

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN GESTION DES PMO

PAR

CLAIRE BOULIANNE

T.R.

ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE D'UN DÉPARTEMENT
D'IMAGERIE MÉDICALE EN TENANT COMPTE DE LA VARIABLE
"QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS AUX USAGERS".

AOÛT 1993



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

*"Seule la conjugaison de
la qualité des hommes
avec la qualité des moyens
permet à coup sûr
d'élever notablement
la qualité des résultats."*

ARCHIER et SÉRIEYX

N.B. La forme masculine est utilisée à titre épïcène.

RÉSUMÉ

En 1984, le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé introduisait une nouvelle norme d'exigence au sein des institutions hospitalières: **un programme d'appréciation de la qualité.**

Jusqu'à tout récemment, la mesure de la performance s'établissait à l'aide de deux critères à savoir: le volume d'activités et les coûts de production de ces activités.

Les expériences acquises dans diverses organisations hospitalières ont favorisé le constat de lacunes dans cette mesure de la performance. D'ailleurs, la recherche effectuée dans le cadre de cette maîtrise nous a permis de valider les mêmes inquiétudes parmi les responsables de département.

Il s'avère important de souligner que ce mémoire traitera de la performance au sein d'un département d'imagerie médicale.

Riche d'une lecture éclairée sur le sujet et encouragée par le chef du département d'imagerie médicale de l'Hôtel-Dieu d'Alma, le docteur Raynald Bouchard, nous avons créé un outil de mesure lequel ajouterait une dimension qualitative à la mesure de la performance. Ce questionnaire se scindait en trois axes principaux à savoir: l'identification des indicateurs actuels de performance, la pertinence et approbation des indicateurs actuels de performance et une orientation nouvelle de mesure de performance.

L'expérimentation de cet outil auprès de tous les établissements de soins généraux et spécialisés de la région du Saguenay — Lac St-Jean a permis de vérifier nos trois hypothèses de départ.

Premièrement, les gestionnaires ne sont pas satisfaits des outils actuels d'évaluation de la performance. Par ailleurs, ces outils d'évaluation ne correspondent pas aux attentes des gestionnaires. Enfin, il semble possible de créer un système d'évaluation qui pourrait utiliser, outre les outils de mesure actuels, des éléments qualitatifs: l'ensemble contribuerait à élaborer un modèle simple, réaliste et utilisable.

Les résultats ont permis de mettre en relief l'insuffisance des critères utilisés jusqu'à date pour évaluer la performance d'un département d'imagerie médicale. Les personnes interrogées ont clairement manifesté que le système pourrait envisager l'introduction d'éléments qualitatifs pour pallier à l'insatisfaction causée par les éléments de mesure actuels.

Nous croyons, par ce travail, avoir identifié six indicateurs qualitatifs pertinents qui permettraient de mieux prendre en considération l'ensemble du travail effectué dans un département d'imagerie médicale.

Consciente que ce mémoire n'était qu'une analyse exploratoire, il conviendrait dans une deuxième étape de modéliser ces indicateurs en les pondérant selon leur poids d'importance. Nous pourrions ainsi ajouter un élément de satisfaction aux divers intervenants du département d'imagerie médicale.

Finalement, afin d'apporter une solution opérationnelle au problème de mesure qualitative de la performance, il conviendrait d'effectuer une recherche qui viendrait appuyer les intentions invoquées dans ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Réaliser un mémoire de maîtrise lorsqu'on a été trempé pendant plus de 20 ans dans les réalités administratives quotidiennes se révèle bien plus une prouesse intellectuelle qu'une réalisation pure et simple d'un écrit conforme aux exigences d'un programme. C'est pourquoi j'aimerais profiter de l'opportunité qui m'est offerte pour remercier ceux et celles qui m'ont encouragée... et même poussée... à terminer cet exercice.

En tout premier lieu, je voudrais remercier mon directeur de mémoire, Carol Allaire, pour avoir si bien guidé mes fougueuses idées et retenu mon tempérament si guerrier. Ma reconnaissance va également à Claude Lalonde, professeur à l'UQAC, pour ses encouragements, son écoute, ses conseils et son support amical.

Mes remerciements les plus sincères s'adressent au Dr Jean-Claude Forest, directeur du département de la recherche à l'Hôpital Saint-François d'Assise qui a si gentiment accepté de lire et commenter mes efforts. Je m'en voudrais d'ailleurs de passer sous silence la collaboration de mon employeur, l'Hôpital Saint-François d'Assise, qui m'a permis par le biais de congé de formation de mettre un point final à mes études de maîtrise. J'apprécie cet appui à sa juste valeur et lui en suis reconnaissante.

Un merci tout spécial à la direction de l'Hôtel-Dieu d'Alma qui a accepté de collaborer, par l'entremise des gestionnaires de son département d'imagerie médicale, à la création de l'outil de mesure.

J'aimerais dire merci à Céline Sergerie pour sa patience, sa compétence et sa disponibilité pour le travail d'édition électronique et de mise en page de ce mémoire.

Finalement, de tendres et affectueux remerciements à Alain, Marie-Ève, Nicolas-Alexandre et Sarah pour avoir supporté au cours de ces deux années de formation ce "doux caractère" qu'on me reconnaît.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
REMERCIEMENTS	v
TABLE DES MATIÈRES	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURES	x
CHAPITRE I: L'ÉTAT DE LA CONNAISSANCE.....	1
1.1 Historique du sujet.....	1
1.2 Historique de l'appréciation de la qualité.....	3
1.3 Originalité du sujet.....	9
CHAPITRE II: LES DÉMARCHES DE SPÉCIFICATION DE LA PROBLÉMATIQUE	10
2.1 Problème général.....	10
2.1.1 Question générale de recherche.....	11
2.1.2 Perception actuelle de la performance	12
2.2 Problème spécifique	15
2.2.1 Spécification du problème	18
2.2.2 Question spécifique.....	20
2.3 Objectifs.....	22
2.3.1 Objectif générique.....	22
2.3.2 Objectifs spécifiques.....	23
2.3.3 Hypothèses	23
2.3.4 Portée de la recherche	24

CHAPITRE III: LE CADRE THÉORIQUE	26
3.1 Une approche exploratoire.....	26
3.2 Le modèle théorique.....	28
3.3 Les concepts, variables et indicateurs	31
3.3.1 Concepts	31
3.3.2 Variables et indicateurs.....	37
3.4 La méthodologie	50
3.4.1 L'échantillon.....	50
3.4.2 La procédure.....	51
 CHAPITRE IV: LES RÉSULTATS.....	 56
4.1 Les préliminaires.....	56
4.2 Les particularités	58
4.3 Les résultats	61
4.3.1 Performance quantitative.....	61
4.3.2 Performance qualitative	68
4.3.2.1 Calcul de reprises et de rejets.....	70
4.3.2.2 Fichier technique et cahier de procédures.....	76
4.3.2.3 Gestion des dossiers radiologiques.....	80
4.3.2.4 Éventail des examens offerts	85
4.3.2.5 Temps d'attente des usagers.....	90
 CHAPITRE V: LA CONCLUSION.....	 95
 BIBLIOGRAPHIE	 101
ANNEXES.....	107
ANNEXE A: Questionnaire	
ANNEXE B: Page 650 du Rapport financier AS-471	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1	Historique de l'appréciation de la qualité	4
Tableau 4.1	Données comparatives AS-471	64
Tableau 4.2	Importance du budget de films vs budget total.....	71
Tableau 4.3	Budget de films vs autres charges directes	72
Tableau 4.4	Représentation des rebuts, reprises et rejets des centres hospitaliers concernés	73

