved as a facilitator +
Readiness for Implementation			
Leadership commitment	facilitator ++	facilitator ++	no change: remains a facilitator ++
Available resources	barrier ++	barrier ++	no change: remains a barrier ++
Access to knowledge and information	facilitator ++	facilitator ++	no change: remains a facilitator ++
PROCESS			
Planning	barrier ++	barrier ++	no change: remains a barrier ++
Engaging	facilitator ++	facilitator ++	no change: remains a facilitator ++
Executing	facilitator +	facilitator +	no change: remains a facilitator +
Reflecting and evaluating	barrier ++	barrier ++	no change: remains

^a Not assessed because the innovation (the PMS) is not a clinical innovation but an administrative one and is related to decision makers' needs and not to patients' needs

^b Neutral: did not influenced implementation of PMS

^c Not applicable because the executive committee did not conduct a trial prior to full implementation.

^d Not applicable because cost was not addressed directly by KIs: it was discussed in terms of human resources (see available resources), especially in terms of time constraints for the implementation leader and executives.

^e Not assessed because the study was conducted in a single organization and it is a difficult actionable construct for future implementations of innovations

Additional File 1: Quotations from respondents that illustrate constructs from the CFIR that influenced PMS use

Constructs	Respondents quotations
INTERVENTION CHARACTERISTICS	
Intervention source	<p>T1: “The project originated from the will of the CEO, but it was also something that was discussed in various consultations with decision makers and during the development of the strategic plan.” KI 1</p> <p>T2: “The CEO decided to develop and implement a performance tool. He stated that the executive committee needed one to be able to do their work well.” KI 3</p>
Evidence strength and quality	<p>T1: “I think that [for the PMS] to work well, we should not choose too many indicators. We also need to have indicators that we are able to compile and access easily.” KI 5</p> <p>T2: “The clinical component is absent from the dashboard; it is not there but it is our core business.” KI 3</p>
Relative advantage	<p>T1: “The added value of such a tool would be that we could rely on objective data when we are making decisions.” KI 5</p> <p>T2: “Since all the information is gathered in one tool, we are able to have a visual image that allows us to see if all the projects are generally well progressing or if some are blocked. So it really gives us a broader perspective than just talking about it in our meetings.” KI 8</p>
Adaptability	<p>T1: “I think that every year there should be additions or deletions [to the PMS], because we must adapt it to the environment, our strategic positioning and planning of organizational objectives.” KI 4</p>

T2: “What worries me is that the dashboard has not changed much since last year; there were two versions, and both versions are very similar.” KI 7

Trialability

Not applicable

Complexity

T1: “For me it is important that the dashboard is easy to use.” KI 7

T2: “I feel that this is a very simple tool.” KI 7

Design quality and packaging

T1: “The way I see the dashboard is something that fits on one page, including the indicators. In addition, I would like to have a color code that would tell us whether, for the current year, we are in red, yellow or green for each objective.” KI1

T2: “I like the presentation, we have all the information at a glance.” KI 2

Cost

Not discussed by KIs

PROCESS

Planning

T1: “Well I think that if we really want to realize this project, it takes deadlines, it takes a plan.” KI 4

T2: Extract from the document “Approach to determine the 2013-2014 annual objectives”

Stages of development:

1. Identification of documents containing possible objectives.
2. Development of a first draft of objectives by the executive committee and determination of consultation steps.
3. Consultation of hospital departments.
4. Prioritization of final objectives by the executive committee.
5. Identification of targets and indicators by the executive committee.

6. Approval by the hospital board.

Engaging

T1: "It is the project leader that will be in charge of collecting and analyzing the data and presenting it to us." KI 2

T2: "The whole development of the PMS was centralized by the CEO. Then there was a consultation with all the executives; it was a participatory approach." KI 8

Executing

T1: "We started to develop the PMS based on strategic planning and objectives that had not yet been realized. The proposals for more operational objectives and indicators have been brought to the CEO and then to the executive committee for consultation." KI 7

T2: "The project leader presented us the dashboard during the executive committee meeting, I'd say about every 2-3 months." KI 2

Reflecting and evaluating

T1: "We have a participatory way of working, so all executives and managers will review the dashboard annually." KI 1

T2: "We did not do a global review of the entire project. I think we should do one and clarify what are our expectations with this dashboard." KI 7

INNER SETTING

Structural characteristics

Not assessed

Networks and communications

T1: "The dashboard has to be part of our working routine. We need to integrate it into the way we usually function. We have meetings of the executive committee every two weeks and it will be part of a recurring theme in every meeting. Same thing for hospital board meetings; we will discuss it at each meeting. So the follow up of this project will be the same as for other important organizational projects." KI 1

	T2: “We are no longer in power struggles, in any case, I do not feel we are.” dsa t2
Culture	T1: “Our measurement culture is not yet developed enough.” KI 7
	T2: “I think we have improved our level of measurement culture.” KI1
IMPLEMENTATION CLIMATE	
Tension for change	T1: “Our goal is to have a balanced budget. You know, from the moment it becomes clear that every penny that you get must be used very judiciously and sparingly, I think [the PMS] is a necessary tool for making good decisions, for getting a good picture of the organization.” KI 2
	T2: “The performance measurement system is used as an accountability tool for the hospital board. Anyway, we must account to the hospital board.” KI 8
Compatibility	T1: “I think the dashboard will fit well with what I do because, anyway, as a director, I am required to render accounts.” KI 2
	T2: “The dashboard does not meet our needs because what we cannot do with this tool is benchmarking.” KI 6
Relative priority	T1: “Ah, this project is an imperative. It is absolutely essential as a project. Maybe there will be some delays, but it will not be abandoned.” KI 6
	T2: “I think we have just been too busy doing other things, particularly all the reorganization following the budgetary constraints.” KI 6
Organizational incentives and rewards	Not applicable
Goals and feedback	T1: “We will need to have regular feedback to

motivate ourselves.” KI 1

T2: “We should maybe ask ourselves again: what is the goal of the dashboard and to whom it is useful?” KI 7

Learning climate

T1: “We could not express what we thought in the executive committee.” KI 2

T2: “We assessed our satisfaction with the functioning of the executive committee and it was very positive. Everybody appreciates what gets done in the committee meetings.” KI 1

READINESS FOR IMPLEMENTATION

Leadership engagement

T1: “This project was born because of the CEO’s vision. We knew it would be realized because it was endorsed by a decision of the CEO.” KI 7

T2: “There is a filter, and the filter is the CEO. He determines what he thinks is important to include in the dashboard.” KI 8

Available resources

T1: “I think that this project should be integrated in our daily functioning. I don’t think that we need to invest additional time to realize it. What we need to do is reorganize our way of working to integrate it in our usual functioning rather than adding resources.” KI 1

T2: “You know, this project was developed together with all the other organizational projects and within the executive committee meetings. It was not possible for us to have meetings on this subject outside the planned meetings.” KI 8

Access to knowledge and information

T1: “I think we have the expertise to develop a performance measurement system.” KI 5

T2: “We did not need any special training, all relevant information was included in the file containing the performance measurement system.” KI 2

References

1. McDavid J, Huse I, Hawthorn L. Program Evaluation and Performance Measurement: An Introduction to Practice. 2ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2013.
2. Wardhani V, Utarini A, Pieter van Dijk J, Post D, Groothoff JW. Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health Policy*. 2009(89):239-51.
3. Kanji G, Moura e Sá P. Sustaining healthcare excellence through performance measurement. *Total Quality Management & Business Excellence*. 2003;14(3):269-89.
4. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Part I - Principles of performance measurement. *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*: Cambridge University Press: NY; 2010.
5. Adair CE, Simpson L, Birdsell JM, Omelchuk K, Casebeer AL, Gardiner HP et al. Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness. A State of the Science Review: The Alberta Heritage Foundation for Medical Research 2003.
6. Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, Hooper DK, Linam WM, Froehle CM et al. The Influence of Context on Quality Improvement Success in Health Care: A Systematic Review of the Literature. *The Milbank Quarterly*. 2010;88(4):500-59.

7. Elg M, Kollberg B, Palmberg K. Performance measurement to drive improvements in healthcare practice. *International Journal of Operations & Production Management*. 2013;33(11/12):1623-51.
8. Goddard M, Mannion R, Smith P. Performance indicators. All quiet on the front line. *Health Serv J*. 1998;108:24-6.
9. Chan YC-L, Ho S-JK. The Use of Balanced Scorecards in Canadian Hospitals. Unpublished paper. Michael G De Groote School of Business, McMaster University, Hamilton, Ontario. 2000.
10. Aguilera J, Walker K. A new framework to ensure excellence in patient-focused care: the nursing directorate's Balanced Scorecard approach. *Asia Pacific Journal of Health Management* 2008;3(2):25-9.
11. Inamdar N, Kaplan R, Bower M, Reynolds K. Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management*. 2002;47(3):179-96.
12. Curtright J, Stolp-Smith S, Edell E. Strategic performance management: Development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. *Journal of Healthcare Management* 2000;45(1):58-68.
13. Smith A, Mainland J, Blais I. Managing strategy to enhance care for children. *Healthcare Quarterly*. 2011;14:21-6.

14. Dyball M, Cummings L, Yu H. Adoption of the concept of a Balanced Scorecard within NSW Health: An exploration of staff attitudes. *Financial Accountability & Management*. 2011;27(3):335-61.
15. Chang WC, Tung YC, Huang CH, Yang MC. Performance improvement after implementing the Balanced Scorecard: A large hospital's experience in Taiwan. *Total Quality Management & Business Excellence*. 2008;19(11):1143-54.
16. Lemire M, Demers-Payette O, Jefferson-Falardeau J. Dissemination of performance information and continuous improvement : a narrative systematic review. *Journal of Health Organization and Management*. 2013;27 (4):449-78.
17. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*. 2004;82(4):581-629.
18. Simpson DD, Flynn PM. Moving Innovations into Treatment: A Stage-based Approach to Program Change. *J Subst Abuse Treat*. 2007;33(2):111-20.
19. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).2005.

20. Damschroder L, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*. 2009;4(50):1-15.
21. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*. 2009;4(67):1-9.
22. Holt DT, Helfrich CD, Hall CG, Weiner BJ. Are You Ready? How Health Professionals Can Comprehensively Conceptualize Readiness for Change. *J Gen Intern Med*. 2009;25(Suppl1):50-5.
23. Armenakis AA, Harris SG. Reflections: our Journey in Organizational Change Research and Practice. *Journal of Change Management*. 2009;9(2):127-42.
24. Stake RE. Case studies. *Handbook of Qualitative Research*. New York: Sage Publications; 1994. p. 435-54.
25. Moynihan DP. Through A Glass, Darkly: Understanding the Effects of Performance Regimes Public Performance and Management Review. 2009;32(4):592-603.
26. Hsieh H-F, Shannon S. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 2005;15(9):1277-88.

27. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(1):107-15.
28. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. 2006;26(2):1-18.
29. Miles MB, Huberman M. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. 2 ed. Beverly Hills, CA: Sage Publications.; 1994.
30. Weiner BJ, Shortell SM, Alexander J. Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effects of top management, board, and physician leadership. *Health Serv Res*. 1997;32(4):491-510.
31. Radnor ZJ, Lovell B. Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2003;16(2):99-108.
32. Kollberg B. *Exploring the use of Balanced Scorecards in a Swedish health care organization*. Linköpings, Sweden: Linköpings universitet; 2003.
33. Bourne M, Mills J, Wilcox M, Neely A. Designing, implementing and updating performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*. 2000;20(7):754-71.

34. Schalm C. Implementing a balanced scorecard as a strategic management tool in a long-term care organization. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2008;13:8-14.
35. Neely A. The challenges of performance measurement. *Management Decision*. 2004;42(8):1017-23.
36. Kanouse DE, Spranca M, Vaiana M. Reporting about health care quality: a guide to the galaxy. *Health Promotion Practice*. 2004;5(3):222-31.
37. de Waal AA, Counet H. Lessons learned from performance management systems implementations. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 58(4):2009.
38. Verzola A, Bentivegna R, Carandina G, Trevisani L, Gregorio P, Mandini A. Multidimensional evaluation of performance: experimental application of the balanced scorecard in Ferrara university hospital. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2009;7:15-22.
39. de Lancer Julnes P, Holzer M. Promoting the utilization of performance measures in public organizations: an empirical study of factors affecting adoption and implementation *Pub Adm Rev*. 2001;61(6):693-708.

40. Bourne M, Neely A, Mills J, Platts K. Why some performance measurement initiatives fail: lessons from the change management literature *Int J Business Performance Management*. 2003;5:245-69.
41. Cheng SM, Thompson LJ. Cancer Care Ontario and integrated cancer programs. *Journal of Health Organization and Management*. 2006;20(4):335-43.
42. Wisniewski M, Stewart D. Performance measurement for stakeholders: the case of Scottish local authorities. *International Journal of Public Sector Management*. 2004;17(3):222-33.
43. McDavid J, Huse I. Legislator Uses of Public Performance Reports: Findings From a Five-Year Study. *American Journal of Evaluation*. 2012;33(1):7-25.
44. Yap C, Siu E, Baker GR, Brown AD. A Comparison of Systemwide and Hospital-Specific Performance Measurement Tools. *Journal of Healthcare Management*. 2005;50(4):251-62.
45. McAdam R, Hazlett S, Casey C. Performance management in the UK public sector: Addressing multiple stakeholder complexity. *International Journal of Public Sector Management*. 2005;18(3):256-73.
46. Taylor J. Strengthening the link between performance measurement and decision making *Public Administration Review*. 2009;87(4):853-71.

47. GAO. Managing for Results: Enhancing Agency Use of Performance Information for Management Decision Making. U.S. Government Printing Office 2005.

48. Yin R. Case study research: design and methods. London: Sage Publications; 2003.

49. Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications: 1989.

5.3 Article 3

Ce manuscrit s'intitule «*Use of comparative performance indicators in rehabilitation*». Il est présentement sous révision à la revue *Health Care Management Review*. Cet article adresse les objectifs trois et quatre de la thèse, plus particulièrement il traite du type d'utilisation effectuée d'un SMP par les CRDP du Québec et analyse les facteurs qui ont contribué à cette utilisation.

Apport de l'étudiante (auteure principale) et des co-auteurs de cet article :

Contribution de l'étudiante

L'étudiante a conçu le devis de l'étude et a choisi le cadre conceptuel, elle a élaboré le canevas d'entrevue, a effectué la collecte des données (entrevues individuelles, observation participative, identification des documents pertinents), et a effectué l'analyse des résultats. Elle a également rédigé l'article pour publication.

Contribution des co-auteurs (directrice et co-directeur)

Lise Poissant a contribué à toutes les étapes de cette étude. Elle a apporté une contribution intellectuelle à l'élaboration du protocole de recherche et du canevas d'entrevue. Elle a procédé à une révision et à une validation des analyses des résultats. Elle a révisé en profondeur le manuscrit et y a apporté des améliorations pertinentes.

Claude Sicotte a également participé à toutes les étapes de cette étude. Il a apporté une contribution intellectuelle importante à l'élaboration du protocole de recherche et au canevas

d'entrevue. Il a apporté des réflexions pertinentes lors de l'analyse des résultats. Il a révisé en profondeur le manuscrit et y a apporté des idées très pertinentes.

Use of comparative performance indicators in rehabilitation

Diana Zidarov, PT, PhD (candidate)^{1, 2, 3} Lise Poissant, OT, PhD^{2, 3, 4} and Claude Sicotte, PhD⁵

Affiliations: 1. School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, Quebec, Canada; 2. Institute of Rehabilitation Gingras-Lindsay of Montreal, Montreal, Quebec, Canada; 3. Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation, Montreal, Quebec, Canada; 4. School of Rehabilitation, Université de Montréal, Montreal, Quebec, Canada; 5. Department of Health Administration, University of Montreal, Quebec, Canada

Authors' positions

Diana Zidarov is Doctoral candidate at the School of Public Health, University of Montreal at Montreal, Quebec, Canada.

Lise Poissant is Associate Professor and Director of the Occupational Therapy Program, School of Rehabilitation, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

Claude Sicotte is Professor at the Department of Health Administration, School of Public Health, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

Abstract

Background: The development of performance indicators that enable benchmarking between organizations is an important mechanism for accountability, organizational learning and performance improvement. In the province of Quebec (Canada), 21 rehabilitation organizations, through inter-organizational collaboration, developed a common set of performance indicators.

Purpose: To describe the rehabilitation organizations' use of a common set of performance indicators and to identify the factors influencing such use.

Approach: An explanatory case study was used, the case being all the rehabilitation organizations in the province of Quebec familiar with a common set of performance indicators. Semi-structured interviews were conducted with executives (n =18) from rehabilitation organizations (n=16). The interviews were structured according to the Consolidated Framework for Implementation Research. Use of performance indicators was categorized as purposeful, political or passive. A thematic analysis was conducted for each rehabilitation organization to identify similarities and differences.

Findings: Our results showed that all organizations used the common comparative indicators. Four factors were identified as important to all the rehabilitation organizations to explain their interest in comparative performance indicators: the need to develop their own performance indicators, the compatibility of performance information with organizational needs, complexity/simplicity of performance information and the support offered by their

Association. Sixty three percent of rehabilitation organizations made purposeful or political use of performance indicators. Three main factors contributed to distinguishing those 63% organizations from the others: the perceived quality of the performance indicators, the leadership of decision makers and the resources available.

Practice Implications: Our results showed that use of performance indicators can support the initiation of projects for improving the quality of care. Key recommendations are proposed to decision makers that may enhance performance indicators use.

Key words: *performance indicators; benchmarking; rehabilitation; decision makers; quality improvement*

Introduction

Organizational performance has become a central issue for all healthcare organizations (McDavid, Huse, & Hawthorn, 2013). The development of performance indicators that enable benchmarking between organizations is an important mechanism for accountability, organizational learning and performance improvement (Cole, 2011; McDavid et al., 2013; Northcott & Llewellyn, 2005). Comparative analysis of performance between organizations can help diagnose an organization's underperforming areas and strengths (Cole, 2011; Kay, 2007). Despite significant benefits, development and implementation of performance indicators is a challenge for all healthcare organizations (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2008; Mettler & Rohner, 2009; Thompson & Harris, 2001) including rehabilitation organizations. Indeed, the lack of human and financial resources to develop information systems, to implement indicators producing reliable data, and to interpret and generate performance reports are important barriers documented in several studies (Chan & Ho, 2000; de Lancer Julnes & Holzer, 2001; Goddard, Mannion, & Smith, 1998; Kaplan et al., 2010; Lemire, Demers-Payette, & Jefferson-Falardeau, 2013; Ramage & Armstrong, 2005). In addition, lack of planning, unrealistic expectations of short-term benefits and the presence of competing organizational priorities hinder the use of performance indicators (Bourne, Neely, Mills, & Platts, 2003; de Waal & Counet, 2009; Kay, 2007). Effective leadership and an ongoing commitment on the part of decision makers, competent staff and a sufficient investment of resources are key factors that contribute to the implementation and optimal use of performance indicators (Bourne et al., 2003; de Waal & Counet, 2009; Kay, 2007; Lemire et al., 2013).