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1	Système-client.....	19
Figure 3.1	Organigramme d'un centre hospitalier	35
Figure 4.1	Niveau de satisfaction.....	62

CHAPITRE I

L'ÉTAT DE LA CONNAISSANCE

1.1 HISTORIQUE DU SUJET

Dans cette période où les seuls mots clamés à l'échelle régionale, nationale et mondiale sont la productivité, la rentabilité, l'efficacité, la qualité totale, en bref, la performance, il semble difficile de passer à côté de ce thème non seulement à la mode mais d'une importance capitale pour la survie de notre économie. Toutefois, la performance couvrant un vaste champ d'activités. Notre démarche se limitera à un secteur que nous privilégions, c'est-à-dire la performance en milieu hospitalier. Le contexte économique actuel, l'opinion publique et le pouvoir politique consacrent ce sujet. Ce serait pratiquer la politique de l'autruche que d'ignorer les gestes posés présentement à l'égard des soins de santé. Est-il utile de rappeler la prise de conscience sociétale faite sur l'environnement de la santé publique? La sous-commission parlementaire des affaires sociales s'interrogeait récemment sur le financement des soins de santé. Globalement parlant, notre système de santé coûte dix milliards de dollars¹. La préoccupation de l'heure tourne autour des façons de faire plus et mieux avec le même budget. Comme le dit bien Jean Francoeur (1992), éditorialiste au journal *Le Devoir*: "L'Association des hôpitaux du Québec, jusqu'à récemment plutôt crispée dans sa lutte pour l'acquisition de nouvelles ressources, aborde aujourd'hui... la question de l'efficience... avec une franchise étonnante et une bonne foi exemplaire. Les hôpitaux reconnaissent que tout ce

¹ O.T.R.Q. "La carte personnalisée", *ECHO-X*, Vol. XI, no. 3, déc. 1992, p. 14.

reconnaissent que tout ce qui se fait à l'intérieur de leurs murs n'est pas également utile, pertinent, efficace, ni de même qualité; ils sont même disposés à modifier certaines pratiques afin d'améliorer leur mode de gestion."² Cette recherche s'orientera dans ce courant de pensée.

Tel que spécifié par le ministre de la santé Marc-Yvan Côté, les dépenses du ministère de la santé dépassent l'accroissement de la richesse collective. Selon ses propos, il y aurait un écart de 200 à 400 millions de dollars par année. Nous tenterons par le biais de cette recherche d'éclairer certains aspects intra-organisationnels. Le milieu organisationnel est-il en mesure d'apporter une contribution significative à la solution du problème social auquel nous sommes confrontés? Certes, les divers intervenants pourront chercher à élargir la connaissance du problème qui se pose à notre société; en ce qui nous concerne, nous nous attarderons à analyser la performance en milieu hospitalier et plus spécifiquement en imagerie médicale.

Le choix d'un sujet de recherche revêt une importance capitale. Il s'agit de s'assurer dès le départ que la thématique envisagée moussera l'intérêt et captivera tout au long de son évolution.

C'est pourquoi les cinq facteurs de motivation personnelle suivants ont guidé le choix de l'idée de recherche:

- une formation en techniques radiologiques,
- 20 ans de carrière dans le milieu de la santé à la fois comme technicienne et gestionnaire,

² FRANCOEUR, Jean. "En avoir pour son argent, Le Devoir, 11 février 1992, p. A-8.

- une insatisfaction face à la perception de la population d'une non-performance de notre système de santé,
- une frustration à ne voir mesurer la performance qu'en termes quantitatifs alors qu'une démarche "qualité" est omniprésente dans les soins et services offerts dans nos institutions sanitaires
- et, finalement, l'absence de modèle permettant de mesurer la qualité des services et de pouvoir comparer la performance entre institutions non seulement sur le nombre d'actes produits mais également sur la qualité des gestes qui entourent cette production.

1.2 HISTORIQUE DE L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

Nous avons donc axé notre revue littéraire sur l'aspect qualitatif de la performance. Il semblait non seulement possible mais nécessaire de quantifier, de mesurer de façon systématique les actes "qualité" qu'englobe l'offre des services en milieu hospitalier.

Tiré d'un exposé (1992) de Mesdames Catherine Maillé de l'Association des hôpitaux du Québec et Ghislaine Deroy de l'Hôpital de Montréal pour enfants, nous vous présentons un tableau retraçant les différents événements survenus dans l'appréciation de la qualité en santé au cours des deux derniers siècles.

TABLEAU 1.1: HISTORIQUE DE L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

II ^e Siècle (Av. J.C.)	ÉGYPTE	Réglementation de la pratique médicale
1858	GUERRE DE CRIMÉE	FLORENCE NIGHTINGALE (inf.) Études: taux de mortalité
1910	ÉTATS-UNIS/CANADA	ABRAHAM FLEXNER (m.d.) Rapport: qualité de l'éducation médicale
1912	ÉTATS-UNIS	EA. CODMAN (m.d.) Mesures: résultats finaux des soins
1913-18	ÉTATS-UNIS	COLLÈGE AMÉRICAIN DES CHIRURGIENS "Hospital standardization program"
1950	CANADA	Conseil canadien d'agrément des hôpitaux (CCAHC)
1951	ÉTATS-UNIS	Joint commission on accreditation of hospital (JCAH)
1965	ÉTATS-UNIS	MEDICARE - MEDICAID Revues d'utilisation: obligatoires par les CH (ex.: durées du séjour)
1969	CANADA	SYSTÈME UNIVERSEL D'ASSURANCE-MALADIE
1971	ÉTATS-UNIS	ASSOCIATION DES HÔPITAUX AMÉRICAINS P.A.Q.: qualité des services médicaux dans les C.H.
1972	ÉTATS-UNIS	PROFESSIONAL STANDARDS REVIEW ORGANIZATIONS: P.S.R.O'S surveillance des processus • de revues d'utilisation • d'évaluation de l'acte médical
1976	ÉTATS-UNIS	NATIONAL ASSOCIATION OF QUALITY ASSURANCE PROFESSIONALS: NAQAP
1980	CANADA	CANADIAN ASSOCIATION OF QUALITY ASSURANCE PROFESSIONALS: CAQAP
1981	ÉTATS-UNIS	JCAH NORMES: APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

1983	CANADA	CCAH NORMES: APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ
1986	QUÉBEC	ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (AHQ)

Source: MAILLÉ, Catherine et Deroy Ghislaine. Gérer la qualité et les risques au niveau des services de radiologie, Congrès des techniciens en radiologie du Québec, 1992.

À la lecture de celui-ci, il est possible d'observer que:

- apprécier la qualité en santé est loin d'être un souci nouveau ou récent et surtout pas réservé au Québec,
- le parallèle s'établit tout naturellement avec notre voisin du sud.

Notre attention s'est concentrée sur certains événements spécifiques et déterminants dans le souci de l'appréciation de la qualité. D'abord, 1950 voit la création du **Conseil canadien d'agrément des hôpitaux (CCAH)**. La naissance de ce gardien de la qualité en santé s'est avérée nécessaire si l'on considère l'importance de la "grande mobilité que connaît la population, soit par les voyages, soit par les fréquents déménagements des familles d'une localité à une autre, les gens devant souvent recourir à des soins de médecin et d'institution qui leur sont complètement inconnus.³

Compte tenu de "l'importance et des implications de la confiance du public dans la qualité des soins"⁴, les dispensateurs de services médicaux et hospitaliers ont alors conjointement mis sur pied un programme d'assurance-qualité afin que la population soit certaine de recevoir la

³ Conseil canadien d'agrément des hôpitaux. Comptes-rendus des séminaires sur l'appréciation de la qualité, Ottawa, 1984, p. 1.

⁴ Ibidem.

meilleure qualité de soins possible quel que soit l'établissement de santé choisi et où qu'il soit situé au Canada.

Ce programme doit s'assurer "que certaines normes de performance soient rencontrées et que des activités d'éducation et d'évaluation se poursuivent sur une base continue"⁵. Ce "programme se nomme "agrément des hôpitaux" et un certificat d'agrément, octroyé par le Conseil canadien d'Agrément des hôpitaux, atteste que l'hôpital rencontre les normes de qualité et de sécurité."⁶

Ce programme dynamique se veut "un puissant encouragement à une bonne qualité de soins hospitaliers"⁷. Son dynamisme s'illustre dans son évolution et son adaptation.

D'abord il établissait des normes pour les soins médicaux en milieu hospitalier. Puis, il s'est développé jusqu'à couvrir tous les aspects de la distribution de soins, c'est-à-dire établir des normes pour les soins aigus, les soins psychiatriques et les soins prolongés. De façon concomitante et en accord avec la distribution des soins, il établissait des normes pour l'ensemble des services offerts dans les institutions de santé.

Finalement, dans l'édition de 1983 des Normes pour l'agrément des établissements de santé du Canada s'inscrivait une nouvelle norme d'exigence, à savoir: **un programme d'appréciation de la qualité.**

⁵ **Ibidem.**

⁶ **Ibidem.**

⁷ **Ibidem.**

En effet, "la responsabilité vis-à-vis le public exige que des soins de qualité, selon des standards éprouvés, soient dispensés et que preuve soit faite au niveau de tous les services impliqués"⁸.

Bien que spécifiant alors que cette norme ne serait pas exigible avant 1986, le CCAH ajoutait qu'après janvier 1986 les institutions n'ayant pas établi un programme d'appréciation de la qualité ne pourraient aspirer à recevoir un agrément pour une période maximale prévue.

Il fournissait également les grandes lignes du programme d'appréciation de la qualité: "... consiste à établir des buts pour l'ensemble de l'hôpital, à évaluer des procédures nécessaires à la surveillance continue et à la réalisation de ces buts et, lorsque des lacunes sont identifiées, à proposer et à appliquer les solutions susceptibles de permettre l'atteinte de ces buts. L'appréciation de la qualité signifie aussi l'organisation des ressources de l'établissement de façon à atteindre les objectifs fixés dans l'énoncé de sa mission. Il s'agit d'un processus par lequel l'organisation examine elle-même son efficience et son efficacité dans la réalisation des buts fixés, à l'intérieur des contraintes qui lui sont imposées."⁹

Afin de renforcer l'importance de cette norme, le CCAH spécifiait que la décision d'instituer un programme d'appréciation de la qualité doit être prise par le Conseil d'administration conjointement avec les gestionnaires et les professionnels de la santé. De plus, dans ses "comptes-rendus des séminaires sur l'appréciation de la qualité" (1984), il proposait une des façons permettant à l'institution d'implanter un tel programme et les structures nécessaires pour le réaliser avec succès.

⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.

L'Institution, par la voie de son conseil d'administration, doit proposer un programme d'ensemble auquel doit souscrire chaque unité de soins ou chaque département avec son programme personnalisé.

Dans cette ligne de pensée, en avril 1987, l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) rédige un "programme d'appréciation de la qualité d'un service d'un centre hospitalier" dans lequel il définit les concepts de base, le contenu type d'un programme et les différentes étapes d'application d'un programme à l'intention de ses membres.

Encore plus spécifiquement, Beauchemin (1991)¹⁰ publie "appréciation de la qualité en radiodiagnostic" où il décrit différentes activités d'appréciation de la qualité et propose une façon d'implanter un tel programme en radiologie.

Également, Maillé et Deroy Prata (1992)¹¹ dans un exposé au cours d'un congrès de l'Ordre des techniciens en radiologie du Québec décrivent les étapes d'implantation du programme d'appréciation de la qualité au niveau des services de radiologie.

Riche de ces lectures et motivée par notre implication dans le système de santé, il ne restait qu'un pas à franchir pour pousser plus loin cette quête de qualité et vouloir non seulement la mesurer mais également croire qu'il est possible de la modéliser pour fin de comparaison entre établissements.

¹⁰ BEAUCHEMIN, Roch. Appréciation de la qualité en radiodiagnostic, Édition Terres rares, 1991, 178 p.

¹¹ MAILLÉ, Catherine et Deroy-Prata Ghislaine. Gérer la qualité et les risques au niveau des services de radiologie, Congrès des techniciens en radiologie du Québec, 1992.

1.3 ORIGINALITÉ DU SUJET

Il s'agit de faire valoir ici l'aspect particulier de cette recherche.

En tant que gestionnaire on détient certains modèles quantitatifs de la productivité que ce soit le nombre de jours d'hospitalisation, le nombre de visites par jour, le nombre de livres de lingerie lavées par heure travaillée, le nombre d'heures travaillées pour produire X unités techniques, le prix de revient d'une unité technique, etc.

Valider par le biais de cette recherche la possibilité de réunir à l'intérieur d'un même modèle l'aspect quantitatif de la production et l'aspect qualitatif de cette production serait un atout.