Due to the high demand placed on resources and expertise to develop and implement performance indicators, inter-organizational partnerships and collaborations are being used more frequently (Cole, 2011). Several studies have focused on the development of performance indicators for the purpose of conducting a comparative analysis (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006; Brown, Baker, Closson, & Sullivan, 2012; Groene, Klazinga, Kazandjian, Lombrail, & Bartels, 2008; Nolte, 2010) but few have evaluated how these indicators were used by organizations and the factors that influenced their use.

Context of the study

In the province of Quebec (Canada), 21 rehabilitation organizations offer specialized and ultra-specialized rehabilitation care for people with physical disabilities. In the recent years, the development of performance indicators has been a priority for these organizations. The goals of this initiative were to create a set of harmonized indicators relevant to all Quebec rehabilitation organizations that could be used to benchmark and improve organizational performance. In 2010, a first performance report was produced by the provincial association of rehabilitation organizations, representing these organizations concerns. The performance report included 21 indicators categorized according to a unique system-wide organizational performance model (Sicotte et al., 1998). In addition, since 2011 the provincial association has annually disseminated to the rehabilitation organizations a dashboard containing 12 performance indicators.

The objective of this study was to describe the use made of the performance indicators (contained in two dashboards covering financial years 2011-2012 and 2012-2013 and one performance report), and to identify the factors influencing such use.

Conceptual frameworks

To better understand the mechanisms by which certain factors can positively or negatively influence the use of performance indicators, the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al., 2009) was used to structure data gathering and analysis. The CFIR is a comprehensive conceptual framework that contains five domains believed to have an influence on the successful implementation of an intervention. These five domains are: the *external context* in which the organization evolves, the organization's own *internal context*, the *characteristics of the individuals* involved in the implementation, the *characteristics of the intervention* that is to be used and the *process of implementation* itself.

The Moynihan's classification (2009) was mobilized to determine the type of the performance indicators use: *Purposeful use* was associated with the use of data to improve the organization's performance by making informed strategic decisions and by putting these decisions into action; *Passive use* was associated with a more passive behaviour consisting of compiling and disseminating performance information, but with no real use of these indicators; while we associated *Political use* with the use of information for advocacy purposes (e.g., budget requests) or political representation.

Methods

The research strategy used was an explanatory case study (Yin, 2003), the case being all the Quebec rehabilitation organizations familiar with the performance indicators.

Data sources and recruitment of participants

Semi-structured interviews were conducted in person or by telephone with key informants from the organizations under study. This data collection enabled an understanding of respondents' perceptions, concerns and opinions concerning organizational processes as well as the organizations' external and internal contextual factors related to the use of performance indicators (Guest, Namey, & Mitchell, 2013). An interview guide with open questions based on CFIR (Damschroder et al., 2009) was developed. The questions focused on the use of the performance system, on its perceived benefits and limitations and the organizational factors that influenced its use. Key informants were selected based on two criteria: 1) the respondent was familiar with the performance indicators contained either in the performance report generated for his or her institution or in the dashboards and 2) the respondent had the authority to use these indicators. Respondents were recruited via the provincial association of rehabilitation organizations. A consent form had to be signed prior to the interview. All interviews were conducted by the same interviewer (DZ) either by phone or in person. The interviews took place from February 2013 to May 2013. They lasted from 60 to 90 minutes, and were audio recorded and transcribed verbatim.

Analysis

A thematic analysis using QDA Miner 3.2.3 was conducted for each case, involving the generation of codes, their assembly into themes and the review and refinement of the

themes (Miles & Huberman, 1994). Themes refinement involved an iterative process between the data of each case and the CFIR that guided the data collection. A coding scheme was originally developed based on the interview guide. It was improved through the emergence of new codes as the data were analyzed (Miles & Huberman, 1994). The unit of analysis was each rehabilitation organization. An intra-case analysis was first performed followed by an inter-case analysis of the themes to identify similarities and differences. Thus, each theme was examined in terms of its influence as a barrier or facilitator in the use of performance indicators in the context of each organization. For example, a theme or factor may have been a facilitator in a rehabilitation organization because of its presence, but a barrier in another rehabilitation organization because of its absence.

Use was categorized in the light of Moynihan's work (2009). All the uses identified by each organization were listed, and then classified according to Moynihan's typology. The organizations were then classified into two groups: those that had a predominantly passive use of performance indicators (n=6) versus those who had a predominantly purposeful and/or political use of performance indicators (n=10). Based on this classification, the factors identified by the thematic analysis were compared, contrasted and synthesized to determine their influence on these two groups of organizations.

Methods used to ensure the credibility of results

Several methods were employed to increase the credibility of our results. To ensure confirmability, data collection and analysis was guided by theory. In addition, the authors met regularly throughout the analysis phase to review the results and interpretations to minimize

interpretation bias. To enhance credibility, the results were also presented in a report, and the interpretation of the results discussed with key informants. They agreed that our interpretation reflected their experience. Finally, to ensure reliability, software was used to encode the data and a codebook with code definitions was produced and used in the analysis of the transcripts. The study was approved by the Ethics Committee of the Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal.

Findings

A total of 18 key informants agreed to participate. These key informants all occupied leadership positions in their respective organizations: 9 were CEOs and 9 held executive positions that included the responsibility for organizational performance. These key informants represented 16 of the 21 provincial rehabilitation organizations (76%) and thirteen of the fifteen health regions of the province where there is a rehabilitation organization (87%).

Use of performance indicators

Our results show that all the organizations used performance indicators. Ten organizations used performance indicators in a purposeful and/or political way while six organizations only used indicators in a mostly passive manner. All the organizations started with a rather passive use of performance indicators that initially consisted of using the information to gain a general overview of their activities. This step was mostly conducted during meetings of the executive committee.

“I received the report and shared it with my management team. Then we spent several hours on a number of occasions looking at the report and trying to figure out what it was saying,

trying to understand it. I would honestly say that we used it more to find out what was going on, and then, we ended up not using it for other purposes. We didn't use it to draw up any action plans.” RO 11

Some organizations were pro-active and took action in relation to the results (purposeful use) while others remained at the stage of passive use.

“These data enabled us to become aware of what was going on. Then, there were some internal actions to harmonize our data entry, and then to set targets.” RO 10

In fact, following the appropriation of performance information, some organizations decided to investigate more and substantiate the results by comparing them with their organizational data. If there was a match or if the level of underperformance was considered by the organization as requiring action, organizational action priorities were identified and an organizational action plan with objectives and targets for the underperforming domain was developed. In addition, for the majority of organizations (n=10), the performance indicators were used as reference for the development of their organizational dashboard either by including some indicators as they were or in adapting them to better meet their needs. Finally, there were other organizations (n=3) that used the results as ammunition in negotiations with their regional agency, reflecting a political use of performance indicators.

“This information becomes extremely useful when you are trying to work out your budget and you have to explain that you need this additional amount to improve the waiting list because you have to put new mechanisms in place.” RO 13

Table 1 summarizes the use of performance indicators by type of use.

Table 1 Use of performance indicators by rehabilitation organizations

Purposeful use	Political use	Passive use
<ul style="list-style-type: none"> • Investigation of gaps/underperformance in order to understand their causes or to validate results • Identification/development of organizational priorities/goals related to a detected underperformance • Development of an organizational action plan in connection with an underperformance identified as requiring organizational action • Adaptation and/or inclusion of indicators in organizational dashboard 	<ul style="list-style-type: none"> • Negotiation with regional health authority • Demonstration of the organizational impact of the investments of the regional health authority 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparison with other rehabilitation organizations • Comparison of organizational performance over time (dashboard) • Discussion/reflection on performance results

Factors common to organizations regardless of their type of use

Four factors were identified as common to the 16 rehabilitation organizations regardless of the type of use of performance indicators: the need to develop performance indicators, the compatibility of performance information with organizational needs, complexity/simplicity of performance information and the support offered to the rehabilitation organizations by the provincial association.

Need to develop performance indicators

All the rehabilitation organizations shared the perception that the development of common indicators to assess their organizational performance was necessary. Indeed, key informants indicated that measuring the performance of rehabilitation organizations has not

progressed very far at the top levels of health authorities compared to other types of organizations (e.g., acute care hospitals). Therefore, the rehabilitation organizations were afraid that their performance would be compared to indicators that were not necessarily appropriate for their missions and that could incorrectly evaluate them as being under-performing. Key informants affirmed that the development of common and specific indicators to rehabilitation organizations was a strategic objective to demonstrate to health authorities that performance is an important concern for these organizations and that the evaluation of organizational performance would be used to improve quality and the efficient use of resources.

“This positions the rehabilitation organizations’ association as an organization that finds performance important. Both strategically and operationally, it’s good that we have been proactive on that level. If the data are given to the health ministry, are used by the health ministry, it can distinguish the rehabilitation organizations from the Health and social services centers and show that our situation is not the same.” RO 3

Compatibility of performance information with organizational needs

All the organizations shared the perception that the indicators were too global or macro and poorly aligned to regional organizational issues, reflecting a low level of compatibility of performance information with the organizational needs.

“The indicators that we used are those that are relevant to our organization. The indicators represent certain issues of rehabilitation organizations, but they are to macro and lack precision.” RO 1

In addition, there was a shared feeling of disappointment in the difficulty in achieving benchmarking with similar organizations because of the perceived specificity of the offer or organization of services of each rehabilitation organization.

“Out of 21 institutions, there are, I believe, 17 which have an intensive functional rehabilitation unit. Not one of them can claim that his unit is comparable to any other.” RO 11

Complexity/simplicity of performance information

Using a unique theoretical performance model as a backdrop was seen as adding complexity to the performance report. While perceived by key informants as comprehensive and valid for describing the performance of an organization, its high number of dimensions and the complexity of its analysis had the effect of diminishing its optimal use. Indeed, respondents reported not having the ability or the resources to fully take advantage of the information contained in the report. On the other hand, respondents felt that the dashboards were much simpler to analyze and did not require special skills, mainly because they contained fewer indicators.

“We're not at the stage of being able to make our own cross-analysis; just to be able to understand what is written there is already a challenge in itself.” RO 7

Support of the provincial association of rehabilitation organizations

The provincial association of rehabilitation organizations offered an information day to all rehabilitation organizations where the performance report and a detailed technical report were presented. This session enabled respondents to become familiar with the performance model underlying the evaluation and with the indicators used (e.g. definition, source), to

understand the analyses carried out and to begin analyzing their own organizational report. This contributed positively to the use of the report by all the rehabilitation organizations. As well, the production and distribution of a preliminary analysis of the results by the provincial association promoted the use of dashboards by revealing to users the major trends and changes from a provincial perspective.

“You know, concerning the information we got this year, I am very satisfied. The dashboard analysis contained regional elements that could establish a provincial trend. I found it very helpful.” RO 2

Factors that distinguished organizations that engaged in purposeful/political use vs. passive use of performance indicators

Three main factors contributed to distinguishing between organizations that engaged in purposeful/political use of performance indicators vs. organizations that used them in a passive manner.

Perceived quality of performance indicators: usefulness and validity

A key factor that distinguishes organizations that have engaged in purposeful/political use of performance indicators from organizations that have made a rather passive use is the perception of usefulness of performance information to the organization. In fact, all the organizations that engaged in purposeful use indicated that some of the performance indicators enabled them to make comparisons and to detect previously undetected organizational underperformance deemed important enough to require organizational action.

“We compared ourselves with similar organizations and realized that our productivity with our clientele was lower compared to other organizations. So action plans were generated and we are in the process of monitoring what we put in place.” RO14

The organizations that engaged in purposeful/political use of performance indicators attached particular importance to the validity of the data, investigating and corroborating the results with additional internal data.

“We ran a comparison and there was definitely a gap. So we asked ourselves: is this a real gap? Is it in the way we work? So we dug deeper into the data. Once that was done and even if we adjusted the data to some extent, it was clear that our productivity was inadequate so we had to act.” RO 16

The organizations who reported a passive use criticized the performance report as not having sufficient indicators in certain dimensions (sometimes one indicator per dimension), leading to a biased assessment of performance and therefore lacking in validity.

“Are two measures sufficient to reach a conclusion? Does that provide accurate information or is it just an artifact of the way the information was collected.” RC 2

In addition, these organizations questioned the reliability of the data reported, commenting that despite the clear definition of each indicator, inter-organizational harmonization of the entry of indicators was not uniformly achieved in all organizations.

“For sure when we compare, we wonder, is the data really reliable? Between executives we often discussed whether the data was really reliable.” RC 4

Executive leadership

In the rehabilitation organizations that engaged in purposeful/political use of performance indicators, executive leadership proved decisive in determining how much time to provide for investigating under-performance and, when perceived necessary, to establish an organizational action plan to address it. This leadership was also associated with the stability of senior management and the management team in place.

“Benchmarking is a priority for me and senior management. Take for example the average length of stay. How do I compare the organization to the provincial average and then after how do I compare it to the national average? I see benchmarking as an opportunity to save on costs that enables me to re-invest in more important projects.” RC 8

Available resources

The rehabilitation organizations that reported using the performance indicators in a passive manner, mentioned that a lack of resources required them to prioritize other organizational projects at the expense of the use of performance indicators.

“We really didn’t use the indicators. We had to be ready for an accreditation visit that came one year earlier than the originally scheduled visit. I would also say that budget cuts, lack of staff, things like that definitely didn’t help.” RO 4

Discussion

This study examined the use of performance indicators and the factors that may have influenced their use in rehabilitation organizations. Our results show that 63% of rehabilitation organizations that participated in the study engaged in purposeful or political use of performance indicators. Few studies looked at the type of use of performance indicators,

possibly because they are not widely used by health organizations (Adair et al., 2003; Marshall, Shekelle, Leatherman, & Brook, 2000), and when used, they are used mainly as information tools (Kollberg, 2003; Siu, Levinton, & Brown, 2009). For example, in the Canadian context, Siu et al. (2009) reported that only 21% of 80 Ontario hospitals surveyed used performance indicators focused on women's health to implement concrete actions in connection with this performance information.

The results of our study suggest that three key factors contributed to a purposeful or political use of performance indicators. First, the perceived usefulness and validity of the performance indicators emerged as a much more important facilitator than their compatibility or perceived relevance. The importance of perceived usefulness and validity of the indicators has also been raised in several studies (Chan & Ho, 2000; Cheng & Thompson, 2006; Lemire et al., 2013; Mor, 2005).

The second key factor concerns the leadership of senior management. Organizations that made significant use of performance indicators have distinguished themselves by having leadership that is “directive” in the sense that the senior management decided that improvements should be initiated. In addition, in these organizations “collective” leadership (Ovretveit, 2010) was present in that the management was engaged in a collective action focused on organizational improvement. The leadership and ongoing commitment of decision makers and management has been reported in many studies as one of the determinants in the use of performance information (Bourne et al., 2003; Chan & Ho, 2000; de Lancer Julnes & Holzer, 2001; de Waal & Counet, 2009; Lemire et al., 2013). Our results support this finding.

The third factor concerns available resources. The full range of activities related to organizational performance require organizations to devote significant resources to the collection and dissemination of data associated with the accountability and periodic monitoring required by health authorities. The lack of integration and coordination of these activities coupled with a challenging financial environment added to the lack of financial or non-financial incentives related to performance measurement (Vérificateur général du Québec, 2010) require organizations to prioritize accountability activities versus those focused on improvement. Despite these barriers, more than half of the organizations in our study were able to provide the necessary resources for the realization of both accountability and quality improvement activities. The need to invest sufficient resources is identified as a key factor in the use of performance indicators in public organizations (de Lancer Julnes & Holzer, 2001; Lemire et al., 2013), therefore it seems plausible that this investment will pay off if it is supported by strong leadership.

Beyond the three factors predisposing an organization to make purposeful or active use of performance indicators, our study identified four common factors regardless of the type of use of performance indicators: the compatibility of performance information with organizational needs, the need to develop performance indicators, the complexity/simplicity of performance information and the support offered to the rehabilitation organizations by their provincial association. In our study, the complexity/simplicity of the information had no influence on the type of use of performance indicators. In fact, the organizations appropriated performance indicators that corresponded to their skills and performed analyses that were relevant and accessible to them. Most appreciated each indicator individually without linking

them to other indicators. This lack of skills, knowledge or expertise to perform more complex analyses has been demonstrated by other authors (Chan & Ho, 2000; Lemire et al., 2013), who have also shown the need to provide expert support to organizations. In our study, the support from the provincial association, in the form of an informative workshop, proved sufficient to support overall understanding, but was clearly inadequate to enable organizations to maximize the analytical possibilities offered by this kind of data. Personalized support would be preferable to encourage organizations to move to a more purposeful use of performance indicators.

Practice implications

Several key recommendations are proposed that can be beneficial to health organizations involved in similar activities to measure their organizational performance.

- **Establish knowledge sharing mechanisms.** The essence of benchmarking is that it can provide organizations the opportunity to adopt and adapt the organizational processes of the most successful organizations instead of trying to discover these processes by themselves. This involves the sharing of efficient processes with other organizations (Cole, 2011; Kay, 2007). This sharing can be by inter-organizational visits, however, this practice is uncommon in healthcare organizations (Ettorchi-Tardy, Levif, & Michel, 2012). The introduction at the associative level of annual recurrent mechanisms for structured discussions between organizations to identify performance gaps and to share the performing processes would be a viable option.

- **Provide support to conduct comparative performance analyses.** Support for analyzing performance data could be provided through access to expert consultants in the field. For example, this service could be offered through individual counselling sessions or by providing specific support for a group of comparable organizations. This kind of support would allow organizations to maximize the opportunities offered by performance data and could help to maintain their interest in organizational performance in addition to promoting the organizational learning that is the main objective of this kind of exercise (Cole, 2011; Ettorchi-Tardy et al., 2012).
- **Ensure the reliability of performance data.** When doubts persist as to the quality of data, organizations are forced to put a great deal of energy into ensuring that the underperformance is real and not just due to incorrect data entry. Establishing a recurrent process at the associative level such as an annual audit of organizations' data to ensure their accuracy and reliability, could lead to data standardization and be a way to increase confidence in the reliability of organizations' data.
- **Periodically review performance indicators.** Health organizations operate in an environment where their information needs are rapidly changing, and advances in information technology and access to databases can provide a large variety of information. Establishing a periodic review mechanism (Lemire et al., 2013) (e.g., every three years) would enable to examine the relevance of the indicators in an updated context and provide the ability to explore whether new indicators that are more relevant are available.

- **Diversify indicators so that they can cover different measurement levels (provincial, regional, organizational) and organizational contexts.** Organizations do not have the same offer of services and do not all operate in the same environment (e.g., regional, urban, affiliated or at a university). Offering a variety of indicators would better meet the information needs of different organizations. One option would be to issue a set of core indicators applicable to all organizations while another set of specific indicators would be disseminated to a subset of organizations with common characteristics, providing these facilities a better opportunity for comparison (Veillard et al., 2005).

Study limitations

This study has some limitations. First, this study was conducted in one Canadian province and was interested in a specific type of health organization: organizations providing rehabilitation services to people with physical disabilities. Since the socio-political context and the health care organization may vary in different health systems, these aspects must be taken into account before transferring our results to other types of organizations or health systems. While the ability to make generalizations from our study is limited, the transferability of our findings is maintained and even strengthened due to the explicit description of the context in which these health organizations operate as well as the common factors that influenced the use of the performance indicators. This allows readers to extract information relevant to their context (Yin, 2003). A second limitation is related to the method of data collection used, i.e., individual interviews. It is possible that a social desirability bias and/or recall bias have distorted the respondents' answers in connection with the use of organizational performance

indicators or factors that influenced this use since the interviews were mainly focused on respondents' perceptions of these topics. The results should be interpreted with prudence.

Conclusion

This study makes several contributions. First, our results show that organizational performance tools have the ability to support purposeful or political use, or in other words, to support the initiation of projects to improve the quality of care or negotiations with decision makers. In agreement with the theories of innovation implementation (Damschroder et al., 2009) our results show that such use was influenced by factors including the perceived level of quality of performance indicators, the organizational context and the external context. The positive or negative influence of each factor is closely linked to the context in which each organization operates. Future studies are needed to evaluate the real impact of the use of such performance indicators by health organizations on the quality of care.

Acknowledgements

We gratefully acknowledge the involvement of all study participants.

References

Adair, C. E., Simpson, L., Birdsell, J. M., Omelchuk, K., Casebeer, A. L., Gardiner, H. P., . . . Beausejour, P. (2003). Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness. A State of the Science Review: The Alberta Heritage Foundation for Medical Research

Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 5-13.

Bourne, M., Neely, A., Mills, J., & Platts, K. (2003). Why some performance measurement initiatives fail: lessons from the change management literature *Int. J. Business Performance Management*, 5, 245-269.

Brown, A., Baker, G. R., Closson, T., & Sullivan, T. (2012). The Journey toward High Performance and Excellent Quality. *Healthcare Quarterly*, 15 (Special Issue), 6-9.

Chan, Y. C.-L., & Ho, S.-J. K. (2000). The Use of Balanced Scorecards in Canadian Hospitals. Unpublished paper. *Michael G. De Groote School of Business, McMaster University, Hamilton, Ontario.*

Cheng, S. M., & Thompson, L. J. (2006). Cancer Care Ontario and integrated cancer programs. *Journal of Health Organization and Management*, 20(4), 335-343.

Cole, M. J. (2011). Benchmarking: contemporary modalities and applications. *Evaluation Journal of Australasia*, 11(2), 42-48.

Damschroder, L., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50), 1-15.

de Lancer Julnes, P., & Holzer, M. (2001). Promoting the utilization of performance measures in public organizations: an empirical study of factors affecting adoption and implementation. *Pub Adm Rev*, 61(6), 693-708.

de Waal, A. A., & Counet, H. (2009). Lessons learned from performance management systems implementations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 58(4), 367-390.

Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2012). Benchmarking: A Method of Continuous Quality Improvement in Health. *Healthcare Policy*, 7(4), e101-119.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2008). Performance reporting to help organizations promote quality improvement. *Healthcare Policy*, 4(2), 70-74. Goddard,

M., Mannion, R., & Smith, P. (1998). Performance indicators. All quiet on the front line. *Health Serv J*, 108, 24-26.

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: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn010>

Guest, C., Namey, E. E., & Mitchell, M. L. (2013). *Collecting Qualitative Data: A field manual for Applied Research*. London: SAGE Publications.

Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M., & Margolis, P. (2010). The Influence of Context on Quality Improvement Success in Health Care: A Systematic Review of the Literature. *The Milbank Quarterly*, 88(4), 500-559.

Kay, J. (2007). Health Care Benchmarking. *The Hong Kong Medical Diary*, 12(2), 22-27.

Kollberg, B. (2003). *Exploring the use of Balanced Scorecards in a Swedish health care organization*. Linköpings universitet, Linköpings, Sweden.

Lemire, M., Demers-Payette, O., & Jefferson-Falardeau, J. (2013). Dissemination of performance information and continuous improvement : a narrative systematic review. *Journal of Health Organization and Management*, 27 (4), 449-478.

Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Leatherman, S., & Brook, R. H. (2000). The Public Release of Performance Data: What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence. *Journal of the American Medical Association*, 283(14), 1866-1874.

McDavid, J., Huse, I., & Hawthorn, L. (2013). *Program Evaluation and Performance Measurement: An Introduction to Practice* (2 ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Mettler, T., & Rohner, P. (2009). Performance Management in Health Care: The Past, the Present, the Future. *Wirtschaftsinformatik*, 2, 699-708.

Miles, M. B., & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook* (2 ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Mor, V. (2005). Improving the quality of long-term care with better information. *Milbank Quarterly*, 83(3), 333-364.

Moynihan, D. P. (2009). Through A Glass, Darkly: Understanding the Effects of Performance Regimes. *Public Performance and Management Review*, 32(4), 592-603.

Nolte, E. (2010). International benchmarking of healthcare quality: A review of the literature (pp. 48). Santa Monica: CA: RAND corporation.

Northcott, D., & Llewellyn, S. (2005). Benchmarking in UK health: a gap between policy and practice? *Benchmarking: An International Journal*, 12(5), 419-435. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/14635770510619357>

Ovretveit, J. (2010). Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *Qual Saf Health Care*, 19, 490-492.

Ramage, P., & Armstrong, A. (2005). Factors impacting on the implementation and use of performance measurement within Victoria's human services agencies. *Evaluation Journal of Australasia*, 5(2), 5-17.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A., Barnsley, J., Béland, F., & Leggat, S. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, 11(1), 24-48.

Siu, E. C. Y., Levinton, C., & Brown, A. D. (2009). The value of performance measurement in promoting improvements in women's health. *Healthcare Policy*, 5(2), 52-67.

Thompson, B., & Harris, J. (2001). Performance measures: Are we measuring what matters? *Am J Prev Med* 20(4), 291-293.

Veillard, J., Champagne, F., Klazingas, 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*. 1-10.

Vérificateur général du Québec. (2010). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011. Tome II : Suivi de la performance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, (pp. 1-36).

Yin, R. (2003). *Case study research: design and methods*. London: Sage Publications.

Chapitre 6 Discussion

Le but de ce projet de thèse était de mieux comprendre le processus d'implantation et d'utilisation de SMP dans les organisations de réadaptation ainsi que les facteurs qui peuvent influencer sur ces derniers. Les trois manuscrits du chapitre précédent ont permis de répondre à ce but. Afin de mettre en évidence comment les résultats fournissent une compréhension globale de l'implantation de SMP dans les organisations de réadaptation nous allons tout d'abord discuter des principaux résultats de la présente recherche en fonction des quatre objectifs de recherche exposés au premier chapitre pour terminer par une synthèse globale des résultats. Par la suite, nous allons aborder les différentes contributions théoriques et pratiques de cette thèse ainsi que de ses limites. Finalement, nous allons suggérer quelques pistes de recherche dans le domaine de l'implantation des mesures de performance.

6.1 Niveau d'implantation des SMP dans les organisations de réadaptation

Nos résultats montrent que les décideurs des organisations de réadaptation ont tous utilisé d'une façon ou d'une autre l'information issue des SMP (articles deux et trois). Dans le cas de l'utilisation du SMP organisationnel (article deux) nous avons qualifié de modéré le niveau d'implantation du SMP car il y avait un écart entre l'utilisation collective principale prévue par les décideurs et l'utilisation collective rapportée. En pré-implantation, l'utilisation principale prévue du SMP était l'utilisation ciblée i.e. que l'organisation voulait utiliser l'information de performance pour soutenir la prise de décision dans un objectif d'amélioration de la qualité grâce à l'accès en temps opportun à des données objectives. Il y avait aussi une forte intention d'utiliser le SMP comme un outil politique de négociation avec le CA de

l'établissement et l'agence régionale. Toutefois, en post-implantation, l'utilisation rapportée du SMP était principalement passive et était essentiellement pour faire le suivi de la réalisation des objectifs organisationnels plutôt que pour soutenir la prise de décision pour l'amélioration de la qualité comme initialement prévu. De même, l'utilisation politique a été principalement limitée à des fins de reddition de comptes grâce à la dissémination stratégique de l'information de performance au conseil d'administration de l'hôpital (environ 4 fois par an) et dans le rapport annuel obligatoire à l'agence de santé régionale. De plus, le SMP n'a pas été utilisé comme un outil de négociation avec ces instances comme prévu.

Dans le cas du SMP provincial (article trois), les résultats démontrent que le SMP a été utilisé par tous les CRDP ayant participé à l'étude (n=16). La majorité des organisations (63%) ont utilisé cette information de performance de façon ciblée i.e. qu'ils ont entrepris des actions pour améliorer la qualité de leurs soins. Étant donné que pour cette étude de cas, nous avons procédé à l'évaluation de l'implantation du SMP provincial plus de deux ans après son développement et dissémination, il ne nous était pas possible d'établir l'utilisation visée du SMP en pré-implantation. Par conséquent, l'écart entre l'utilisation prévue et rapportée n'a pu être évalué. Donc, pour porter un jugement sur le succès de l'utilisation du SMP provincial, nous avons utilisé comme indicateur l'utilisation collective rapportée par chaque CRDP. En nous basant sur cet indicateur et sur les experts en performance qui statuent que l'objectif d'un SMP est une utilisation ciblée i.e. principalement pour l'amélioration de la performance, nous avons qualifié le niveau d'implantation du SMP provincial comme fortement réussi étant donné qu'une majorité de CRDP l'ont utilisé de cette façon.

Globalement, nos résultats confirment que les organisations de réadaptation utilisent l'information de performance de multiples façons à la fois. Cependant, peu d'études sur le sujet relatent ces multiples utilisations. La plupart des études ne rapportent souvent que l'utilisation prédominante laquelle selon l'étude, sera davantage politique, ciblée ou passive. Par exemple, plusieurs études rapportent une utilisation surtout politique, principalement pour la reddition de comptes (Kollberg, 2003) ou pour effectuer des demandes de financement supplémentaires (Mannion & Davies, 2002) sans discuter d'autres types d'utilisations. D'autres études rapportent une utilisation uniquement ciblée de la majorité des organisations investiguées où l'information de performance est revue régulièrement par des comités décisionnels et différents types d'activités sont entreprises pour améliorer la performance sur certains indicateurs (Schilling et al., 2010; Tu & Cameron, 2003; Tung & Yang, 2009). Finalement, d'autres études ne relatent qu'une utilisation surtout passive où l'information de performance est très peu utilisée (Marshall, Hiscock, & Sibbald, 2002; Siu, Levinton, & Brown, 2009). Cependant, certains auteurs (de Lancer Julnes & Holzer, 2001) affirment qu'il est important de continuer de disséminer de l'information de performance même aux organisations qui utilisent peu cette dernière, car cela contribue au développement d'une culture d'amélioration et pourrait favoriser à plus long terme une utilisation ciblée de cette information.

Dans les sections suivantes nous allons discuter de l'influence des facteurs contextuels sur l'implantation des SMP en structurant la discussion autour des cinq dimensions du cadre conceptuel CFIR.

6.2 Facteurs influençant l'utilisation du SMP

Cette section discutera des facteurs principaux qui ont influencé l'implantation de SMP dans les organisations de réadaptation. Elle est organisée selon les domaines principaux du CFIR qui a servi de cadre d'analyse des données et aborde globalement l'objectif quatre de la thèse. Le niveau de préparation de l'organisation, qui adresse le premier objectif de la thèse sera d'abord discuté. Le niveau de préparation organisationnelle, même s'il n'est pas un domaine distinct du CFIR, est considéré par les experts en changement organisationnel comme un précurseur essentiel à la mise en œuvre réussie ou non d'une innovation (Weiner, Amick, & Lee, 2008) de là l'importance de l'évaluer et de le discuter de façon distincte. Tous les domaines du CFIR ont exercé une certaine influence sur l'implantation et l'utilisation du SMP. Dans chaque domaine du cadre conceptuel, chacun des deux cas est discuté, en mentionnant l'article de la section des résultats auquel on réfère, suivi d'une synthèse inter-cas. De plus, lorsque présentes, les interrelations entre les construits ou les domaines, sont également présentées.

6.2.1 Influence du niveau de préparation organisationnelle sur l'implantation et l'utilisation d'un SMP

Dans le cas de notre recherche doctorale, nous avons procédé à l'évaluation du niveau de préparation organisationnelle d'une organisation de réadaptation procédant à l'implantation d'un SMP organisationnel (article un). Plus précisément, nous étions intéressés à comprendre quels étaient les facteurs qui auraient pu avoir une influence positive ou négative sur le niveau de préparation de l'organisation à utiliser le SMP par rapport au niveau de préparation au niveau individuel.

En accord avec d'autres études sur le sujet (Jessup, 2007; Paré et al., 2011; Rafferty, Jimmieson, & Armenakis, 2013), nos résultats illustrent que le concept de préparation organisationnelle est multidimensionnel. Nous avons identifié 12 facteurs, répartis dans trois thèmes principaux, qui influencent le niveau de préparation organisationnelle : les caractéristiques des utilisateurs visés du SMP, les caractéristiques du SMP et les caractéristiques organisationnelles. Globalement, le niveau de préparation de l'organisation à l'implantation du SMP a été qualifié comme élevé en pré-implantation: 10 des 12 facteurs identifiés étaient des facilitateurs et deux des barrières. En effet, l'expérience préalable des utilisateurs visés du SMP, leur perception de leur auto-efficacité à l'utiliser ainsi que leur intention d'utiliser le SMP une fois implanté étaient tous des facteurs influençant positivement le niveau de préparation organisationnelle. De plus, une vision commune des caractéristiques désirées du SMP, le besoin collectif perçu d'implanter un SMP, l'engagement de la haute direction qui a donné la priorité à ce projet, qui a favorisé une gestion participative et l'intention des décideurs d'utiliser les structures organisationnelles existantes pour intégrer le SMP dans la routine quotidienne étaient également associés positivement au niveau de préparation organisationnelle à un SMP. Les deux seuls facteurs identifiés qui ont influencé négativement le niveau de préparation organisationnelle étaient la perception que les ressources octroyées au développement et à l'implantation du SMP étaient insuffisantes et qu'il y aurait une résistance de certains membres de l'équipe de direction.

Nos résultats démontrent également que le niveau de préparation élevé au SMP en pré-implantation a été un facilitateur à son implantation et à son utilisation. D'autres études

appuient l'importance d'un niveau de préparation élevé à une innovation donnée pour son implantation réussie. Par exemple, une étude canadienne de Cunningham et al (2002) établit qu'un niveau élevé de préparation organisationnelle élevé était un des meilleurs prédicteurs à la participation à des activités d'amélioration de la qualité dans un hôpital canadien. Une autre étude de Hagerdon et al (2010) révèle que des équipes cliniques qui avaient implanté davantage de nouvelles pratiques de prévention de l'hépatite avaient un niveau de préparation organisationnelle plus élevé que les équipes en ayant implanté moins.

Cependant, même si ce niveau de préparation élevé a exercé une influence positive sur l'implantation du SMP, ce facteur, à lui seul, est insuffisant pour assurer une implantation avec succès d'un SMP. Ceci est en accord avec plusieurs modèles ou cadres d'implantation des innovations en santé (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004). Comme il sera discuté dans les sections subséquentes, de nombreux autres facteurs, de concert avec le niveau de préparation organisationnelle, ont eu une influence sur l'implantation et l'utilisation du SMP.

6.2.2 Influence du contexte externe

Dans cette étude, l'influence du contexte externe a été évaluée avec les trois construits suivants provenant du cadre conceptuel utilisé (CFIR) : les politiques externes et incitatifs; la pression par les pairs et le cosmopolitanisme. Concernant l'implantation du SMP organisationnel (article deux), aucun de ces facteurs n'a été perçu par les décideurs comme ayant influencé l'implantation du SMP. Toutefois, les répondants ont signalé un manque de pression des politiques existantes et un manque d'incitatifs externes pour le développement et

l'implantation d'un SMP au niveau organisationnel. Les répondants estiment que même si le discours sur la performance est omniprésent dans le système de soins de santé, les organisations de réadaptation n'ont pas de réelle pression, autre que leurs besoins internes, pour développer et implanter leurs propres SMP. En effet, ils rapportent que leur performance organisationnelle est évaluée par les autorités provinciales de la santé par le biais de rapports annuels comprenant un petit nombre d'indicateurs obligatoires (quatre en déficience physique) ainsi que le bilan financier rapportant que l'équilibre budgétaire est atteint. Ils rapportent également que les organisations sont tenues par la loi de solliciter leur agrément périodiquement et qu'elles sont aussi soumises à de nombreuses autres demandes de reddition de compte imprévues de la part de leur agence régionale pour répondre aux nouvelles préoccupations de ces dernières. Ces multiples exigences nécessitent la mobilisation de nombreuses ressources pour produire les rapports exigés. La perception générale des répondants est que l'évaluation de la performance des organisations de réadaptation de manière multidimensionnelle n'est pas valorisée par les autorités de santé. De plus, ces décideurs estiment qu'il y a également un manque de coordination et d'intégration de l'information qu'on leur demande de produire, ce qui n'est pas un incitatif pour s'engager dans d'autres activités d'évaluation, tel l'implantation d'un SMP organisationnel, à moins de pressions internes importantes.

De plus, malgré l'importance collective donnée à la mesure de la performance par l'ensemble des organisations de réadaptation, concrétisée par l'implantation du SMP provincial, les répondants rapportent ne pas avoir ressenti de réelle pression de leurs partenaires du réseau de santé pour implanter leur propre SMP.

Cependant, le contexte externe a contribué à la priorisation de la performance et au développement d'un SMP collectif provincial par les CRDP membres de l'AERDPQ. En effet, la mise en place de tableaux comparatifs de la performance auprès d'autres types d'organisations de la santé (ex : CSSS) ou d'autres programmes-services (ex : santé physique) a engendré une crainte d'être comparés sur la base d'indicateurs ne reflétant pas nécessairement leur réalité. Par conséquent, ces organisations ont initié le développement et l'implantation d'un SMP provincial.