Jusqu'à maintenant, les divers établissements sont comparés entre eux selon leur productivité quantitative. Il serait intéressant de pouvoir également les comparer selon la qualité de leur production d'autant plus que chaque département à l'intérieur d'un établissement doit maintenant répondre à cette nouvelle norme d'exigence du CCAH: d'un programme d'appréciation de la qualité.

CHAPITRE II

LES DÉMARCHES DE SPÉCIFICATION DE LA PROBLÉMATIQUE

2.1 PROBLÈME GÉNÉRAL

La performance en tant que telle n'existe pas. Il faut la rattacher à des éléments plus concrets que ce soit: un individu, des groupes d'individus, des entreprises privées ou des organisations publiques tel un établissement de santé. On pourrait alors définir la performance ainsi: "Une organisation se préoccupant de faire la bonne chose (efficacité), de la bonne façon (efficience) et offrant un service de qualité dans un environnement créatif et de qualité pour ses ressources humaines."¹² "Cette organisation devrait à court et à long terme être productive, ce qui l'assure d'une plus grande rentabilité."¹³ Jusqu'à tout récemment, les organisations se sont concentrées sur des mesures quantitatives de la productivité.

Le problème rencontré relève des difficultés d'identifier des mesures qualitatives de la performance dans les établissements de santé du Québec.

¹² SINK, D. Scott. Productivity management: planning, measurement, control and improvment. Ed. J. Wiley, 1985.

¹³ PROULX, Gilbert. "La performance dans le domaine de la santé et des services sociaux: mythe ou réalité", Administration Hospitalière et Sociale, Éditions Delmas, vol. XXXVI no 3, mai-juin 1990, p. 6.

2.1.1 QUESTION GÉNÉRALE DE RECHERCHE

Est-il possible, par des indicateurs autres que quantitatifs, de mesurer la performance dans nos centres hospitaliers?

Cette préoccupation de recherche s'inscrit dans ce mouvement initié des années 80 et fort populaire dans cette décennie-ci à savoir: l'importance à accorder aux éléments qualitatifs autant qu'aux éléments quantitatifs de la performance.

Pour apprécier la performance de l'individu au travail, il convient de mesurer la production en termes d'unités mais aussi la qualité de l'ensemble des actes qui nous amènent à être conforme aux besoins des clients.

On peut affirmer que, depuis la deuxième guerre mondiale, l'homme a cherché à se doter d'équipements de plus en plus sophistiqués lui permettant d'accroître sa productivité. Ce faisant, il initiait sans le vouloir une nouvelle prise de conscience de l'homme face au produit pris dans son sens générique. La satisfaction face au produit ne se définit pas strictement en terme quantitatif mais bien plus en terme qualitatif. La raison d'être d'un produit, prolongement de l'activité humaine, est bien plus une réponse à un besoin social et humanitaire. Il s'agit donc de produire non pas pour le produit mais bien plus pour répondre à des attentes de l'homme. Le contexte hospitalier a, au cours des 50 dernières années, accru considérablement sa technologie tout en cherchant à accroître sa productivité souvent au détriment de l'humanisation des soins. La raison d'être d'une machine n'est pas la machine mais bien le support qu'elle apporte au bien-être de l'homme. Dans le cadre de cette recherche, nous tenterons de faire valoir l'approche qualitative comme complément essentiel

(de la définition de l'offre de services en milieu hospitalier) de l'approche quantitative utilisée pour évaluer la performance d'une unité organisationnelle (un département, une unité de soins, etc.).

2.1.2 PERCEPTION ACTUELLE DE LA PERFORMANCE EN MILIEU HOSPITALIER

À qui n'est-il pas arrivé dans une salle d'attente d'urgence d'un centre hospitalier de s'interroger sur le rendement du personnel clinique en général? Souvent, durant une longue période d'attente, on porte des jugements sévères sur le travail effectué par le personnel en s'imaginant que, si nous étions à leur place, il en serait autrement. À maintes reprises, en tant que cadre organisationnel, nous avons recueilli les doléances de clients mécontents de l'efficacité du travail accompli dans un service, et combien de fois avons-nous réalisé l'ignorance des sujets face aux responsabilités professionnelles des intervenants de la santé. En conséquence, fortement biaisée par une expérience de 20 ans dans le domaine de la santé, nous avons décidé de nous pencher sur la problématique de la performance des employés des organismes de santé et plus spécifiquement d'un département d'imagerie médicale. Pourquoi porte-t-on des jugements tendancieux sur la performance de notre système de santé? À quoi pense le client qui se présente dans un service quelconque? Quel est son état d'angoisse et, pourquoi ne pas le dire clairement, quelle est sa capacité de juger de la performance des employés d'un département? Il est désolant de constater que trop souvent des jugements hâtifs sont portés et que ceux-ci entraînent des effets négatifs sur l'environnement de travail.

Par le biais de ce mémoire, nous tenterons de jeter un peu de lumière sur un concept qui mérite une attention particulière dans le contexte médico-social de cette fin de siècle: la

performance en tant qu'aspect qualitatif. Alors que plusieurs pays étrangers analysent la performance de notre système d'universalité et de gratuité des soins de santé, au Québec, on semble vouloir revenir sur des principes fondamentaux acquis. Pourquoi? Serait-ce un choix social ou, encore, une démarche purement mercantile sans visée sociale d'aucune sorte? Les divers médias se veulent rassurant quant à la performance du système de santé québécois tel que vu par l'étranger: Landry dans le quotidien *Le Soleil* dira "Il est prouvé que nous avons un des meilleurs systèmes de santé au monde et que nous avons non seulement réussi à en contrôler les coûts mais a obtenir de ce système des résultats intéressants sur le plan de la santé de la population."¹⁴ Il ajoute également que "nous avons au Québec un système de santé qui coûte moins cher et donne de meilleurs résultats."¹⁵ Toutefois, si on y regarde de l'intérieur, on reste sur l'impression que les jugements portés ont un goût amer. En conséquence, il nous apparaît opportun de porter notre attention sur ce concept de performance des établissements de santé.

Lorsqu'on lit ou écoute autour de soi les propos ou discours tenus par les utilisateurs de notre système de santé, on serait porté à lier le concept de performance à deux éléments à savoir: la hiérarchisation et la déresponsabilisation.

La hiérarchisation, phénomène organisationnel de nos établissements de santé, a contribué à éloigner les prestataires de services du sommet décisionnel (TOP MANAGEMENT). Les institutions n'auraient-elles pas subi un effet de bureaucratisation chronique qui teindrait la réalité et ferait porter l'odieux de la non-performance aux niveaux inférieurs jusqu'aux dispensateurs de services?... Il n'est pas rare d'entendre les propos suivants de la part de

¹⁴ GAGNON, Damien. "La privatisation n'est pas souhaitable (Landry)", *Le Soleil*, vendredi, 20 mai 1988, p. A-5.

¹⁵ *Ibidem*.

cadres: Ce n'est pas moi qui fait le travail en bout de piste donc je ne peux pas être évalué sur ma performance...