Globalement, ces résultats nous amènent à conclure que le contexte externe a exercé une influence ambigüe sur l'implantation de SMP dans les organisations de réadaptation. En effet, son influence semble facilitatrice au niveau de l'implantation d'un SMP provincial commun aux organisations de réadaptation même si ces résultats de performance ne sont pas diffusés aux autorités décisionnelles gouvernementales (ASSS et MSSS). Par contre, même si l'absence de politiques et de mesures incitatives pour promouvoir l'évaluation de la performance au niveau organisationnel ne semble pas avoir influencé l'implantation du SMP organisationnel, cela n'a pas non plus encouragé les organisations en ce sens. Plus précisément, le manque d'alignement et d'intégration de la part des autorités de santé des diverses exigences de reddition de compte a également été rapporté dans d'autres études ou rapports (Damberg et al., 2011; Radnor & Lovell, 2003) comme n'étant pas un incitatif à la mesure de la performance. En outre, il y a peu de reconnaissance, d'encouragement ou de ressources financières dédiés spécifiquement aux organisations qui initient des activités pour mesurer leur performance ou qui sont reconnues comme étant performantes (Centre for Health

Services and Policy Research, 2004; Lemire et al., 2013; Rabbani et al., 2011; Vérificateur général du Québec, 2010) ce qui constitue également un frein à ce type d'évaluation.

En bref, même si les organisations ont peu de pouvoir d'action sur ces facteurs du contexte externe, il demeure important de reconnaître et de comprendre leur potentiel d'influence sur l'implantation d'une innovation telle que le SMP.

6.2.3 Influence des caractéristiques du SMP

Les résultats de notre première étude de cas (article deux) portant sur l'implantation d'un SMP organisationnel révèlent que plusieurs des caractéristiques du SMP ont été positivement perçues par les répondants et ont été des facilitateurs à son utilisation (ex : utilité ou avantages perçus, niveau de complexité bas, qualité de la présentation visuelle) et ce, tout au long de l'implantation du SMP. Cependant, deux autres caractéristiques du SMP se sont avérées avoir une influence importante surtout sur le type d'utilisation du SMP effectué par l'organisation. En effet, la qualité du SMP développé et son manque d'adaptabilité pour répondre aux besoins d'information émergents ont été identifiés comme des barrières à son utilisation pour la prise de décision et l'initiation de projets d'amélioration (utilisation ciblée). La critique concerne le choix trop générique et stratégique des mesures de performance. Les informateurs clés ont rapporté que les indicateurs étaient trop globaux, peu diversifiés et pas assez opérationnalisés pour la prise de décision. En outre, l'information de performance était connue préalablement à sa dissémination au comité de direction et perdait donc de sa pertinence. La pertinence perçue des indicateurs, leur dissémination au moment opportun et la fréquence de cette dissémination sont des facteurs importants ayant influencé l'utilisation de

SMP qui ont également été rapportés dans d'autres études (Adair et al., 2003; Cheng & Thompson, 2006; de Waal & Counet; Lemire et al., 2013).

La sélection des indicateurs de performance lors de la phase de développement du SMP joue un rôle important pour éclairer la prise de décisions des décideurs (McAdam, Hazlett, & Casey, 2005; Wisniewski & Stewart, 2004). Dans les deux études de cas, la sélection des indicateurs ne s'est avérée que partiellement compatible aux besoins des utilisateurs. Ce manque de compatibilité a entraîné une utilisation différente, davantage axée sur la reddition de compte, ce que d'autres auteurs ont aussi identifié (Taylor, 2009). Cet enjeu de compatibilité suggère que la poursuite d'un objectif de reddition de comptes et d'un objectif d'amélioration de la performance avec le même SMP risque d'être complexe (Halachmi, 2002; McDavid & Huse, 2012; Wisniewski & Stewart, 2004). Dans une perspective d'utilisation politique où la reddition de compte est importante, la crainte de ne pouvoir atteindre certains objectifs et leur cible associée, peut amener les organisations à minimiser ce risque en choisissant des cibles plus faciles à atteindre afin de s'assurer de leur réalisation. Évidemment, en procédant ainsi on s'assure d'être performant, mais en contrepartie il y a aussi un danger que cette information de performance soit moins pertinente ou compatible avec les besoins en information des décideurs. Une façon d'aborder ce problème serait, dès la phase de développement, de développer des SMP complémentaires, avec un niveau de détail plus élevé pour les besoins internes en vue d'une amélioration de la performance, mais alignés et interdépendants afin de concilier ces différents objectifs et répondre aux différents besoins en information des utilisateurs (McAdam et al., 2005; McDavid & Huse, 2012; Wisniewski & Stewart, 2004; Yap et al., 2005). Plus spécifiquement,

un tel SMP pourrait inclure une composante plus stratégique de reddition de compte pour le conseil d'administration de l'établissement ou d'autres utilisateurs externes et une composante plus opérationnelle et décisionnelle pour le comité de direction ou d'autres utilisateurs internes. Le développement d'une composante plus opérationnelle pourrait encourager les organisations à développer des SMP avec des caractéristiques (ex : qualité, pertinence, utilité des indicateurs) qui répondront plus adéquatement aux besoins en information des décideurs internes.

Concernant l'implantation du SMP provincial (article trois), les résultats sont semblables. De façon générale, les avantages perçus du SMP provincial (ex : permet d'apprécier le niveau de performance organisationnelle en se comparant aux autres CRDP, permet de suivre l'évolution de la performance d'année en année, etc.) et le peu de complexité perçue du SMP ont influencé positivement son utilisation, car chaque organisation l'a utilisé selon les compétences et l'expertise des directeurs en place.

La qualité perçue du SMP provincial (article trois), plus particulièrement la validité et à la fidélité des données, a permis de distinguer les CRDP qui ont fait une utilisation davantage ciblée de l'information de performance par rapport aux CRDP qui en sont restés à une utilisation passive. En effet, les organisations qui ont fait une utilisation ciblée des indicateurs de performance ont accordé une importance particulière à la validité des données qui a été déterminée par ces organisations par une investigation et une corroboration de ces données par d'autres résultats internes. Les organisations qui en sont restés à une utilisation passive ont reproché au rapport de performance, de ne pas avoir suffisamment d'indicateurs dans certaines

dimensions (parfois un seul indicateur par dimension), entraînant la perception d'un manque de validité et par conséquent une appréciation biaisée de la performance. Ces mêmes organisations ont questionné la fiabilité des données en mentionnant que malgré des définitions claires pour chaque indicateur, la saisie de ces derniers demeurait non harmonisée. D'autres études (Lemire et al., 2013; Mannion & Goddard, 2001; Marshall et al., 2000) ont soulevé l'influence de la validité et de la fidélité perçues par les utilisateurs sur leur utilisation d'indicateurs de performance.

De façon globale, dans les deux études de cas, les résultats montrent l'importance de certaines caractéristiques clés du SMP sur l'utilisation de ce dernier. Plus particulièrement, la qualité perçue du SMP est essentielle et influence le type d'utilisation. Plus les utilisateurs perçoivent que l'information de performance est valide, fidèle et utile, plus ils auront tendance à utiliser cette information (Chan & Ho, 2000; Cheng & Thompson, 2006; Lemire et al., 2013; Mor, 2005; Taylor, 2009; Tu & Cameron, 2003) et à l'utiliser davantage pour l'amélioration de leur performance organisationnelle que pour la reddition de compte ou tout simplement comme outil de suivi ou d'information. Cependant, même si les organisations ont perçu que les indicateurs étaient généralement peu pertinents ou compatibles avec leurs besoins en information, il était suffisant qu'une organisation juge sa performance sous-optimale sur un indicateur perçu comme valide et important, pour qu'une action organisationnelle soit entreprise. Notre étude fait donc ressortir que l'utilité et la validité perçues des indicateurs sont des facilitateurs plus importants que la compatibilité ou la pertinence perçue des indicateurs de performance.

Ceci nous amène à nous interroger sur les raisons de ce peu de compatibilité perçue par les utilisateurs visés du SMP provincial et du SMP organisationnel. En effet, dans les deux études de cas, le projet de développement du SMP était initié à l'interne, donc les décideurs avaient toute la latitude de développer le SMP le plus aligné à leurs besoins en information. Tel ne fut pas le cas. Autant le SMP organisationnel que le SMP provincial étaient peu compatibles avec les besoins en information des décideurs. Une explication plausible dans le cas du SMP organisationnel est la disponibilité et l'octroi de peu de ressources pour le développement du SMP. En effet, l'organisation ne disposait ni des ressources pour engager un expert dans le domaine de la performance ni pour dédier un responsable dont la tâche principale aurait été le développement du SMP. L'influence des ressources sur le succès de l'implantation d'un SMP a été rapportée dans plusieurs études (Adair et al., 2003; de Lancer Julnes & Holzer, 2001; Lemire et al., 2013; Radnor & Lovell, 2003; Verzola et al., 2009). De plus, autant pour le SMP organisationnel que le SMP provincial, les organisations avaient décidé de n'utiliser que des indicateurs disponibles. Ce choix était surtout lié au coût d'implanter de nouveaux indicateurs et à la difficulté de chercher un accord parmi les CRDP sur les «meilleurs indicateurs» à développer. Cependant, les informateurs clés étaient tous conscients des limites des indicateurs disponibles qui apportaient peu ou pas du tout l'information souhaitée. Cet enjeu a également été discuté dans d'autres études qui ont fait ressortir que l'utilisation d'indicateurs choisis uniquement sur la base de leur disponibilité n'est pas toujours optimale pour favoriser l'amélioration de la performance (Adair et al., 2006; Kraetschmer et al., 2014). Adair et al (2006), dans une revue systématique sur la mesure de la performance dans le domaine de la santé, affirment qu'une tension dynamique devrait exister entre le besoin d'indicateurs locaux disponibles par rapport aux bénéfices potentiels

d'implanter de mesures standardisées plus coûteuses mais qui permettraient d'établir une comparaison inter-établissement et auraient par conséquent davantage le potentiel de favoriser l'amélioration de la performance.

6.2.4 Contexte interne

Les résultats de l'implantation du SMP organisationnel montrent que l'engagement continu et le leadership de la haute direction ont été décisifs dans l'implantation et l'utilisation du SMP. De plus, ce construit a été déterminant dans l'influence qu'il a exercée sur plusieurs autres facteurs organisationnels dont le besoin organisationnel d'un SMP, l'engagement des directeurs dans le projet, la priorité organisationnelle accordée au SMP ainsi que les ressources octroyées à son implantation, la qualité des communications et le climat d'apprentissage organisationnel. Nos résultats montrent que ce seul construit, via l'influence qu'il a exercée sur de nombreux aspects organisationnels, s'est révélé crucial dans le succès de l'implantation d'un SMP. Nos résultats viennent donc corroborer les résultats de nombreuses autres études qui ont également montré l'importance qu'ont l'engagement et le leadership de la haute direction sur le succès d'implantation de SMP ou autres initiatives visant l'amélioration de la qualité des soins (Bourne et al., 2000; Kaplan et al., 2010; Kollberg, 2003; Lemire et al., 2013; Radnor & Lovell, 2003; Weiner, Shortell, & Alexander, 1997).

En effet, le leadership de la haute direction s'est exprimé par une communication claire aux directeurs et au CA de la plus-value et de l'importance d'implanter un SMP de façon à renforcer le besoin organisationnel d'un SMP, besoin déjà présent dans l'organisation. Ceci a contribué à maintenir élevé tout au long de l'étude, le besoin perçu d'un SMP et a été un

facilitateur important de l'implantation du SMP. Une communication convaincante et de qualité de la part des leaders de même qu'une participation active des utilisateurs autant dans la prise de décision que lors du processus d'implantation sont deux des stratégies les plus efficaces pour optimiser l'adoption et l'utilisation d'une innovation (Armenakis & Harris, 2002; Kotter, 1995). Plus précisément, la participation active facilite l'appropriation de l'innovation et l'engagement des utilisateurs (Bouckenooghe, 2008; Lemire et al., 2013).

Le leadership de la haute direction a également été décisif sur d'autres facteurs du contexte organisationnel. En effet, une restructuration à dessein du comité de direction a permis de passer d'un climat d'apprentissage pauvre en pré implantation du SMP, caractérisé par la perception d'une inégalité du pouvoir entre les directeurs où chacun travaillait en silo et où peu d'informations étaient partagées collectivement à un climat de collaboration où le travail d'équipe et le partage d'information était fortement encouragés. Cette amélioration des relations de travail a conduit à un climat de confiance entre les directeurs et a entraîné un plus grand partage et une diffusion plus rapide de l'information officielle (via des réunions officielles, documents partagés), mais aussi des communications informelles (appels téléphoniques, courriels, etc.). Ainsi, ce climat d'apprentissage plus favorable et l'amélioration de la qualité des communications entre les directeurs ont été des facilitateurs à l'implantation du SMP. Un climat de travail positif caractérisé par une ouverture au feedback, un sentiment de sécurité psychologique et des relations positives entre les membres d'une équipe, est un des facteurs associés à une implantation réussie d'initiatives d'amélioration de la qualité (Kaplan et al., 2010) ou d'innovations en santé (Greenhalgh et al., 2004).

Une autre influence décisive du leadership de la haute direction a été la quantité et le type de ressources allouées au projet d'implantation du SMP. Les organisations de santé font face à de nombreuses priorités en compétition les unes avec les autres jumelées souvent à des ressources limitées. Par conséquent, un choix doit être effectué sur la distribution de ces ressources. Dans le cas de l'implantation du SMP, les informateurs clés ont perçu que les ressources octroyées au développement et à l'implantation étaient insuffisantes, mais qu'il n'aurait pas été possible d'en accorder davantage étant donné le contexte de restrictions budgétaires qui prévalait dans l'organisation. Le développement et l'implantation du SMP devaient être intégrés aux autres tâches des directeurs et en utilisant des structures organisationnelles formelles telles que les réunions du comité de direction. Cependant, tout au long du projet de développement et d'implantation, la présence d'un cadre supérieur responsable de la gestion et la coordination du SMP a été perçue comme étant un facilitateur à l'implantation du SMP. La non-disponibilité de ressources supplémentaires pour développer un système d'information a obligé une extraction manuelle des données. Les ressources limitées ont également abouti à l'incapacité d'investir beaucoup de temps dans la recherche et le développement d'indicateurs alignés sur les besoins d'information des administrateurs. Par conséquent, les ressources allouées au développement PMS et l'implantation ont surtout eu un impact sur la qualité perçue du SMP. On peut donc en conclure que sans être une barrière à l'implantation du SMP, les ressources allouées ont eu un impact sur le type d'utilisation du SMP. De nombreuses études font état de l'importance d'un octroi de ressources adéquat pour assurer une mise en œuvre réussie d'une innovation (Adair et al., 2003; de Lancer Julnes & Holzer, 2001; Lemire et al., 2013; Radnor & Lovell, 2003; Verzola et al., 2009). Plusieurs études sur l'implantation d'innovations rapportent des résultats similaires à l'effet que le

manque de ressources n'a pas empêché les organisations d'implanter une innovation donnée et ne constituent donc pas une barrière déterminante mais un obstacle parmi d'autres à surmonter (Damschroder & Lowery, 2013; Teal, Bergmire, Johnston, & Weiner, 2012; Urquhart, Porter, Sargeant, Jackson, & Grunfeld, 2014; Weiner, Haynes-Maslow, Kahwati, Kinsinger, & Campbell, 2012).

Les résultats de l'implantation du SMP provincial (article trois) abondent dans le même sens que ceux de l'implantation du SMP organisationnel (article deux) quant à l'importance décisive de l'engagement et du leadership de la haute direction sur le type d'utilisation du SMP. En effet, dans les CRDP ayant fait une utilisation ciblée du SMP provincial, la haute direction a donné la priorité au SMP provincial en octroyant du temps à son comité de direction pour analyser les informations de performance mais a aussi dégagé les ressources pour permettre le développement et l'implantation de plans d'action dans l'objectif d'améliorer une sous-performance détectée et cela, malgré le fait que ces organisations rapportaient, tout comme l'ensemble des CRDP, avoir peu de ressources disponibles et faire face à d'autres priorités.

En résumé, l'engagement continu de la haute direction est le facteur déterminant du contexte interne quant à l'implantation et à l'utilisation du SMP via le pouvoir décisionnel que ces personnes ont sur le choix d'une innovation stratégiquement importante pour l'organisation à implanter, sur l'établissement des priorités, sur l'octroi des ressources et sur la mise en place de pratiques pour engager et faire participer les utilisateurs visés dans l'implantation de l'innovation.

6.2.5 Processus d'implantation

Seulement le processus d'implantation du SMP organisationnel a été évalué (article 2) et cela avec quatre construits : la planification, l'exécution selon le plan, l'engagement des personnes clés, et la réflexion et évaluation.

Globalement, le processus d'implantation, d'une durée d'environ 2 ans, a été marqué par des périodes de ralentissement suivies par des périodes d'activités plus intenses selon les priorités organisationnelles du moment, étroitement liées aux pressions internes et externes. La planification s'est avérée être une barrière importante à l'implantation et à l'utilisation du SMP. En effet, malgré une planification des étapes de développement du SMP, comprenant l'échéancier pour chacune des étapes, présenté et approuvé par le comité de direction, des éléments essentiels étaient manquants. Les informateurs clés ont rapporté que le partage d'une vision commune de ce que serait le SMP, les besoins en information des directeurs, l'utilité du SMP pour l'organisation et son utilisation prévue n'ont pas été abordés par le comité de direction ni lors de la planification, ni par ailleurs lors de l'ensemble du processus d'implantation et cela malgré les réunions régulières préétablies du comité de direction offrant une structure de communication formelle et régulière utilisée autant pour le développement que l'implantation du SMP. Ce manque de mise au point ou de partage d'une vision commune du SMP désiré a entraîné une perception de faible qualité du SMP et d'un contenu peu compatible avec les besoins en information. Cette situation a eu un impact négatif sur le type d'utilisation du SMP, la limitant principalement à la reddition de compte.

Plusieurs études ont documenté l'importance d'effectuer une planification détaillée du processus d'implantation (Ham et al., 2008; Øvretveit et al., 2012). Le processus même de planification pourrait être un moyen pour rendre l'organisation et les utilisateurs visés du SMP plus réceptifs à ce dernier en permettant à la haute direction de véhiculer une vision claire du projet et de ses objectifs et lui permettrait ainsi de rallier les utilisateurs clés autour du projet, ce qui ultimement pourrait favoriser l'implantation et l'utilisation du SMP par ces derniers (El-Jardali et al., 2011; Freeman, 2002; Greenhalgh et al., 2004; Lemire et al., 2013). De plus, l'implication précoce des utilisateurs visés dans le processus de planification et d'implantation pourrait favoriser leur engagement (Armenakis & Harris, 2009; Lemire et al., 2013) et permettrait d'identifier leurs besoins en termes d'information utile pour la prise de décision, ce qui augmenterait la compatibilité entre le SMP développé et leurs besoins en information ce qui, encore une fois, pourrait favoriser positivement son utilisation (Adair et al., 2003; de Waal & Counet; Kanouse, Spranca, & Vaiana, 2004; Lemire et al., 2013; Neely, 2004; Schalm, 2008).

Le processus d'implantation comprend également l'exécution de toutes les activités nécessaires à l'implantation du SMP. Ce facteur a été évalué comme étant un facilitateur à la mise en œuvre du SMP. En effet, l'implication des directeurs dans l'exécution des activités d'implantation a contribué à leur engagement dans ce projet. L'engagement des utilisateurs visés du SMP via leur participation dans l'ensemble du processus allant du développement à l'implantation a été rapporté comme étant un facteur nécessaire afin qu'un SMP soit implanté et utilisé tel que prévu (El-Jardali et al., 2011; Goddard et al., 2000a; Kollberg, 2003; Lemire et al., 2013; Mannion & Davies, 2002). Une autre stratégie qui a favorisé l'engagement des

directeurs fut de désigner une personne responsable de l'implantation et de définir clairement quel directeur était responsable de fournir quelles données. Ces stratégies, qui ultimement ont contribué à favoriser l'implantation de SMP, ont également été rapportées dans d'autres études (Kollberg, 2003; Rabbani et al., 2011).

La réflexion et l'évaluation constituent des mécanismes essentiels permettant de faire un apprentissage collectif par un partage de l'information, des expériences et des connaissances de chacun avec les autres membres du groupe. D'ailleurs, un des buts principaux de l'information de performance est d'offrir la possibilité aux décideurs d'apprendre sur les activités qui sont évaluées, ce qui par la suite pourra favoriser une meilleure prise de décision (Behn, 2003; Moynihan, 2005). Cependant, pour qu'un tel apprentissage collectif ait lieu, il faut que certaines conditions soient présentes. Un contenu du SMP jugé comme pertinent, une diffusion de ce contenu au moment opportun et la fréquence de la rétroaction (Moynihan & Landuyt, 2009; Taylor, 2011) ont été cités comme étant d'une importance primordiale pour permettre aux décideurs d'interpréter individuellement et collectivement les informations sur les indicateurs, en tirer des leçons et appliquer cet apprentissage pour favoriser des améliorations (Behn, 2003). Comme nos résultats l'ont montré, dans le cas de l'implantation du SMP organisationnel, cette condition était loin d'être optimale. D'autres facteurs contextuels contribuant à ce que le processus d'apprentissage se réalise ont également été identifiés dans les écrits scientifiques. L'existence de structures organisationnelles dans lesquelles les employés cherchent à examiner, à discuter, à interpréter l'information de performance afin d'en créer un sens commun et juger si une action à entreprendre est un de ces facteurs nécessaires (Moynihan & Landuyt, 2009). Cependant, ces structures

organisationnelles en place ne fonctionneront que si elles se produisent au sein d'un climat d'apprentissage favorable caractérisé par un sentiment de confiance et de sécurité psychologique où le libre partage de l'information est accepté même lorsque les points de vue diffèrent, où il y a absence de blâme en cas d'erreur et où il y a un temps suffisant alloué pour la réflexion et l'évaluation (Damschroder et al., 2009; Lemire et al., 2013; Moynihan & Landuyt, 2009). Dans le cas de l'implantation du SMP organisationnel, malgré la structure organisationnelle formelle offerte par les réunions bimensuelles du comité de direction et un climat d'apprentissage favorable, le potentiel d'apprentissage organisationnel en lien avec l'information de performance a été limité surtout par l'absence de temps dédié à la réflexion et à l'évaluation collective du SMP jumelée à une perception du contenu du SMP comme étant moins pertinent et à la dissémination d'une information de performance déjà connue par les décideurs.

6.3 Limites de la recherche

Notre recherche comporte trois limites qu'il est important de reconnaître et de discuter. Tout d'abord, une première limite est liée à la transférabilité de l'étude. La transférabilité d'une étude qualitative est accrue si une description détaillée est fournie des participants de l'étude, du contexte et de la méthode de recherche utilisée (Guba & Lincoln, 1989). La transférabilité de notre étude est renforcée car ces éléments ont été décrits. De plus, une généralisation analytique (Yin, 2003), propre aux études de cas, pourrait être faite concernant les facteurs ayant une influence sur la mise en œuvre et l'utilisation du SMP. En effet, ces facteurs sont dérivés d'un cadre théorique (CFIR) et sont corroborés par la recherche

empirique sur la mise en œuvre des SMP dans différents types d'organisations publiques, y compris les organisations de soins de santé. Néanmoins, cette étude devrait être reproduite dans d'autres organisations de réadaptation situées dans d'autres systèmes de gouvernance afin d'établir sa généralisation avec plus de confiance.

Une deuxième limite, présente dans le deuxième cas étudié, est liée au fait qu'un seul informateur clé par CRDP a été interviewé. En effet, typiquement, un SMP est utilisé par un groupe de décideurs et non un seul individu. Cependant, pour des raisons de faisabilité, nous n'avons interviewé qu'un seul décideur par CRDP. Néanmoins, ces décideurs occupaient des postes clé et étaient les mieux informés de l'implantation et de l'utilisation du SMP dans leur organisation. De plus, ces informateurs provenaient de différentes organisations et c'est l'analyse transversale des données qui a permis de dégager les similitudes et les différences entre les organisations quant à leur utilisation de SMP et les facteurs ayant influencé cette utilisation. De plus, la première étude de cas qui a permis de recueillir l'expérience et la perception d'un groupe de décideurs sur un SMP organisationnel a également contribué à minimiser cette limite.

Une troisième limite de notre recherche est la possibilité qu'un biais de désirabilité sociale ait été présent dans les deux études de cas, où les répondants présentent l'utilisation du SMP par leur organisation sous un jour favorable et minimisent ou omettent de discuter de facteurs ayant influencé négativement cette utilisation. Ce biais a pu être en partie limité par le fait que préalablement aux entrevues un rappel était fait aux informateurs clés que leurs

réponses seraient confidentielles et que leur organisation ne pourrait pas être identifiée d'aucune façon lors de toute présentation des résultats.

6.4 Contributions de la thèse

Cette thèse doctorale a fait avancer notre compréhension de l'implantation de SMP dans les organisations de santé, particulièrement les organisations de réadaptation, et apporte donc plusieurs contributions qui peuvent être d'intérêt surtout pour les organismes gouvernementaux responsables de l'amélioration de la performance dans les organisations de santé et les décideurs concernés par le volet qualité et performance dans les organisations de santé.

Tout d'abord, cette thèse a permis de reconnaître et de comprendre le potentiel d'influence du contexte externe sur l'implantation de SMP dans les organisations de réadaptation. Le contexte externe est important à considérer dans l'implantation de SMP même si les organisations ont peu de possibilité d'agir ou d'influencer leur environnement externe. Nos résultats montrent que les organisations de réadaptation ont entrepris le développement et l'implantation de SMP organisationnels ou communs sous leur propre initiative sans incitatif fort des instances gouvernementales. Par conséquent, ces constats suggèrent qu'il serait souhaitable que les organismes responsables de l'amélioration de la performance établissent des collaborations avec les établissements ayant une même mission (ex : les CRDP) afin d'élaborer conjointement des SMP comprenant des objectifs communs, des indicateurs, des cibles et des échéanciers pour les atteindre. Ceci permettrait aux différents détenteurs d'enjeux (public, patients, organisations, MSSS) d'avoir accès à des rapports

comparatifs sur la performance des établissements. Un bon point de départ pour développer des SMP communs serait évidemment les SMP associatifs existants, tel celui développé par l'AERDPQ pour les CRDP. De plus, ces organismes gouvernementaux pourraient mettre en place des incitatifs sous forme d'obligations pour encourager les organisations d'entreprendre des actions d'amélioration de leur performance suite à l'analyse comparative de leur performance.

Nos résultats et d'autres études (Adair et al., 2003; Yap et al., 2005) montrent aussi qu'un SMP commun ne peut pas fournir toute l'information de performance nécessaire aux organisations en lien avec leurs objectifs stratégiques, par conséquent le développement et l'implantation de SMP organisationnels semblent être incontournables. Donc, il serait également souhaitable que les organismes gouvernementaux soutiennent financièrement les organisations qui entreprennent ce genre de projet. Ce soutien financier pourrait se concrétiser par des montants alloués spécifiquement pour le développement et l'implantation d'un SMP et aussi par un soutien sous forme d'experts en performance qui pourraient agir comme facilitateurs dans les organisations mais dont les frais seront défrayés par le MSSS. À part ces incitatifs financiers, d'autres incitatifs pourraient être mis en place sous forme de reconnaissance où par exemple une initiative de mesure systématique de la performance organisationnelle serait soulignée dans des publications officielles ministérielles.

En bref, il serait bénéfique que les instances gouvernementales prennent le leadership dans le dossier de la performance des établissements de santé. En élaborant des SMP adaptés aux types d'organisations de santé, ils leur enverraient le message clair que la performance et

sa mesure sont des aspects importants pour le gouvernement. De plus, l'utilisation d'incitatifs diversifiés et de façon complémentaire permettrait de créer une synergie qui favoriserait la mesure de la performance et surtout l'utilisation des résultats de performance.

Les autres contributions pratiques de cette thèse, formulées sous forme de recommandations, portent sur les facteurs contextuels propres aux organisations qui fournissent un levier d'action ou qui offrent la possibilité d'agir aux décideurs et à tous ceux qui sont responsables de l'implantation de SMP dans les organisations de santé.

Tout d'abord, les décisions et les actions des leaders des organisations de réadaptation ont un impact important sur le développement et l'implantation avec succès ou non de SMP. En effet, tout d'abord, ils ont une influence décisive sur la décision de l'organisation d'adopter un SMP en sachant créer ou renforcer le besoin organisationnel de ce SMP. Ensuite, ils jouent un rôle important dans la qualité de la planification de l'implantation du SMP dans leur organisation. Une phase de planification optimale et une vision commune du SMP comprenant, entre autres, les objectifs du SMP, son utilisation visée et les besoins en information des directeurs, auront un impact certain sur le type d'utilisation du SMP. Par conséquent, une recommandation serait d'accorder une grande importance à cette étape essentielle car en plus de permettre de traiter les points mentionnés plus haut, elle contribuera à clarifier les attentes autant des utilisateurs visés envers le SMP que les attentes de la haute direction sur les rôles et l'implication de chacun ainsi que l'utilisation attendue de cette information de performance. Cette étape, outre sa contribution additionnelle de préparer l'organisation à l'implantation du SMP, pourra également servir à identifier la quantité et le

type de ressources nécessaires pour réaliser un SMP correspondant à la vision commune développée par les utilisateurs visés.

Une deuxième recommandation est liée au contenu du SMP. Nos résultats ont démontré l'importance d'un contenu perçu comme étant valide et utile. Il est donc souhaitable de favoriser le développement d'un SMP aligné avec les besoins en information des utilisateurs visés en offrant un contenu composé d'une diversité d'indicateurs dont le résultat est sous le contrôle de l'organisation et dont la mesure peut mener à des actions concrètes. De plus, il est fortement suggéré de revoir le contenu du SMP périodiquement et de l'adapter aux besoins en informations des utilisateurs afin de favoriser sa pérennisation ou son utilisation à long terme. Une autre adaptation possible du SMP, au cas où la dissémination de l'information de performance serait perçue comme représentant un trop grand risque ou menace pour l'organisation, serait de favoriser le développement de sections distinctes du SMP : une section spécifique dont les résultats seront disséminés à l'externe, pour la reddition de compte par exemple, et une autre section dont les résultats ne seront disséminés qu'à l'interne et qui pourront être davantage utilisés pour l'amélioration de la qualité.

Finalement, il est également souhaitable de ne pas négliger d'octroyer un temps suffisant pour l'évaluation et la réflexion collective en lien avec les progrès de l'implantation, les résultats de performance et leur utilisation organisationnelle ainsi que l'utilité et la satisfaction des utilisateurs avec le SMP. Ceci pourrait favoriser l'apprentissage organisationnel qui est un préalable essentiel à la mise en œuvre d'activités d'amélioration.

6.5 Pistes de recherche

Plusieurs pistes de recherche émergent à la lumière des résultats obtenus. Tout d'abord, il serait pertinent d'explorer la pérennité de l'implantation dans les organisations de réadaptation de tels systèmes de mesure de la performance. En effet, l'Institut NHS pour l'innovation et l'amélioration (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2010) estiment que jusqu'à 70% de tous les changements organisationnels ne survivent pas ou ne sont pas soutenus à long terme. De plus, les recherches évaluatives suggèrent que ce concept devrait être étudié comme un phénomène distinct de l'implantation des innovations (Stirman et al., 2012). Notre recherche a dégagé quelques facteurs qui peuvent influencer négativement l'utilisation à long terme des SMP, mais leur présence ou leur influence peut changer dans le temps. Par conséquent, il serait intéressant d'explorer l'impact à plus long terme de facteurs tels le manque de compatibilité de l'information fournie par le SMP par rapport aux besoins des décideurs, les autres priorités organisationnelles nécessitant une distribution optimale des ressources et le peu de temps disponible aux décideurs pour revoir, améliorer et adapter le SMP à leurs besoins ainsi que d'explorer l'influence d'autres facteurs.

Par ailleurs, dans le contexte de la nouvelle réforme du système de santé, une piste intéressante à explorer sera d'évaluer la capacité des SMP existants à s'adapter et à évoluer. L'impact réel sur la performance organisationnelle des différentes utilisations potentielles de SMP mérite aussi d'être étudié. Les dimensions particulières de la performance qui sont privilégiées par les décideurs, les liens causaux entre la mesure des indicateurs, les actions entreprises et l'amélioration de la performance ont été peu investigués dans les organisations de santé (Adair et al., 2006) et pas du tout au niveau des organisations de réadaptation.

Une dernière avenue de recherche proposée est d'explorer si des processus et des stratégies d'apprentissage inter-organisationnels sont utilisés par les CRDP suite à leur utilisation du SMP provincial. De plus, un intérêt particulier pourrait être porté aux types de stratégies utilisées par les CRDP afin de partager leur processus les plus performants. En effet, le propre de l'analyse comparative est qu'elle peut fournir aux organisations l'opportunité d'adopter et d'adapter les processus organisationnels des organisations les plus performantes au lieu d'essayer de découvrir ces processus par elles-mêmes. Cet apprentissage implique un partage des processus performants avec les autres organisations (Cole, 2011; Kay, 2007). Néanmoins, ce processus est peu investigué dans les organisations de santé et mériterait assurément de l'être (Ettorchi-Tardy, Levif, & Michel, 2012).

Chapitre 7 Conclusion

Cette étude doctorale est la première, à notre connaissance, à avoir étudié l'influence d'une diversité de facteurs, dont le choix était fondé sur un cadre théorique holistique, sur l'implantation et l'utilisation de SMP dans les organisations de réadaptation en déficience physique. Nos résultats ont révélé que les SMP sont utilisés de façon concomitante comme outil d'information, pour initier des projets d'amélioration de la qualité des soins ou pour négocier avec les autorités de santé. Cette utilisation diversifiée des SMP est le résultat de l'interaction complexe et à différents degrés du contexte interne propre à chaque organisation, des caractéristiques perçues du SMP, des processus d'implantation appliqués et du contexte externe dans lequel évoluent les organisations de réadaptation. Cette étude a ainsi révélé qu'un leadership et un engagement continu de la haute direction sont essentiels pour créer un climat favorable à l'implantation d'innovation tels les SMP. En effet, l'engagement continu et le leadership de la haute direction ont été des facteurs décisifs dans l'implantation et l'utilisation du SMP par l'influence qu'ils ont exercé sur plusieurs autres facteurs organisationnels dont le besoin organisationnel d'un SMP, l'engagement des utilisateurs visés dans le projet, la priorité organisationnelle accordée au SMP ainsi que les ressources octroyées à son implantation, la qualité des communications et le climat d'apprentissage organisationnel. Toutefois, même si certains de ces facteurs, comme les ressources octroyées à l'implantation du SMP, la priorité organisationnelle de ce projet et le climat d'apprentissage, se sont révélés à long terme inadéquats, les barrières qu'ils ont constituées se sont avérées être insuffisantes pour empêcher l'implantation réussie et l'utilisation diversifiée des SMP. Néanmoins, ces facteurs ont eu une influence sur le type d'utilisation des SMP, qui pour certaines organisations de réadaptation a

été davantage passif que ciblé ou politique. Cette étude confirme également l'importance des caractéristiques du SMP aux yeux des utilisateurs visés. En effet, la perception qu'un SMP est de qualité et qu'il fournit de l'information utile a contribué positivement à son implantation et à son utilisation. La complexité de l'information de performance ou le peu de compatibilité de cette information avec les besoins des utilisateurs ont été des barrières de moindre importance, qui ont été contournées à la fois grâce aux autres caractéristique positives du SMP mais aussi par le contexte interne généralement favorable à l'implantation d'un SMP. Un SMP de qualité et utile est donc un élément nécessaire mais insuffisant seul à assurer son utilisation sans la prise en considération des autres facteurs du contexte organisationnel interne. Finalement, le soutien d'un organisme externe comme l'AERDPQ s'est avéré indispensable autant pour le développement que l'implantation de SMP par les organisations de réadaptation malgré l'absence de politiques et incitatifs gouvernementaux à cet effet.

Les résultats de cette étude contribuent donc à accroître la base de connaissances sur les divers facteurs contextuels qui influencent l'implantation et l'utilisation d'innovations dans les organisations de santé. Elle démontre la valeur de l'étude de cas comme stratégie de recherche pour l'analyse de l'implantation d'innovations tels les SMP dans les organisations de santé ainsi que la pertinence et l'importance pour produire des connaissances scientifique crédibles d'utiliser un cadre conceptuel qui a une perspective holistique ou de système et qui comprend une diversité de facteurs couvrant l'environnement, au sens large, des organisations. Autant les décideurs au niveau des organisations de santé qu'au niveau des organismes gouvernementaux responsables de leur performance peuvent utiliser les résultats de cette études et les leçons apprises pour mieux comprendre les facteurs contextuels en jeu lors de

l'implantation d'un SMP et ainsi mieux planifier le processus d'implantation. De futures recherches devront se pencher sur la pérennisation de tels systèmes de performance dans les organisations de santé et sur l'impact réel de ces systèmes sur la performance organisationnelle et la qualité des soins.