Par ailleurs, la **déresponsabilisation** trahit une situation de méfiance. Plutôt que de responsabiliser chaque individu de façon professionnelle, on préfère l'handicaper par des niveaux supérieurs lesquels sont eux-mêmes handicapés par d'autres niveaux. N'est-il pas essentiel d'éduquer les prestataires de services sur l'importance d'utiliser les ressources à bon escient et leur fournir les données appropriées? Ainsi, le prestataire connaissant les limites de son travail pourra référer au niveau supérieur un état de performance mieux calibré en terme de production et en terme de qualité de la production.

Ces deux premiers éléments invitent à considérer également d'autres éléments de perception qui pourraient avoir des effets positifs ou négatifs sur le sens de la performance telle que nous voulons la définir. Citons en exemple:

- une image sociale associée à un grand nombre de syndicats — résultant d'une bureaucratisation trop poussée;
- un effet de stress issu du milieu de travail lié au fait de côtoyer quotidiennement la maladie;
- une philosophie de gestion déficiente car les établissements de santé au Québec étant des organisations publiques n'ont pas été confrontés aux mêmes réalités et de rentabilité que les entreprises privées. Même si au début des années 80, on sentait une préoccupation pour la planification stratégique, "l'émergence du besoin de planification stratégique dans

les établissements de santé a été favorisée par l'évolution de la gestion interne ainsi qu'en réponse à un environnement plus complexe."¹⁶

- enfin, un environnement économique-socio-organisationnel nous invitant à porter une attention spéciale à la performance du personnel hospitalier. Sommes-nous performants? Avons-nous identifié les critères pertinents de performance en milieu hospitalier? Portons-nous des jugements trop hâtifs sur la performance? Existerait-il des critères standards qui nous permettraient d'évaluer cette performance? Ce mémoire de recherche tentera de mettre en lumière ce concept organisationnel qu'est la performance.

2.2 PROBLÈME SPÉCIFIQUE

Définir la performance dans un contexte de soins de santé peut faire appel à un ensemble d'indicateurs de nature arbitraire (ceux-ci ne faisant pas l'objet de critères standards imposés par l'organisation centrale) et de nature spécifique (ces indicateurs étant normés par le MSSS aux fins de comparaison entre établissements). Il n'est pas dans nos attributions dans le cadre de ce mémoire de juger du caractère arbitraire de certains indicateurs: ceci relevant de l'identité organisationnelle de chaque établissement. Toutefois, il est permis d'apporter une critique sur l'uniformisation des indicateurs spécifiques. Cette recherche mettra en lumière, avec le plus de rationalité possible et ce, à l'aide d'indicateurs précis, le sens du concept de performance en milieu hospitalier.

¹⁶ ROY, Gilles. "Planification stratégique et secteur de la santé", Administration Hospitalière et Sociale, Éditions Delmas, vol. XXXI, No 6, nov.-déc. 1985, p. 21.

Gilbert Proulx¹⁷ dans son article sur "la performance dans le domaine de la santé et des services sociaux: mythe ou réalité", fait appel à plusieurs critères pour définir la performance tels:

- **l'efficacité** se mesurant par les résultats par rapport aux objectifs fixés pour une période donnée, lesquels découlent de la mission et de la raison d'être de l'organisation;
- **l'efficience**, c'est-à-dire bien faire la chose. En général, on s'est surtout acharné à rationaliser l'utilisation des ressources humaines et du capital. "Et pour cause, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) compte pour le tiers du budget gouvernemental."¹⁸
- **l'innovation**: innove-t-on dans notre organisation? Sommes-nous malades de la *procédurite*? Avons-nous des *intrapreneurs* dans notre organisation, ceux qui ont des idées qui dérangent? Comment l'innovation est-elle valorisée à l'intérieur de l'organisation?

À ce propos d'ailleurs, Monsieur Guy Saint-Onge, directeur général de l'Hôpital de Chicoutimi disait: "Un employé ne peut pas donner suite à ses bonnes idées parce que le système ne favorise pas l'innovation."¹⁹

¹⁷ PROULX, G. *Loc. cit.*, pp. 6-7.

¹⁸ FROMENT, Dominique. "Les hôpitaux n'ont aucune conscience pratique de leur rôle économique (Guy Saint-Onge)", *Les Affaires*, 1er sept. 1990, p. T-8.

¹⁹ *Ibidem.*

- **la technologie** de plus en plus sophistiquée, de plus en plus dispendieuse avec un potentiel existant mais non atteint;
- **la qualité de vie:** les ressources humaines, comptant pour environ 80%²⁰ dans le coût de production des services, perçoivent-elles bien leur rôle respectif dans l'atteinte de l'objectif de qualité des services? Perçoivent-elles une qualité de vie adéquate à l'intérieur de leurs tâches et responsabilités? Des programmes de formation adéquats sont-ils élaborés et suivis? La proposition d'une majoration substantielle des budgets de formation en cours d'emploi sera-t-elle honorée?
- **la qualité des services:** comment est-elle mesurée et contrôlée? Quels efforts y sont consentis?
- **la productivité:** ce ratio de la quantité d'extrants sur la quantité d'intrants utilisés pendant une période. Monsieur Claude Castonguay, le père de notre système de santé actuel disait il y a peu de temps: "Malade, le régime québécois de soins de santé souffre avant tout d'un manque de productivité."²¹ Il ajoutait également: "Somme toute, ce régime a donné satisfaction, les grands objectifs poursuivis comme la gratuité, l'accessibilité, la qualité des soins ayant été atteints."²²

20 Rapport Financier Annuel 1991-92, Centre hospitaliers de la région-02, p. 200.

21 DESCOTEAUX, Bernard. "Castonguay recommande un réseau de santé concurrentiel", Le Devoir, mercredi, 24 janvier 1991, p. 1.

22 Ibidem.

2.2.1 SPÉCIFICATION DU PROBLÈME

On ne peut parler de performance sans lier ce concept à ceux de l'offre et de la demande au sein des organisations de santé. Si l'on examine la situation actuelle de notre système de santé au Québec, il semblerait que nous rencontrions certains problèmes à gérer l'offre de services et la demande croissante pour ces services. Selon Claude Castonguay²³, la demande, loin de diminuer quant à elle, va augmenter avec le vieillissement de la population et l'apparition de nouveaux problèmes chez les adultes. Quant à l'offre, elle subira des pressions au niveau financier car les gouvernements sont en pénurie: d'abord, au niveau des ressources humaines car il y a de plus en plus de professionnels de la santé notamment de médecins qui, étant payés à l'acte, produisent de plus en plus sans guère ajouter à la qualité des services, ensuite, au niveau des équipements et technologie de plus en plus sophistiqués et dispendieux. Castonguay ajoute également que le défi de conjuguer offre et demande sera d'autant plus grand que sur le plan de l'organisation et de la gestion, le système québécois a une faible productivité.