Bibliographie

Adair, C. E., Simpson, E., & Casebeer, A. L. (2006). Performance Measurement in Healthcare: Part II – State of the Science Findings by Stage of the Performance Measurement Process. *Healthcare Policy*, 2(1), 56-78.

Adair, C. E., Simpson, E., Casebeer, A. L., Birdsell, J. M., Hayden, K. A., & Lewis, S. (2006). Performance Measurement in Healthcare: Part I – Concepts and Trends from a State of the Science Review. *Healthcare Policy*, 1(4), 85-104.

Adair, C. E., Simpson, L., Birdsell, J. M., Omelchuk, K., Casebeer, A. L., Gardiner, H. P., . . . Beausejour, P. (2003). Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness. A State of the Science Review: The Alberta Heritage Foundation for Medical Research

AQESSS. (2015). Performance et sécurité. Retrieved 2015/02/10, from https://www.aqesss.qc.ca/1797/Performance__qualite_et_GIR.aqesss

Armenakis, A. A., Bernerth, J. B., & Pitts Walker, H. J. (2007). Organizational change recipients' beliefs scale: Development of an assessment instrument. *J Appl Behav Sci*, 43, 481-505.

Armenakis, A. A., & Harris, S. G. (2002). Crafting a change message to create transformational readiness. *Journal of Organizational Change Management* 15, 169-183.

Armenakis, A. A., & Harris, S. G. (2009). Reflections: our Journey in Organizational Change Research and Practice. *Journal of Change Management*, 9(2), 127-142. doi: 10.1080/14697010902879079

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2014). Mémoire portant sur le projet de loi No 10: loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (pp. 36): AERDPQ.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.

Behn, R. D. (2003). Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Administration Review*, 63(5), 586-606.

Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.

Bouckenooghe, D. (2008). *What is crucial in developing a positive attitude toward change? The role of content, context, process and individual variables in understanding readiness for change* (Doctor in Applied Economics), Gent University.

Bourne, M., Mills, J., Wilcox, M., & Neely, A. (2000). Designing, implementing and updating performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 20(7), 754-771.

Bourne, M., Neely, A., Mills, J., & Platts, K. (2003). Why some performance measurement initiatives fail: lessons from the change management literature *Int. J. Business Performance Management*, 5, 245-269.

Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2009). *L'Évaluation: Concepts et méthodes*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Burris, A. B. (2008). *A qualitative and quantitative assessment of readiness for organizational change literature* (Master of Science in Engineering Management), Air University (AFIT/GEM/ENV/08-J01)

Centre for Health Services and Policy Research. (2004). What a tangled web we weave: improving performance reporting and accountability in BC.

Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle EGIPSS (pp. 39): Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Secteur de santé publique, Faculté de médecine.

Champagne, F., & Guisset, A.-L. (2005). The conceptualization of performance and review of international experiences in performance assessment (pp. 319): Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.

Chan, Y. C.-L., & Ho, S.-J. K. (2000). The Use of Balanced Scorecards in Canadian Hospitals. Unpublished paper. *Michael G. De Groote School of Business, McMaster University, Hamilton, Ontario.*

Chang, W. C., Tung, Y. C., Huang, C. H., & Yang, M. C. (2008). Performance improvement after implementing the Balanced Scorecard: A large hospital's experience in Taiwan. *Total Quality Management & Business Excellence*, 19(11), 1143-1154.

Cheng, S. M., & Thompson, L. J. (2006). Cancer Care Ontario and integrated cancer programs. *Journal of Health Organization and Management*, 20(4), 335-343.

Cole, M. J. (2011). Benchmarking: contemporary modalities and applications. *Evaluation Journal of Australasia*, 11(2), 42-48.

Contandriopoulos, A., Trottier, L.-H., & Champagne, F. (2008). L'amélioration de la performance : un enjeu central pour les CSSS. *Infolettre*, 5(2), 2-7.

Contrandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal, 197p.

Creswell, J. W. (2013a). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches* (3rd ed.): SAGE Publications.

Creswell, J. W. (2013b). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (3rd ed.): SAGE Publications, Inc.

Crittenden, W. F., & Crittenden, V. L. (2000). Relationships between organizational characteristics and strategic planning processes in nonprofit organizations. *Journal of Management Issues*, 12(2), 150-168.

Cunningham, C. E., Woodward, C. A., Shannon, H. S., MacIntosh, J., Lendrum B., Rosenbloom, D., & Brown, J. (2002). Readiness for organizational change: A longitudinal study of workplace, psychological and behavioral correlates. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 377-392.

Damanpour, F. (1987). The Adoption of Technological, Administrative, and Ancillary Innovations: Impact of Organizational Factors. *Journal of Management*, 13(4), 675-688.

Damanpour, F., & Gopalarkrishnan, S. (2001). The dynamics of the adoption of product and process innovations in organizations. *Journal of Management Studies*, 38, 45-65.

Damberg, C. L., Sorbero, M. E., Lovejoy, S. L., Lauderdale, K., Wertheimer, S., Smith, A.,... Schnyer, C. (2011). An evaluation of the use of performance measures in health care. RAND Corporation.

Damschroder, L., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50), 1-15.

Damschroder, L. J., & Lowery, J. C. (2013). Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implement Sci*, 8(51), 1-17.

de Lancer Julnes, P., & Holzer, M. (2001). Promoting the utilization of performance measures in public organizations: an empirical study of factors affecting adoption and implementation. *Pub Adm Rev*, 61(6), 693-708.

de Waal, A. A., & Counet, H. Lessons learned from performance management systems implementations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 58(4), 2009.

Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10, 79-86.

El-Jardali, F., Saleh, S., Ataya, N., & Jamal, D. (2011). Design, implementation and scaling up of the balanced scorecard for hospitals in Lebanon: Policy coherence and application lessons for low and middle income countries. *Health Policy*, 103, 305-314.

Ellis, J. (2006). All inclusive benchmarking. *Journal of Nursing Management*, 14, 377-383.

Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.

Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2012). Benchmarking: A Method of Continuous Quality Improvement in Health. *Healthcare Policy*, 7(4), e101-119.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).

Freeman. (2002). Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: A review of the literature. *Health Services Management Research*, 15(2), 126-137.

Ginsburg, L. S. (2003). Factors That Influence Line Managers' Perceptions of Hospital Performance Data. *Health Services Research*, 38(1), 261-286.

Goddard, M., Mannion, R., & Smith, P. (1998). Performance indicators. All quiet on the front line. *Health Serv J*, 108, 24-26.

Goddard, M., Mannion, R., & Smith, P. (2000a). Enhancing performance in health care: a theoretical perspective on agency and the role of information. *Health Economics*, 9, 95-107.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *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: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn010>

Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Quarterly*, 85, 93-138.

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. (2009). Profil de performance des établissements membres de l'AQESS-2009. Groupe 9: les Centres de réadaptation (pp. 40): Université de Montréal.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.

Guest, C., Namey, E. E., & Mitchell, M. L. (2013). *Collecting Qualitative Data: A field manual for Applied Research*. London: SAGE Publications.

Hagedorn, H. J., & Heideman, P. W. (2010). The relationship between baseline Organizational Readiness to Change Assessment subscale scores and implementation of hepatitis prevention services in substance use disorders treatment clinics: a case study. *Implement Sci*, 5(1), 1-12.

Halachmi, A. (2002). Performance Measurement, Accountability, and Improved Performance. *Public Performance & Management Review*, 25(4), 370-374.

Ham, C., Parker, H., Singh, D., . , & Wade, E. (2008). Making the shift from hospital to the community: lessons from an evaluation of a pilot programme in health care. *Primary Health Care Research & Development*, 9(4), 299-309.

Hammerschmid, G., Van de Walle, S., & Stimac, V. (2013). Internal and external use of performance information in public organizations: results from an international survey. *Public Money and Management* 33(4), 261-268.

Holt, D. T., Helfrich, C. D., Hall, C. G., & Weiner, B. J. (2009). Are You Ready? How Health Professionals Can Comprehensively Conceptualize Readiness for Change. *J Gen Intern Med*, 25(Suppl1), 50-55.

Hsieh, H.-F., & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687

Inamdar, N., Kaplan, R., Bower, M., & Reynolds, K. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management*, 47(3), 179-196.

Institut canadien d'information sur la santé. (2015). Renseignements généraux sur le Système national d'information sur la réadaptation. Retrieved 1/21/2015, from http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/document/types+of+care/hospital+care/rehabilitation/services_nrs_intro
JCAHO. (1998). Facts About the Review of Performance Measurement Systems

Jessup, M. A. (2007). Organizational Change in a Perinatal Treatment Setting : Integration of Clinical Practice and Policies on Tobacco and Smoking Cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(4), 461-472.

Kanji, G., & Moura e Sá, P. (2003). Sustaining healthcare excellence through performance measurement. *Total Quality Management & Business Excellence*, 14(3), 269-289. doi: 10.1080/1478336032000046607

Kanouse, D. E., Spranca, M., & Vaiana, M. (2004). Reporting about health care quality: a guide to the galaxy. *Health Promotion Practice*, 5(3), 222-231.

Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M., & Margolis, P. (2010). The Influence of Context on Quality Improvement Success in Health Care: A Systematic Review of the Literature. *The Milbank Quarterly*, 88(4), 500-559.

Kaplan, R., Norton, D., & (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 1, 75-85.

Kaplan, R. S., & Norton, D. (2001). *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*.

Kay, J. (2007). Health Care Benchmarking. *The Hong Kong Medical Diary*, 12(2), 22-27.

Kiefe, C. I., Weissman, N. W., Allison, J. J., Farmer, R., Weaver, M., & Williams, O. D. (1998). Identifying achievable benchmarks of care: concepts and methodology. *International Journal for Quality in Health Care*, 10(5), 443-447.

Klassen, A., Miller, A., Anderson, N., Shen, J., Schiariti, V., & O'Donnell, M. (2009). Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a systematic review. *Int J Qual Health Car*, 22(1), 44-69.

Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.

Kollberg, B. (2003). *Exploring the use of Balanced Scorecards in a Swedish health care organization*. Linköpings universitet, Linköpings, Sweden.

Kotter, J. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 73, 59-67.

Kötter, T., Blozik, E., & Scherer, M. (2012). Methods for the guideline-based development of quality indicators—a systematic review. *Implemenation Science*, 7(21), 1-22.

Kraetschmer, N., Jass, J., Woodman, C., Koo, I., Kromm, S. K., & Deber, R. B. (2014). Hospitals' internal accountability. *Healthcare Policy*, 10, 36-44.

Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P., & Ruoranen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 66-72.

Lemire, M., Demers-Payette, O., & Jefferson-Falardeau, J. (2013). Dissemination of performance information and continuous improvement : a narrative systematic review. *Journal of Health Organization and Management*, 27 (4), 449-478.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Madsen, S. R., Miller, D., & John, C. R. (2005). Readiness for organizational change: Do organizational commitment and social relationships in the workplace make a difference? *Human Resource Development Quarterly*, 16(2), 213-233.

Mannion, R., & Davies, H. T. O. (2002). Reporting health care performance: learning from the past, prospects for the future. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 8(2), 215-228.

Mannion, R., & Goddard, M. (2001). Impact of published clinical outcomes data: case study in NHS hospital trusts. *BMJ*, 323, 260-263.

Marshall, M. N., Hiscock, J., & Sibbald, B. (2002). Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care: qualitative study. *British Medical Journal*, 325(7375), 1278-1281.

Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Leatherman, S., & Brook, R. H. (2000). The Public Release of Performance Data: What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence. *Journal of the American Medical Association*, 283(14), 1866-1874.

McAdam, R., Hazlett, S., & Casey, C. (2005). Performance management in the UK public sector: Addressing multiple stakeholder complexity. *International Journal of Public Sector Management*, 18(3), 256-273.

McDavid, J., & Huse, I. (2012). Legislator Uses of Public Performance Reports: Findings From a Five-Year Study. *American Journal of Evaluation*, 33(1), 7-25. doi: 10.1177/1098214011405311

McDavid, J., Huse, I., & Hawthorn, L. (2013). *Program Evaluation and Performance Measurement: An Introduction to Practice* (2 ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

McIntyre, D., Rogers, L., & Heier, E. (2001). Overview, history and objectives of performance measurement. *Health Care Financ Rev*, 22(3), 7-21.

Merriam, S. B. (1998). *Case study research and case study applications in education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review, 1*, 61-89.

Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior, 61*(1), 20-52.

Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *Am J Community Psychol 50*, 462-480.

Miles, M. B., & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook* (2 ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion (pp. 25).

Montague, S. (2000). Focusing on inputs, outputs and outcomes: Are international approaches to performance management really so different? *Canadian Journal of Program Evaluation, 15*(1), 139-148.

Mor, V. (2005). Improving the quality of long-term care with better information. *Milbank Quarterly*, 83(3), 333-364.

Moynihan, D. P. (2005). Goal-Based Learning and the Future of Performance Management. *Public Administration Review*, 65(2), 203-216.

Moynihan, D. P. (2009). Through A Glass, Darkly: Understanding the Effects of Performance Regimes. *Public Performance and Management Review*, 32(4), 592-603.

Moynihan, D. P., & Landuyt, N. (2009). How Do Public Organizations Learn? Bridging Cultural and Structural Perspectives. *Pub Adm Rev*, 69(6), 1097-1105.

Moynihan, D. P., & Pandey, S. K. (2010). The Big Question for Performance Management: Why Do Managers Use Performance Information? *Journal of Public Administration Research and Theory*, (20), 849–866.

Neely, A. (2004). The challenges of performance measurement. *Management Decision*, 42(8), 1017-1023.

Neely, A., Gregory, M., & Platts, K. (1995). Performance measurement system design. *International Journal of Operations & Production Management*, 15(4), 80-116. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/01443579510083622>

NHS. (2007). *The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators* Coventry.

NHS Institute for Innovation and Improvement. (2010). Sustainability guide. Retrieved 10/07/2015, from http://www.institute.nhs.uk/sustainability_model/introduction/process.html.

Nørreklit, H. (2000). The balance on the balanced scorecard: a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11, 65-88.

O'Toole, D., Goldberg, R., & Ryan, B. (1985). Functional changes in vascular amputee patients: evaluation by Barthel Index, PULSES profile and ESCROW scale. *Arch Phys Med Rehabil*, 66, 508-511.

OCDE. (2002). Être à la hauteur: mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE (pp. 395). Paris, OCDE.

Oreg, S. (2006). Personality, context and resistance to organizational change. *European Journal of work and Organizational Psychology*, 15(1), 73-101.

Organisation mondiale de la santé. (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant (pp. 237). Genève, OMS.

Otley, D. T. (1999). Performance Management: a Framework for Management Control Systems Research. *Management Accounting Research*, 10(4), 363-382.

Øvretveit, J. (2011). Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ Qual Saf* (Suppl 1), 18-23.

Øvretveit, J., Andreen-Sachs, M., Carlsson, J., Gustafsson, H., Hansso, J., Keller, C., . . . Brommels, M. (2012). Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 26(2), 237-257.

Paré, G., Sicotte, C., Poba-Nzaou, P., & Balouzakis, G. (2011). Clinicians' perceptions of organizational readiness for change in the context of clinical information system projects: insights from two cross-sectional surveys. *Implementation Science*, 6(15), 1-14.

Peccei, R., Giangreco, A., & Sebastiano, A. (2011). The role of organisational commitment in the analysis of resistance to change: Co-predictor and moderator effects. *Personnel Review*, 40(2), 185-204.

Pink. (2000). Creating a balanced scorecard for a hospital system. *Journal of Health Care Finance*, 27(3), 1-20.

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, A., Bungers, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health* 38, 65-76.

Purbey, S., Mukherjee, K., & Bhar, C. (2007). Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(3), 241-251. doi: 10.1108/17410400710731446

Rabbani, F., Lalji, S. N. H., Abbas, F., Jafri, S. M. W., Razzak, J. A., Nabi, N., . . . Tomson, G. (2011). Understanding the context of Balanced Scorecard Implementation: a hospital-based case study in Pakistan. *Implementation Science* 6(31), 1-14.

Radnor, Z. J., & Lovell, B. (2003). Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(2), 99-108.

Rafferty, A. E., Jimmieson, N. L., & Armenakis, A. A. (2013). Change Readiness: A Multilevel Review. *Journal of Management*, 39(1), 110-135. doi: 10.1177/0149206312457417

Rafferty, A. E., & Simons, R. H. (2006). An Examination of the Antecedents of Readiness for Fine-Tuning and Corporate Transformation Changes. *Journal of Business and Psychology*, 20(3), 325-350.

Rainwater, J. A., Romano, P. S., & Antonius, D. M. (1998). The California Hospital Outcomes Project: How Useful Is California's Report Card for Quality Improvement? *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24(1), 31-39.

Rogers, E. (1995). *Diffusion of Innovations* (4th ed.). New York: Free Press.

Schalm, C. (2008). Implementing a balanced scorecard as a strategic management tool in a long-term care organization. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13, 8-14.

Scheirer, M. A., & Rezmovic, E. L. (1983). Measuring the Degree of Program Implementation: A Methodological Review. *Evaluation Review*, 7(5), 599-633.

Schilling, L., Deas, D., Jedlinsky, M., Aronoff, D., Fershtman, J., & Abdul, W. (2010). Kaiser Permanente's Performance Improvement System, Part 2: Developing a Value Framework. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(12), 552-560.

Secrétariat du conseil du trésor du Canada. (2010). Pour soutenir des évaluations efficaces : Guide d'élaboration de stratégies de mesure du rendement: Chapitre 5.0 -Le modèle logique Retrieved 15/04/2015, from <http://www.tbs-sct.gc.ca/cee/dpms-esmr/dpms-esmrpr-fra.asp>.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A., Barnsley, J., Béland, F., & Leggat, S. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, 11(1), 24-48.

Simpson, D. D., & Flynn, P. M. (2007). Moving Innovations into Treatment: A Stage-based Approach to Program Change. *J Subst Abuse Treat*, 33(2), 111-120.

Siu, E. C. Y., Levinton, C., & Brown, A. D. (2009). The value of performance measurement in promoting improvements in women's health. *Healthcare Policy*, 5(2), 52-67.

Smith, P. C., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (2008). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. In WHO European Ministerial Conference on Health Systems (Ed.), *Health Systems, Health and Wealth*, Tallinn, Estonia.

Stanley, D. J., Meyer, J. P., & Topolnytsky, L. (2005). Employee cynicism and resistance to organizational change. *Journal of Business and Psychology*, 19(4), 429-459.

Stelfox, H. T., & Straus, S. E. (2013). Measuring quality of care: considering measurement frameworks and needs assessment to guide quality indicator development. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66, 1320-1327.