Alors, comment contraindre le rythme de croissance des dépenses socio-sanitaires à un niveau compatible avec les objectifs budgétaires et financiers du gouvernement?

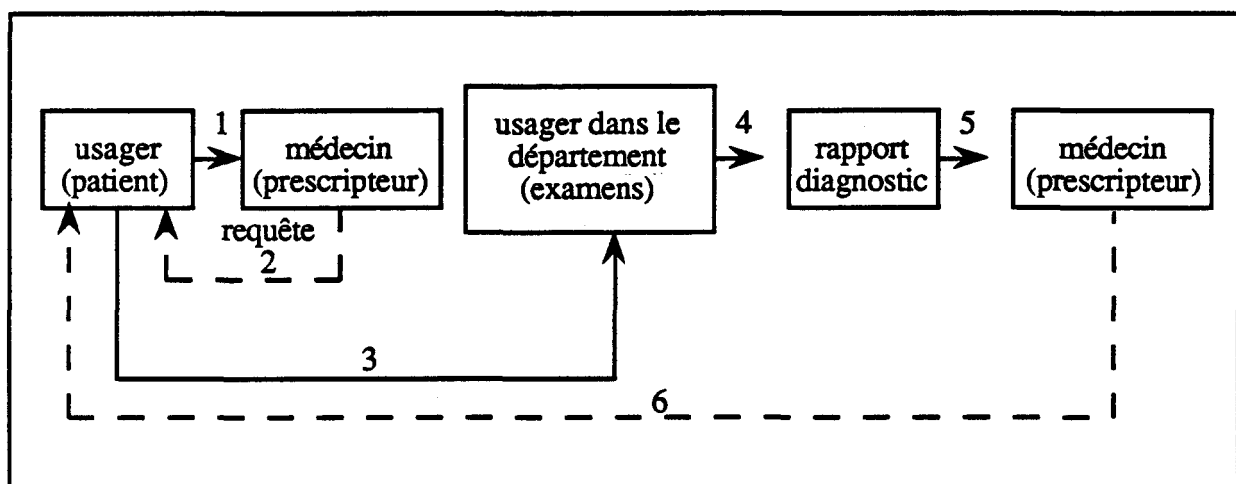
Pour tenter de résoudre ce problème d'écart entre l'offre et la demande, deux possibilités se présentent: soit d'accroître ou de diminuer l'offre, soit d'accroître ou de diminuer la demande. Notons que l'introduction de programmes sociaux doit avoir pour effet de réduire la demande en "santé".

²³ *Ibidem*, p. 8.

Il semble logique de tenter d'accroître l'offre en maximisant les ressources disponibles tout en cherchant à rationaliser la demande. Si on accentue les efforts pour faire plus avec les mêmes ressources ce faisant, nous visons à rendre plus performantes nos organisations.

Par contre, force est de constater que la demande doit aussi être rationalisée car, trop souvent, le client exige des services sans se préoccuper des conséquences au niveau des ressources imposées par sa requête. Or, le contexte des années 90 incite à mieux définir la demande du client tout en accroissant la performance du milieu organisationnel. Le client, terminologie rarement utilisée en santé, qui est-il vraiment? De là toute la complexité d'imputer la "faute" à quelqu'un? L'approche systémique permet d'illustrer la clientèle d'un établissement de santé et plus particulièrement d'un département d'imagerie médicale.

FIGURE 2.1: SYSTÈME-CLIENT



Bien que le processus soit enclenché par une visite d'un usager à son médecin [1], la demande d'examens (requête) comme telle origine du médecin prescripteur [2]. L'usager se rend au département afin de subir l'examen [3]. Mais le résultat (diagnostic) de cet examen [4] ne sera transmis qu'au médecin prescripteur [5], lequel se doit à son tour de faire connaître les résultats à son client [6].

Quel est donc le véritable responsable des demandes d'examens qui nous parviennent? Le patient ne pouvant se prescrire lui-même les examens, ne serait-il pas logique que le demandeur soit en réalité le médecin prescripteur? N'est-il pas alors notre principal client bien que l'usager doive subir les différents tests? Les coûts de notre système de santé ne sont-ils pas la conséquence directe des demandes des différents prescripteurs?

2.2.2 QUESTION SPÉCIFIQUE

Bien que consciente de l'ampleur du problème amené par le jeu de l'offre et de la demande, notre contribution dans le cadre de ce mémoire ramène à des proportions micro-environnementales. Notre analyse scientifique s'effectuera au niveau des départements d'imagerie médicale et s'attardera plus spécifiquement à mesurer la performance en fonction de deux concepts précédemment cités et empruntés de Gilbert Proulx soit:

a) la **productivité** exprimée à l'aide des sous-ensembles suivants:

- le **volume d'activités** où l'on fait référence aux différents examens exécutés ainsi qu'à l'unité de mesure de ces activités;

- les **coûts** rattachés à la production de ces examens en fonction des limites ou choix budgétaires.
- b) et la **qualité des services** où l'on réfère non seulement au **service principal**²⁴, en l'occurrence l'obtention d'un diagnostic radiologique via la production d'image médicale tant par radiations que par ultrasons, mais également au **service secondaire**²⁵ tels l'accueil, la conservation des dossiers radiologiques, la transcription des rapports, etc.

Préalablement, il s'agira d'identifier des indicateurs de performance qualitative conformes:

- aux normes du Conseil Canadien d'Agrément des Établissements de Santé (CCAES) (le CCAH ayant modifié son appellation dans la deuxième moitié des années 80);
- aux exigences des différentes corporations professionnelles, aux politiques et procédures du département d'imagerie médicale;
- à la "loi sur les services de santé et les services sociaux", à la mission et aux objectifs de l'établissement de santé.

Par la suite, on pourra déterminer les indicateurs pécuniaires rattachés à ce concept de qualité que ce soit les unités techniques produites, les salaires, les équipements...

Afin de répondre à la question qui clôt cette problématique de recherche, il a fallu parfaire nos connaissances sur la performance et la qualité dans les services via la littérature mais également recueillir des informations pertinentes auprès du Ministère de la santé et des

²⁴ KÉLADA, Joseph. La gestion intégrale de la qualité: pour une qualité totale, Ed. Quafec 1990, p. 214.

²⁵ Ibidem.

services sociaux, de la Régie Régionale de la région administrative 02 (Saguenay - Lac St-Jean) et de certains établissements de santé de cette même région. Leur collaboration et leur participation dans le cadre de cette recherche ont peaufiné l'approche méthodologique et permis la rédaction de la question suivante:

dans un département d'imagerie médicale, quels sont les indicateurs qui permettent de mesurer la performance selon les variables "volume d'activités", "coûts rattachés aux services offerts" et "qualité des services aux usagers"?