Stirman, S. W., 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(17), 1-19.

Taylor, J. (2009). Strengthening the link between performance measurement and decision making. *Public Administration Review*, 87(4), 853-871.

Taylor, J. (2011). Factors Influencing the Use of Performance Information for Decision Making in Australian State Agencies. *Public Administration* 89(4), 1316-1334.

Teal, R., Bergmire, D. M., Johnston, M., & Weiner, B. J. (2012). Implementing community-based provider participation in research: an empirical study. *Implementation Science*, 7(41), 1-15.

Tu, J. V., & Cameron, C. (2003). Impact of an acute myocardial infarction report card in Ontario. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(2), 131-137.

Tung, Y. C., & Yang, M. C. (2009). How to Effectively Implement an Indicator System to Improve Performance from a Management Perspective: The Case of Taiwan Healthcare Indicator Series (THIS) System. *J Med Syst* 33, 215-222.

Urquhart, R., Porter, G. A., Sargeant, J., Jackson, L., & Grunfeld, E. (2014). Multi-level factors influence the implementation and use of complex innovations in cancer care: a multiple case study of synoptic reporting. *Implementation Science*, 9(121), 1-16.

Vérificateur général du Québec. (2010). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011, Tome II : Suivi de la performance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (pp. 1-36).

Verzola, A., Bentivegna, R., Carandina, G., Trevisani, L., Gregorio, P., & Mandini, A. (2009). Multidimensional evaluation of performance: experimental application of the balanced scorecard in Ferrara university hospital. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 7, 15-22.

Voelker, K., Rakich, J., & French, G. (2001). The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A performance measurement and Strategic Planning Methodology. *Hospital topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 79(3), 13-24.

W.K. Kellogg Foundation. (2004). Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action: Logic Model Development Guide (pp. 71).

Wanous, J. P., Reichers, A. E., & Austin, J. T. (2000). Cynicism about organizational change. *Group & Organization Management*, 25(2), 132-153.

Wardhani, V., Utarini, A., Pieter van Dijk, J., Post, D., & Groothoff, J. W. (2009). Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health Policy* (89), 239-251.

Weiner, B. J., Amick, H., & Lee, S. D. Y. (2008). Conceptualization and Measurement of Organizational Readiness for Change: A Review of the Literature in Health Services Research and Other Fields. *Medical Care Research and Review*, 65(4), 379-436.

Weiner, B. J., Haynes-Maslow, L., Kahwati, L. C., Kinsinger, L. S., & Campbell, M. K. (2012). Implementing the MOVE! weight-management program in the Veterans HealthAdministration, 2007-2010: a qualitative study *Prev Chronic Dis*, 9, 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110127>

Weiner, B. J., Lewis, M. A., & Linnan, L. A. (2009). Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Education Research*, 24(2), 292-305.

Weiner, B. J., Shortell, S. M., & Alexander, J. (1997). Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effects of top management, board, and physician leadership. *Health Serv Res*, 32(4), 491-510.

Weir, E., d'Entremont, N., Stalker, S., Kurji, K., & Robinson, V. (2009). Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions. *BMC Public Health* 8. doi: 10.1186/1471-2458-9-127

Wisniewski, M., & Stewart, D. (2004). Performance measurement for stakeholders: the case of Scottish local authorities. *International Journal of Public Sector Management*, 17(3), 222-233.

Yap, C., Siu, E., Baker, G. R., & Brown, A. D. (2005). A Comparison of Systemwide and Hospital-Specific Performance Measurement Tools. *Journal of Healthcare Management*, 50(4), 251-262.

Yin, R. (2003). *Case study research: design and methods*. London: Sage Publications.

Zelman. (2003). Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of Health Care Finance*, 29(4), 1-16.

Zidarov, D., Poissant, L., & Sicotte, C. (2014). Healthcare executives' readiness for a performance measurement system: a rehabilitation hospital case study. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 157-172.

Annexe 1 : Guide d’entrevue initial (t1) en pré-implantation du système de mesure de la performance

Date :	Lieu
Heure de début :	Heure de fin :
Intervieweur :	Co-animateur
Introduction	
<p>Bonjour, je m’appelle Diana Zidarov, je suis physiothérapeute de formation et je travaille depuis plus de 15 ans à [...]. Actuellement, je suis en train de faire un doctorat sous la supervision de Lise Poissant et Claude Sicotte de l’École de Santé Publique. Je m’intéresse à la mesure de la performance dans les organisations de santé plus particulièrement en réadaptation. Cet intérêt origine de mon projet de maîtrise qui a porté sur les effets cliniques de la RFI des PAMI. Je me suis par la suite intéressée à la mesure mais à un niveau plus macro qui est l’organisation.</p> <p>[...] réfléchit au système de mesure de la performance qu’elle compte implanter et a amorcé l’identification de différents indicateurs de performance. Il y a peu de connaissances actuellement sur les facteurs qui influencent positivement ou négativement l’implantation d’une innovation comme un système de mesure de la performance.</p> <p>L’entrevue d’aujourd’hui, d’une durée maximale d’une heure trente, vise à mieux comprendre le processus d’implantation d’un tel système à [...]. Nous parlerons de ce qui a amené l’organisation à s’investir dans ce projet, de votre perception de ce que le système est ou devrait être, des objectifs visés, des barrières et facilitateurs, etc.</p>	
Confidentialité et anonymat:	
<p>Toutes les informations que vous allez me divulguer vont rester confidentielles. En aucun cas, il ne sera possible de vous identifier lorsque les résultats de l’étude seront présentés ou publiés. Seul les membres de l’Équipe de recherche aura accès à l’information pour en faire l’analyse. On peut en tout temps cesser l’enregistrement pour certaines questions.</p> <p>*Formulaire de consentement à faire signer</p> <p>**Enregistrement audio : le mentionner et demander autorisation</p> <p>Avez-vous des questions ?</p>	

<p>On part l'enregistrement</p> <p>En début d'enregistrement mentionner le nom et le titre de la personne interviewée</p> <p>Je vais vous poser des questions ouvertes sur différents sujets liés au système de mesure de la performance que l'[...] veut implanter. Ce qui m'intéresse c'est vos réflexions sur le sujet donc n'hésitez pas à ajouter tout ce qui vous semble pertinent.</p>	
<p>Description des personnes interviewées</p> <p>Tout d'abord, j'aimerais vous poser quelques questions pour m'aider à comprendre votre rôle dans l'organisation</p>	
<p>Questions principales</p>	<p>Questions complémentaires</p>
<p>Pouvez-vous me décrire vos fonctions principales ou votre rôle dans l'organisation ?</p>	
<p>Depuis combien de temps êtes-vous à ce poste au sein de l'organisation ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Combien d'années d'expérience avez-vous dans ce type de poste ? • Quel est votre niveau d'éducation ? • Avez-vous des affiliations professionnelles ?
<p>Contexte ayant influencé la décision d'implantation</p> <p>Maintenant j'aimerais que vous me parliez des raisons qui ont motivé l'IRGLM, selon vous, à développer et à implanter un système de mesure de la performance</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'importance de ce projet pour l'organisation ? • Selon ce que vous savez, quelles sont les circonstances à l'origine du projet sur la mesure de la performance organisationnelle ? • Comment la décision de développer et implanter le système a-t-elle été prise ? • Qui a participé au processus de décision ? • Dans quelle mesure la décision d'implanter le système de mesure de la 	<p>Chercher le déclencheur</p> <p>Décision consensuelle, imposée, vote majoritaire ?</p>

<p>performance a-t-elle t influencée par des facteurs contextuels externes vs par des préoccupations internes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que le contexte organisationnel actuel est favorable à l'implantation d'un système de mesure de la performance 	<p>Comme par exemple d'autres organisations qui ont implanté de tels systèmes, pression du MSSS pour la reddition des comptes, influence du projet de la mesure de la performance effectué avec le support de l'AERDPQ, réseautage avec d'autres organisations similaires</p> <p>Que pensez-vous du <i>timing</i> d'implanter ce système, est-ce le bon moment ?</p>
--	--

Questions de clarification :

- Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?
- Pouvez-vous m'en dire davantage?
- Pouvez-vous me donner des exemples?

Description du système de mesure de la performance

Questions principales	Questions complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> • Comment concevez-vous ce système de mesure de la performance ? • Pour qui sera-t-il implanté i.e. qui sont les utilisateurs visés ? • Quand sera-t-il implanté : échéancier ? • Qui collectera l'information, • À quelle fréquence ? • Qui fera l'analyse des données? • Quels seront les avantages de ce système par rapport à ce qui se fait actuellement ? 	<p>Quels sont les objectifs généraux visés par ce système de mesure de la performance</p> <p>Quels objectifs particuliers visez-vous dans votre direction avec l'implantation de ce système</p> <p>Comment sera-t-il développé, par qui?</p> <p>Quelles directions et/ou programmes seront impliqués dans le développement ; l'implantation; l'utilisation des données</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Voyez-vous des inconvénients à implanter un tel système? Pourquoi? • Aurez-vous un rôle à jouer dans l'implantation? Lequel ? • Que pensez-vous que l'implantation de ce système changera pour vous ? • De façon générale, comment l'information obtenue sera-t-elle utilisée ou intégrée dans le processus de décision, <ul style="list-style-type: none"> ○ à quelle fréquence l'information colligée sera-t-elle fournie aux personnes concernées • Comment allez-vous utiliser cette information dans le cadre de votre travail • Comment s'insérera-t-il dans vos tâches habituelles de travail ? • Avec quelles autres de vos tâches ce système est-il en compétition ? 	
<p>Questions de clarification :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? • Pouvez-vous m'en dire davantage? • Pouvez-vous me donner des exemples ? 	
<p>Processus d'implantation prévu</p>	
<p>Questions principales</p>	<p>Questions complémentaires</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous au courant des <u>étapes prévues</u> pour effectuer l'implantation du système ? • Pouvez-vous me les décrire? • Quelles sont les prochaines étapes? • Pouvez-vous m'indiquer les <u>étapes déjà complétées</u>? 	<p>Avez-vous élaboré un plan d'implantation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui était ou sera impliqué dans l'élaboration de ce plan

<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me parler des ressources humaines et financières qui seront nécessaires pour avancer le projet ? comment ce projet sera financé • Pouvez-vous me parler des autres ressources prévues qui seront investies pour l'implantation • Comment les utilisateurs seront-ils familiarisés avec ce système? • Pensez-vous qu'il y aura de la résistance à implanter ce système ? • Il y aura-t-il des incitatifs qui seront mis en place (ou récompense) pour inciter les individus à utiliser le système ? • Il y aura-t-il une période d'essai du système ? • Quelle possibilité ou latitude sera laissées aux utilisateurs de modifier les indicateurs ou d'autres paramètres selon leurs besoins? • Quel soutien organisationnel auront-ils? • Il y aura-t-il des personnes formellement responsables de l'implantation (personnes-clés) • Ya-t-il un mécanisme de prévu pour suivre l'atteinte des étapes planifiées ou les progrès dans l'implantation (évaluation du processus)? • À quelles barrières pensez-vous faire face durant l'implantation (individus : attitude, résistance; organisationnelles <ul style="list-style-type: none"> ○ Comment pensez-vous y remédier 	<p>Équipement, ressources humaines, experts dans le domaine, consultants, etc.</p> <p>Auront-ils une formation ? Si oui sous quelle forme, fréquence, donnée par qui ?</p> <p>Il y aura-t-il un mécanisme pour recueillir le feedback de cet essai afin de faire les modifications nécessaires ?</p> <p>Quel sera leur rôle, à qui devront-elles rendre compte du processus</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les facteurs qui selon vous favoriseront l'implantation de ce système 	<p>À quelle fréquence ? Comment les personnes concernées seront-elles informés de l'état d'avancement de l'implantation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il y aura un volet évaluation d'inclus ? <p>Avec quelles autres priorités organisationnelles le développement et l'implantation de ce système est-il en compétition</p>
<p>Conclusion : Cela termine mes questions, auriez-vous autre chose que vous aimeriez ajouter ou discuter ?</p>	

Annexe 2 : Guide d'entrevue final (t2) en post-implantation du système de mesure de la performance

Un SMP sous forme de Tb stratégique a été développé à [...] et a été approuvé par le CA en décembre 2012.

La présente entrevue vise à comprendre l'utilisation que vous faites de ce TB ainsi que les facteurs qui ont pu influencer cette utilisation.

Utilité du TB

1. Le Tb stratégique correspond-il à vos besoins (dans votre direction)? Expliquez.
2. Qu'est-ce que le Tb stratégique mesure-t-il et qui est utile pour vous? Y a-t-il des aspects qui sont importants et qui y manquent? Si oui, lesquels? Prévoyez-vous les y inclure?
3. Quelle est selon vous la plus value du TB par rapport aux autres outils de gestion utilisés? Qu'apporte-t-il à l'organisation de plus? Et dans votre direction?
4. Globalement, quel est votre niveau de satisfaction avec ce TB? de 1 à 10

Utilisation du TB

1. Comment avez-vous été familiarisé avec le Tb? Avez-vous eu une formation ? Si oui sous quelle forme, quand, fréquence, donnée par qui ? A-t-elle répondu à vos besoins en information et connaissances? Si pas de familiarisation/formation aucun, auriez-vous eu besoin de formation? Sur quels aspects?
2. Avez-vous eu tout le soutien nécessaire à votre utilisation du TB? Sous quelle forme, par qui?
3. Quelle utilisation faites-vous du TB dans votre direction? De façon globale, qu'est-ce que ce TB a-t-il changé pour vous?

4. Pouvez-vous me parler d'actions concrètes posées dans votre direction pour améliorer certains aspects sous-performants?
5. Dans le cadre de vos fonctions, comment trouvez-vous le TB? Est-il facile à utiliser ou bien le trouvez-vous complexe (trop d'indicateurs, analyse difficile)? Êtes-vous capable de l'utiliser à son plein potentiel? Expliquez.
6. Est-ce que le TB s'insère bien dans vos tâches de travail? Quel est son impact sur vos tâches de travail? Expliquez.
7. Pouvez-vous m'expliquer comment le TB est utilisé dans l'organisation? À quelle fréquence? Qui sont les utilisateurs du TB? Quels sont les plans pour y inclure d'autres utilisateurs (ex : gestionnaires, cliniciens)?
8. Pouvez-vous me parler des impacts pour l'organisation de cette utilisation. Concrètement, a-t-il eu des actions afin d'améliorer des sous-performances évaluées avec le TB?
9. Trouvez-vous que l'organisation l'utilise à son plein potentiel? Expliquez.
10. De façon globale, trouvez-vous l'implantation du TB est-elle réussie? Expliquez.

Développement et implantation du TB

11. Pouvez-vous me parler du processus du développement du TB? Comment avez-vous été informé de l'état d'avancement du développement? À quelle fréquence?
12. Le TB est basé sur les objectifs organisationnels prioritaires déclinés par année. Avez-vous été impliqué dans le choix de ces objectifs annuels? Et dans le choix des indicateurs et des cibles? Selon vous ces choix étaient-ils consensuels? Que pensez-vous de la manière que ces choix se sont faits? Avez-vous eu suffisamment de temps pour y réfléchir autant en individuel qu'avec le comité de direction? Avez-vous des suggestions pour prochaine mouture du TB?
13. Que pensez-vous du nombre d'objectifs à suivre annuellement? Et du nombre d'indicateurs dans le TB? Trouvez-vous ces indicateurs pertinents? Sont-ils compatibles avec l'objectif qui leur est associé?

14. Trouvez-vous que les cibles choisies constituent un défi pour l'organisation? Expliquez, donner des exemples.
15. Actuellement comment se fait la saisie de données? Par qui? Avec quel soutien informatique? L'information est-elle centralisée dans une base de données ou doit-elle être extraite manuellement de plusieurs bases de données?
16. Que pensez-vous de la présentation visuelle du TB? En êtes-vous satisfait, sinon suggestions d'amélioration?
17. Actuellement à qui sont diffusés les résultats ou conclusion du Tb? Pourquoi? Tous les résultats ou certains? Par quels moyens? (RV du DG, publications interne, affichage, site internet, etc.) À quelle fréquence?
18. De façon globale est-ce que le développement et l'implantation du TB valait la peine dans le sens de quantité de ressources investies vs résultats obtenus?
19. Selon-vous, quelle est l'importance du TB pour l'organisation? Croyez-vous qu'une priorité suffisante a été donnée ou est donnée au TB? Sinon, avec quels autres changements organisationnels est-il en compétition?

Barrières et facilitateurs à l'implantation

20. Quels sont selon vous les barrières dont l'organisation a dû faire face concernant l'implantation du TB (autres priorités, manque de temps, problèmes d'infrastructure informatique)?
21. A-t-on réussi à remédier à ces barrières et comment?
22. Plus particulièrement y a-t-il eu de la résistance de certains individus? Impact de cette résistance. Stratégies pour y remédier.
23. Avez-vous fait face aux mêmes barrières que l'organisation dans votre direction? Y avez-vous remédié et comment?
24. Quels sont selon vous les aspects qui ont facilité l'implantation et l'utilisation du TB?

Révision et pérennité du TB

25. Depuis, son développement, vous a-t-on consulté individuellement ou en groupe pour évaluer votre satisfaction ou recueillir vos commentaires avec cet outil de gestion? Si oui : qui, quand, sous quelles forme et y-a-t-il eu des actions suite à cette consultation (modifications/adaptation du TB).
26. Êtes-vous au courant s'il y aura un processus de révision du Tb? quand, fréquence, quels aspects y seront révisés?
27. Êtes-vous au courant s'il y aura une évaluation afin de voir si les objectifs visés avec cet outil de gestion sont atteints?
28. Quels sont les moyens ou procédures planifiées ou mises en place pour assurer la pérennité du TB?

Annexe 3 : Guide d'entrevue pour les informateurs clés des CRDP

Introduction et contexte

Bonjour, je suis Diana Zidarov, étudiante au doctorat en santé publique à l'U de M. Mon doctorat porte sur la mesure de la performance des établissements en réadaptation. Avec le soutien de l'AERDPQ, j'effectue cette entrevue avec vous ainsi qu'avec des informateurs des autres CRDP afin de mieux comprendre l'impact qu'a eu au niveau des organisations la démarche de performance de l'AERDPQ. Je vais vous faire un bref rappel de cette démarche. En fait, en 2010, à la demande de ses établissements membres, l'AERDPQ a entrepris une démarche de développement d'un système de mesure de la performance (SMP) et d'une analyse de la performance de chacun de ses établissements membres. Ce processus a impliqué des conseillers de l'AERDPQ, des conseillers de l'agence de la Montérégie qui étaient responsables de la réalisation du projet et des directeurs provenant de différents CRDP. Cette démarche a abouti à l'identification de 24 indicateurs communs à tous les CRDP permettant de faire une analyse comparative de leur performance respective. Ainsi en janvier 2011, un rapport provincial de la performance de ces établissements a été publié. De plus, chaque établissement, dont le vôtre, a reçu un rapport individuel de sa performance organisationnelle et a bénéficié d'une journée de rencontre dont le but était de favoriser l'appropriation des résultats par une analyse et une interprétation personnalisée de ces derniers.