2.3 OBJECTIFS

2.3.1 OBJECTIF GÉNÉRIQUE

Dans le domaine de la santé au Québec, dès que l'on parle "performance", on s'attarde irrémédiablement à l'aspect productivité de ce concept, c'est-à-dire les coûts de production par rapport au volume d'activités. Il serait naïf de ne pas voir une tendance taylorienne dans cette approche. À notre avis, tout en tenant compte de ces standards quantitatifs, il est possible de mesurer la performance des acteurs en place par le biais d'une variable "qualité des services aux usagers" évaluée grâce à des indicateurs précis. Cette recherche tentera de démontrer la validité du modèle théorique en utilisant une structure "micro-dimensionnelle" de l'appareil de santé québécois à savoir: **le département d'imagerie médicale.**

2.3.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Prendre connaissance des mesures de la performance telle que définie dans notre problématique, au niveau ministériel, au niveau organisationnel et au niveau départemental.
- Connaître l'usage que l'on fait de ces outils d'évaluation et prendre connaissance des critiques y référant.
- Proposer des critères d'évaluation susceptibles d'enrichir l'évaluation de la performance.

2.3.3 HYPOTHÈSES

Afin de guider l'élaboration de l'instrument de mesure et permettre ainsi l'atteinte d'objectifs spécifiques de recherche, nous utiliserons les trois hypothèses suivantes:

H1: "Les gestionnaires sont satisfaits des outils actuels d'évaluation de la performance."

H2: "Les outils d'évaluation de la performance pourraient être améliorés afin de mieux répondre aux attentes des gestionnaires."

H3: "Les acteurs en présence dans le système d'évaluation sont en mesure de fournir des éléments autres que quantitatifs qui pourraient contribuer à élaborer un modèle simple, réaliste et utilisable."

2.3.4 PORTÉE DE LA RECHERCHE

Depuis notre arrivée sur le marché du travail, nous avons subi le système d'évaluation lequel, pour l'époque, semblait répondre aux attentes de l'organisation. Par la suite, en tant que gestionnaire, nous avons utilisé ces systèmes (quelquefois modifiés) pour évaluer les employés relevant de notre responsabilité. À ce moment, nous étions déjà sensibilisée aux lacunes que présentaient ces modèles d'évaluation de la performance. Il apparaissait que le rendement, mesuré par le nombre d'examens effectués dans une période donnée, laissait cours à des interprétations arbitraires de la performance des employés et par le fait même du département. N'étant alors pas en mesure de fournir les éléments correcteurs, nous proposons aujourd'hui, par le biais de ce mémoire une façon différente de mesurer la performance des employés d'une unité administrative.

Il n'est nullement dans nos intentions de critiquer les outils utilisés jusqu'à date. Cependant, force est de constater que les responsables d'unités organisationnelles ont de plus en plus besoin d'éléments appropriés pour qualifier la performance des employés. On possède actuellement des critères quantitatifs d'évaluation de la performance tels le nombre d'examens exécutés et les coûts engendrés pour leur réalisation. Pourrait-on suggérer l'usage d'éléments qualitatifs tout en assurant une validité et une impartialité dans l'usage et dans l'interprétation de ces critères? Ce nouvel outil d'évaluation de la performance veut tenir

compte des changements survenus dans l'environnement médical. Ce mémoire tentera de démontrer que la performance d'un département ou d'une unité de soins est dépendante non seulement du volume d'activités et des coûts rattachés à ces activités mais également de la qualité des services offerts. S'attaquer au système globalement peut s'avérer une tâche hors de notre champ d'expertise. Cependant, si notre contribution, aussi minime soit-elle, parvient à évaluer les effets d'un tel modèle d'évaluation au niveau d'un département, il risque de s'ensuivre une réaction de synergie, laquelle pourrait contribuer à modifier la perception que l'on a de notre système de santé.

CHAPITRE III

LE CADRE THÉORIQUE

3.1 UNE APPROCHE EXPLORATOIRE

Avant de préciser le cadre conceptuel, étape d'une importance déterminante pour notre recherche puisque soutien théorique à celle-ci, il semble primordial de spécifier au lecteur ce qui suit: conséquemment à la revue de littérature et aux entrevues préparatoires avec divers intervenants et compétences sur le sujet qui nous préoccupe, nous ne sommes pas en mesure de cerner un modèle théorique éprouvé à adopter pour la résolution de ce problème spécifique. Bien des écrits ont traité de la "qualité" et de la "performance" au cours des dernières années. Cependant, la mesure qualitative de la performance dans les établissements de santé est encore une réalité trop jeune pour avoir suscité le développement ou l'expérimentation d'un modèle spécifique pour quantifier la qualité en santé.

Ce mémoire emprunte donc la forme exploratoire afin de permettre d'énoncer certaines hypothèses qui provoqueront d'éventuelles recherches de type descriptif et expérimental.

Plusieurs auteurs ont largement discoursu sur la forme exploratoire de la recherche.

Selltiz, Wrightsman et Cook (1976) nous invitent à garder à l'esprit que "le caractère relativement récent des sciences sociales et la pénurie de recherches en ce domaine font

qu'une bonne partie de cette recherche gardera inévitablement, pendant un certain temps encore, un aspect aventurier."²⁶ Ils insistent de plus sur le fait que "peu de sentiers battus s'offrent au chercheur en sciences sociales, souvent la théorie est trop générale ou trop spécifique pour servir d'orientation claire et nette à la recherche empirique."²⁷

André Savoie (1982) fait état également de l'importance pour le chercheur de l'approche exploratoire en cas "... soit d'insuffisances théoriques (excès de généralité, excès de spécificité) en regard du sujet à l'étude, soit de la nouveauté du sujet à l'étude (peu de connaissances acquises à date)..."²⁸ Il traite des limites de la recherche exploratoire laquelle "... permet de décortiquer les principales composantes du problème et d'en identifier les concepts sous-jacents. Cependant, elle n'autorise pas de conclusions définitives. Son rôle à ce niveau se limite à l'expression d'intuition et à la formulation d'hypothèses à formuler ultérieurement."²⁹

À l'instar de Savoie (1982), Lambin (1990) évalue aussi la portée de la recherche exploratoire dans le sens de "générer des hypothèses susceptibles d'être soumises ultérieurement à une étude quantitative, qui les infirmera ou les confirmera."³⁰

²⁶ SELLTIZ C., Wrightsman L.S., Cook S.W. Research Methods in Social Relations, third edition, Holt, Rinehart & Winston, 1976, tiré de Bélanger D., Les méthodes de recherche en sciences sociales, Ed. HRW, 1977, p. 91.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Bordeleau Y., Brunet L., Haccoun R.R., Rigny D.A.J., SAVOIE A. Comprendre l'organisation, approches de recherche, Montréal, Les Éditions Agence D'Arc Inc., 1982, p. 36.

²⁹ Ibidem, p. 38.

³⁰ LAMBIN J.J. La recherche en marketing, McGraw-Hill, 1990, p. 83.