La présente entrevue vise à déterminer le degré d'utilisation actuelle de ce SMP, de l'utilisation que votre organisation a fait du rapport sur votre performance organisationnelle ainsi que des facteurs qui ont influencé cette utilisation.

Dans ce qui suit nous allons référer au terme système de mesure de la performance (SMP) lorsque nous allons parler des indicateurs choisis par l'AERDPQ ainsi que du rapport de la performance élaboré par l'AERDPQ pour chacun des établissements.

Confidentialité et anonymat

Je veux vous assurer que toutes les informations que vous allez me divulguer vont rester confidentielles. En aucun cas, il ne sera possible de vous identifier lorsque les résultats de l'étude seront présentés ou publiés. Seuls les membres de l'Équipe de recherche auront accès à l'information pour en faire l'analyse. De plus, pour faciliter l'analyse, la présente conversation sera enregistrée.

Avez-vous des questions?

Je vais vous poser des questions sur différents sujets liés au système de mesure de la performance (aux indicateurs) que l'AERDPQ a développé. Ce qui m'intéresse c'est vos réflexions sur le sujet donc n'hésitez pas à ajouter tout ce qui vous semble pertinent.

Description des personnes interviewées

1. Tout d'abord, pouvez-vous me dire votre nom et fonction dans l'organisation?
2. Pouvez-vous me décrire la clientèle desservie de votre établissement, si les soins sont donnés sur base externe/interne et si vous avez un URFI?
3. Avez-vous participé de façon active dans la démarche de sélection des indicateurs coordonnée par l'AERDPQ?
 - a. Quelle était la nature de votre participation?
4. Connaissez-vous ou êtes-vous familier avec le rapport de performance de votre organisation produit par l'AERDPQ?
 - a. Dans quelles circonstances avez-vous eu l'occasion de vous familiariser avec ce rapport?
5. Êtes-vous familier avec le TB produit annuellement par l'AERDPQ?

SMP propre à l'organisation

Tout d'abord, nous allons discuter d'un SMP ou de tableau de bord de votre organisation

1. Utilisez-vous présentement un SMP ou un tableau de bord développé par votre propre organisation?
 - a. Depuis combien de temps?
 - b. Pouvez-vous me parler du processus de développement de ce système?

- c. Si non, prévoyez-vous en utiliser un dans l'année qui vient? Pourquoi?

TB développé par l'AERDPQ

2. Utilisez-vous le TB développé par l'AERDPQ dans votre organisation? Pourquoi?
 - a. De quelle façon l'utilisez-vous? :
 - i. Utilisez-vous l'ensemble des indicateurs dans le système tel que conçu ou certains indicateurs que vous jugez pertinents?
 - b. Pouvez-vous m'expliquer l'impact de cette utilisation : ex : amélioration de certains processus ou pratiques organisationnelles?
 - c. Comment jugez-vous l'utilité de ce TB pour votre organisation?
 - d. Qu'est-ce qui contribuerait à ce que vous l'utilisiez davantage?

Utilisation du rapport de performance développé par l'AERDPQ

3. Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur le rapport de la performance reçu de l'AERDPQ qui concerne la performance de votre organisation. Est-ce que ce rapport :
 - a. A été diffusé dans votre organisation?
 - b. À qui ce rapport a-t-il été diffusé dans votre organisation?
 - c. Quelle utilisation en avez-vous fait?
 - d. Quels ont été les impacts de son utilisation?
 - e. Qui sont les utilisateurs de ce rapport dans votre organisation?

Facteurs influençant le niveau d'utilisation des indicateurs du TB et du rapport de performance développés par l'AERDPQ

Dans les questions qui suivent nous allons revenir aux indicateurs du TB et du rapport de performance. Nous allons parler des facteurs qui ont pu influencer l'utilisation de ces indicateurs.

4. Quelle était la position de votre organisation quant à la nécessité de développer un ensemble d'indicateurs communs aux CRDP afin d'évaluer leur performance organisationnelle?
5. Les indicateurs du rapport de performance répondent-ils aux besoins de votre organisation? Précisez. Et ceux du TB?
6. Les indicateurs du rapport de performance sont-ils alignés à la planification stratégique ou aux cibles de votre organisation? Précisez. Et ceux du TB?

7. Est-il possible de modifier ou d'adapter facilement les indicateurs du TB pour qu'ils répondent mieux à vos besoins organisationnels ou pour qu'ils soient mieux alignés avec votre planification stratégique?
8. Selon-vous, est-ce que les 24 indicateurs choisis du rapport de performance sont le résultat d'un consensus des CRDP?
9. Quels sont les avantages et les désavantages que vous voyez au fait d'avoir des indicateurs communs aux 21 CRDP que ce soit ceux du TB ou du rapport de performance?
10. Que pensez-vous de la pertinence et de l'utilité des indicateurs du TB ou du rapport de performance pour votre organisation? Expliquez.
 - a. Est-ce que d'autres types d'indicateurs, perçus comme plus utiles ou pertinents auraient dû être inclus?
11. Les indicateurs du TB ou du rapport de performance sont mesurées à partir de données disponibles.
 - a. Est-ce important pour vous que les données soient disponibles?
 - b. Que pensez-vous de l'inclusion éventuelle d'indicateurs non disponibles actuellement i.e. dont la saisie implique l'implantation de nouvelles mesures, ex : outils de mesure cliniques?
12. Que pensez-vous de la procédure de collecte des indicateurs du TB dans votre établissement?
13. Que pensez-vous du nombre d'indicateurs communs choisis (24 dans le rapport et 12 dans le TB)?

Pour continuer, nous allons du modèle de performance qui a servi de base au développement du SMP de l'AERDPQ.

14. Que pensez-vous du modèle choisi, l'EGIPSS, pour guider le choix des indicateurs, dans le sens
 - a. Est-ce le meilleur modèle?
 - b. Adhérez-vous à ce choix?
 - c. A-t-il été choisi par consensus?

d. Est-ce que le choix de ce modèle a été un facteur qui a joué un rôle dans votre utilisation du rapport de performance de l'AERDPQ?

15. Croyez-vous que le niveau de priorité donné au rapport de performance était suffisant dans votre organisation? Et pour le Tb?

Pour conclure, quelques dernières questions:

16. Quelles étaient vos attentes envers le rapport de performance de l'AERDPQ? Et pour le TB?

17. Ces attentes ont-elles été satisfaites? Expliquez.

18. Quels sont vos besoins actuels en lien avec la mesure de la performance de votre organisation? (ex : formation, support financier ou autre pour le développement de votre propre système, etc.)

19. Voudriez-vous que l'AERDPQ refasse un autre rapport de performance? Expliquez.

Merci de votre temps et de votre attention

Annexe 4 : Certificat d'éthique

Comité d'éthique de la recherche
des établissements du CRIR



Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, par voie accélérée, le projet de recherche CRIR-719-0312 intitulé :

« Analyse de l'implantation d'un système de mesure de la performance dans une organisation de réadaptation en déficience physique ».

Présenté par : Diana Zidarov

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :


- Lettre d'introduction datée du 26 mars 2012 ;
- Formulaire A daté du 26 mars 2012 ;
- Formulaire d'évaluation de l'IRGLM, daté du 7 mai 2012, attestant que l'établissement accueille favorablement le projet sur le plan de la convenance institutionnelle ;
- Rapport favorable du jury de l'examen général du doctorat (évaluation scientifique) ;
- Budget ;
- Protocole de recherche intitulé « Analyse de l'implantation d'un système de mesure de la performance dans une organisation de réadaptation en déficience physique (version du 28 mai 2012) ;
- Formulaire de consentement (version du 28 mai 2012)


Ce projet se déroulera dans le site du CRIR suivant [REDACTED]

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer, dès que possible, le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout incident ou accident lié à la procédure du projet ;
3. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, ou encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet ;
4. Notifier, dès que possible, le CÉR de toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme de subvention ou de réglementation ;
5. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet ainsi que la décision du CÉR ;

6. Notifier, dès que possible, le CÉR de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet. Cette modification doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions sur celles-ci sur les sujets de recherche ;
7. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
8. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
9. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
10. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.
11. En vertu de l'article 19.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, obtenir l'autorisation du Directeur des services professionnels de l'établissement sollicité pour prendre part avant d'aller consulter les dossiers des usagers de cet établissement.


Me Michel T. Giroux
Président du CÉR


Date d'émission
28 mai 2012

Annexe 5 : Formulaire de consentement (participants de l'organisation de réadaptation)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Institution: Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)

Titre du projet: Analyse de l'implantation d'un système de mesure de la performance dans une organisation de réadaptation en déficience physique

Équipe de recherche: **Diana Zidarov** pht, PhD (candidate);
Lise Poissant erg, PhD- Professeur adjoint, École de réadaptation, Université de Montréal- CRIR et Directrice de la recherche à l'IRGLM
Claude Sicotte, PhD Professeur titulaire, Département d'Administration de la santé, Université de Montréal

Introduction: [...] a décidé de développer et d'implanter un système de la mesure de la performance de son organisation. Une étude vise à suivre ce processus afin de déterminer les facteurs organisationnels et contextuels pouvant influencer sur le processus d'implantation et le degré de mise en œuvre de ce système de mesure de la performance. Dans le cadre de cette étude, les détenteurs d'enjeux, principalement les directeurs de l'établissement, les membres du CA, les gestionnaires et des professionnels de la santé sont sollicités à participer à des entrevues semi-structurées afin d'évaluer les barrières et les facilitateurs contextuels et organisationnels pouvant avoir un impact sur l'implantation de ce système. Nous aimerions que vous participiez à cette étude par le biais d'entrevues individuelles, en nous permettant de vous observer lors de certaines réunions faisant partie de vos tâches de travail habituelles et en nous permettant d'avoir accès à de la documentation écrite en lien avec l'implantation de ce système de mesure de la performance. L'ensemble de ces informations nous aideront à identifier des facteurs agissant comme des facilitateurs ou des barrières au processus d'implantation de cette innovation qu'est ce système de mesure de la performance.

Procédures: Vous avez été choisi puisque vous êtes reconnu comme étant un détenteur d'enjeux ayant participé à l'élaboration et/ou à l'implantation du système de mesure de la performance dans votre organisation. Nous vous demanderons de participer à 2 entrevues individuelles qui s'échelonnent sur 12 mois. Nous estimons que chaque entrevue durera entre 45 et 60 minutes. De plus, nous consulterons tout rapport d'activité en lien avec l'implantation du système de mesure de la performance et les comptes rendus des réunions administratives (ex : plan stratégique, compte rendu réunion de CA, compte rendu réunion des directeurs de l'organisation). L'ensemble de ces informations permettront de colliger des informations sur les facteurs organisationnels et contextuels pouvant influencer sur le processus d'implantation et le degré de mise en œuvre de ce système de mesure de la performance.

Participation volontaire et droit de retrait: Il n'y a pas d'inconvénient direct pouvant découler de votre participation. Votre participation est volontaire et vous pouvez retirer votre consentement et interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans avoir à fournir d'explication.

Confidentialité: Les entrevues seront enregistrées et transcrites en verbatim. Votre nom figurera sur la copie d'identification que vous allez remplir, cependant nous vous avons assigné un numéro et ce sera la seule façon dont vous serez identifié. Concernant l'information provenant des observations directes ou retirées des documents écrits, votre nom ne sera cité en aucun cas, mais le même numéro d'identifiant sera utilisé pour vous identifier. Les informations que nous obtiendrons de vous seront gardées confidentielles, sous clé dans un classeur au centre de recherche (site de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal). Les données seront compilées sur ordinateur et sauvegardées sur un serveur sécurisé du centre de recherche. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès à cette base de données. Les enregistrements seront détruits au plus tard cinq ans après la fin du projet de recherche. Les résultats de cette étude seront publiés dans des revues scientifiques mais aucune information ne permettra de vous identifier. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourrait être consulté par une personne mandatée par le CER des établissements du CRIR ou par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, qui adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Désagréments potentiels: Certaines personnes trouvent que répondre à des questions est stressant et ennuyeux. Si la communication avec l'équipe de recherche peut vous aider à comprendre la nécessité de cette entrevue, n'hésitez pas à nous contacter.

Bénéfices potentiels : Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel. Par contre, les résultats de cette étude permettront de comprendre quels sont les facteurs contextuels ainsi que leurs

interactions qui agissent comme barrières ou facilitateurs à l'implantation d'un système de mesure de la performance, perçue comme une innovation par cette organisation particulière. Ces connaissances pourraient servir à d'autres organisations similaires pour les éclairer lors de l'implantation d'autres interventions innovantes complexes.

Versement d'une indemnité : Le présent projet ne donne lieu à aucune contrepartie financière additionnelle aux participants outre leur salaire habituel. Toutes les entrevues seront complétées à l'intérieur de vos horaires de travail habituels.

Droits : En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'institution impliquée de leurs obligations légales et professionnelles.

Coordonnées: Si vous avez quelconques questions concernant cette étude, communiquez avec madame Diana Zidarov au [REDACTED]. Mme Zidarov est physiothérapeute et étudiante au doctorat qui est responsable de la coordination et de la réalisation de ce projet.

Si vous avez des questions sur vos droits et recours vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR, au [REDACTED] ou par courriel à l'adresse suivante : [REDACTED]

En signant ce formulaire de consentement vous agréez que cette étude vous a été expliquée. Vous confirmez également que vous avez bien lu le formulaire de consentement et que vos interrogations ont été correctement répondues. De par votre signature, vous acceptez de participer à cette étude.

Déclaration du participant

Je comprends ce qui est attendu de moi et je consens à participer à cette étude. Une copie de ce formulaire de consentement sera donnée au participant nommé ci-dessous.

Signatures

Nom

Date

Participant



Diana Zidarov

Chercheur

*L'original du formulaire sera conservé au Centre de Recherche de l'Institut de Réadaptation
Gingras-Lindsay-de-Montréal et une copie signée sera remise au participant.*

Annexe 6 : Formulaire de consentement (participants des CRDP)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Institution: Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)

Titre du projet: Analyse de l'implantation du système de mesure de la performance développé par l'AERDPQ dans les organisations de réadaptation en déficience physique

Équipe de recherche: **Diana Zidarov** pht, PhD (candidate);
Lise Poissant erg, PhD- Professeur adjoint, École de réadaptation, Université de Montréal- CRIR et Directrice de la recherche à l'IRGLM
Claude Sicotte, PhD Professeur titulaire, Département d'Administration de la santé, Université de Montréal

Introduction: En 2010, l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) a entrepris, à la demande de ses établissements membres, une démarche de développement d'un système de mesure de la performance (SMP) et d'une analyse de la performance de chacun de ses établissements membres. Ce processus a impliqué des conseillers de l'AERDPQ, des conseillers de l'agence de la Montérégie qui étaient responsables de la réalisation du projet et des directeurs provenant de différents CRDP. Cette démarche a abouti à l'identification de 24 indicateurs communs à tous les CRDP permettant de faire une analyse comparative de leur performance respective. Ainsi en janvier 2011, un rapport provincial de la performance de ces établissements a été publié. De plus, chaque établissement, dont le vôtre, a reçu un rapport individuel de sa performance organisationnelle et a bénéficié d'une journée de rencontre dont le but était de favoriser l'appropriation des résultats par une analyse et une interprétation personnalisée de ces derniers. Nous vous demandons de participer à une entrevue téléphonique qui vise à déterminer le degré d'utilisation actuelle de ce SMP, de l'utilisation que votre organisation a fait du rapport sur votre performance organisationnelle ainsi que des facteurs qui ont influencé cette utilisation.

Procédures: Vous avez été choisi puisque vous êtes reconnu comme étant un informateur clé concernant le rapport d'évaluation de la performance élaboré par l'AERDPQ et reçu par votre organisation. Nous vous demandons donc de participer à une entrevue téléphonique qui durera entre 60 et 75 minutes.

Participation volontaire et droit de retrait: Il n'y a pas d'inconvénient direct pouvant découler de votre participation. Votre participation est volontaire et vous pouvez retirer votre consentement et interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans avoir à fournir d'explication.

Confidentialité: Les entrevues seront enregistrées et transcrites en verbatim. Les données seront compilées sur ordinateur et sauvegardées sur un serveur sécurisé du centre de recherche (site de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal). Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès à cette base de données. Les enregistrements seront détruits au plus tard cinq ans après la fin du projet de recherche. Les résultats de cette étude seront publiés dans des revues scientifiques mais aucune information ne permettra de vous identifier. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourrait être consulté par une personne mandatée par le CER des établissements du CRIR ou par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, qui adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Désagréments potentiels: Certaines personnes trouvent que répondre à des questions est stressant et ennuyeux. Si la communication avec l'équipe de recherche peut vous aider à comprendre la nécessité de cette entrevue, n'hésitez pas à nous contacter.

Bénéfices potentiels : Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel. Par contre, les résultats de cette étude permettront de comprendre quels sont les facteurs contextuels qui agissent comme barrières ou facilitateurs à l'implantation d'un SMP et quels sont les besoins des CRDP en matière d'implantation d'un SMP.

Versement d'une indemnité : Le présent projet ne donne lieu à aucune contrepartie financière additionnelle aux participants outre leur salaire habituel. Toutes les entrevues seront complétées à l'intérieur de vos horaires de travail habituels.

Droits : En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'institution impliquée de leurs obligations légales et professionnelles.

Coordonnées: Si vous avez quelconques questions concernant cette étude, communiquez avec madame Diana Zidarov au [REDACTED]. Mme Zidarov est physiothérapeute et étudiante au doctorat qui est responsable de la coordination et de la réalisation de ce projet.

Si vous avez des questions sur vos droits et recours vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR, au [REDACTED]-[REDACTED] ou par courriel à l'adresse suivante : [REDACTED]

En signant ce formulaire de consentement vous agréez que cette étude vous a été expliquée. Vous confirmez également que vous avez bien lu le formulaire de consentement et que vos interrogations ont été correctement répondues. De par votre signature électronique, vous acceptez de participer à cette étude.

Déclaration du participant

Je comprends ce qui est attendu de moi et je consens à participer à cette étude. Une copie de ce formulaire de consentement sera donnée au participant nommé ci-dessous.

Signatures

Nom

Date

Participant

[REDACTED]

Diana Zidarov

Chercheur

L'original du formulaire sera conservé au Centre de Recherche de l'Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal et une copie signée sera remise au participant.