Par conséquent, l'approche de forme exploratoire soutiendra la présente recherche et nous avons utilisé tous les outils mis à notre disposition pour recueillir les informations, les traiter et en tirer des hypothèses qui devraient conduire à d'autres recherches.

3.2 LE MODÈLE THÉORIQUE

La tendance des dix dernières années a été d'explorer les multiples facettes qui pourraient nous amener à mesurer (apprécier) la qualité d'un service. Eiglier et Langeard (1983), Gronroos (1983), Gunmesson (1988), Parasuraman, Zeithaml et Berry (1984) ont tous cherché à développer des modèles conceptuels d'évaluation de la qualité d'un service.

L'approche d'Eiglier et Langeard³¹ (1983) est privilégiée car elle rejoint le vécu des établissements de santé.

Ces deux auteurs ont utilisé l'équation suivante pour mesurer la qualité d'un service:

$$\text{Qualité d'un service} = f(Q1, Q2, Q3, Q4, Q5)$$

où:

Q1 : la qualité institutionnelle: c'est-à-dire l'image de l'entreprise qui offre le service.;

³¹ EIGLIER P. et Langeard E. "L'Offre de Services: Concepts et Décisions", Working Paper No. 275, France, I.A.E., Université d'Aix-Marseille III, 1983.

- Q2 : la qualité de l'organisation interne: cette qualité a trait au personnel et aux instruments qui ne sont pas visibles au consommateur mais agissent comme support à la servuction et facilitent la production du service;
- Q4 : la qualité physique: est associée aux éléments physiques de la servuction qui sont visibles aux consommateurs (les instruments, l'environnement physique, le personnel en contact);
- Q5 : la qualité de résultat: cette qualité est reliée à "l'output" de la servuction, c'est-à-dire le service élémentaire, résultat des interactions qui se produisent entre les éléments nommés ci-dessus. Les attentes et les perceptions du consommateur affectent le jugement porté sur cet "output".
- Q3 : la qualité d'interaction : cette qualité est issue de l'interaction qui se produit entre le consommateur (ou le client), le personnel en contact et le support physique. Ce processus est affecté, d'une part par l'état du consommateur et du personnel en contact au moment d'aborder la servuction; et d'autre part par le degré de participation qui est attendu du consommateur et par la présence des autres consommateurs;

En conséquence, à l'intérieur de ce mémoire, nous tenterons d'établir, à l'instar de ces auteurs, une relation de type

$$Y = f(X_n).$$

Évidemment, ces auteurs touchaient plus spécifiquement les entreprises privées et n'étaient nullement préoccupés par le champ de la santé.

Inspirée de ces recherches, nous aimerions établir l'équation suivante:

$$P = f(V_a, C_{rs}, Q)$$

où

P = performance

V_a = volume d'activités

C_{rs} = coûts rattachés aux services

Q = qualité des services aux usagers.

Remarquons que ce modèle tient compte du volume d'activités (V_a). Il s'avère en effet difficile d'ignorer cette variable compte tenu du fait que les dépenses encourues (C_{rs}) pour offrir les services sont appariées actuellement au volume d'activités dans les rapports statistiques et financiers préparés pour le Ministère de la santé et ses services sociaux. Ces deux "variables indépendantes" de notre modèle sont généralement reconnues pour mesurer la performance des départements d'imagerie médicale des établissements de santé.

3.3. LES CONCEPTS, VARIABLES ET INDICATEURS

3.3.1 CONCEPTS

3.3.1.1 Département d'imagerie médicale

La formulation de la question de recherche suggère des précisions sur l'expression "département d'imagerie médicale". Bien que l'habitude veuille que l'appellation "service de radiologie" soit encore la plus utilisée, l'avènement de nouvelles technologies (résonance magnétique, tomodensitométrie, ultrasonographie, accélérateur linéaire, laser...) et l'évolution rapide de la pratique de la radiologie (procédures interventionnistes) suggèrent un nouveau vocable pour accorder à la radiologie tout le champ d'activités qu'elle occupe. Nous entendons et, surtout, entendrons de plus en plus parler de "département d'imagerie médicale." L'imagerie médicale se définit comme: "l'ensemble des techniques médicales utilisées pour produire des images à des fins diagnostiques."³²

Le MSSS, dans une nouvelle directive aux établissements effective en date du 1er avril 1993, enchâsse cette expression dans le "Rapport financier annuel AS-471". Dès à présent, cette expression est adoptée et sera utilisée tout au long de cette recherche. De plus, le terme "département" évite toute confusion entre le service proprement dit (lieu physique) et les services offerts aux usagers.

³² ROBERT, Jacob. L'imagerie médicale au Québec. Rapport d'une recherche sur le phénomène de la diffusion des technologies médicales, # 22, Direction générale de l'évaluation et de la planification, MSSS, 1986, p. 331.

3.3.1.2 Usager

Le modèle "système-client" en page 19, invite à préciser ici laquelle des clientèles du département d'imagerie médicale retient l'attention dans le cadre de cette recherche. Différents clients adressent des demandes spécifiques au département, que ce soit les médecins qui requièrent des rapports diagnostics, les services administratifs de l'établissement qui désirent des rapports d'activités, les employés du département qui s'attendent à des services de soutien et d'assistance ou encore, les usagers lesquels non seulement viennent chercher des examens, mais sont de plus à l'origine du processus et la raison d'être de notre système de santé.

Au cours des vingt dernières années bon nombre de termes ont été utilisés pour parler des usagers de nos établissements de santé. Longtemps le mot "malade" a été employé, suivi du mot "patient", remplacé par le terme "bénéficiaire", pour finalement, dans le texte de la Loi 120, être délogé par l'appellation "usager". Le Petit Robert³³ définit ainsi usager: n.m. personne qui utilise (un service public, le domaine public).

En l'absence de toute spécificité dans le texte de la Loi 120, la définition du dictionnaire s'applique.

Aux fins de ce mémoire, le terme "usager" sera retenu.

³³ ROBERT, Paul. Petit Robert I, Paris, 1978, p. 2053.

3.3.1.3 Établissement

Il apparaît nécessaire ici de parler du caractère général des établissements avant d'en préciser la spécificité. La Loi 120 caractérise ainsi les établissements: "est un établissement toute personne ou société qui exerce des activités propres à la mission de l'un ou l'autre de plusieurs des centres visés à l'article 79" (1991, c. 42, a. 94, en annexe Xj). Lequel article (79) précise que: "Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements dans les centres suivants:

- 1° un centre local de services communautaires;
- 2° un centre hospitalier;
- 3° un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse;
- 4° un centre d'hébergement et de services de longue durée;
- 5° un centre de réadaptation." (1991, c. 42, a. 79)

Elaborons plus spécialement sur les centres hospitaliers.

3.3.1.4 Centre hospitalier

La Loi 120 poursuit en disant:

"Les centres hospitaliers appartiennent à l'une ou l'autre des classes suivantes:

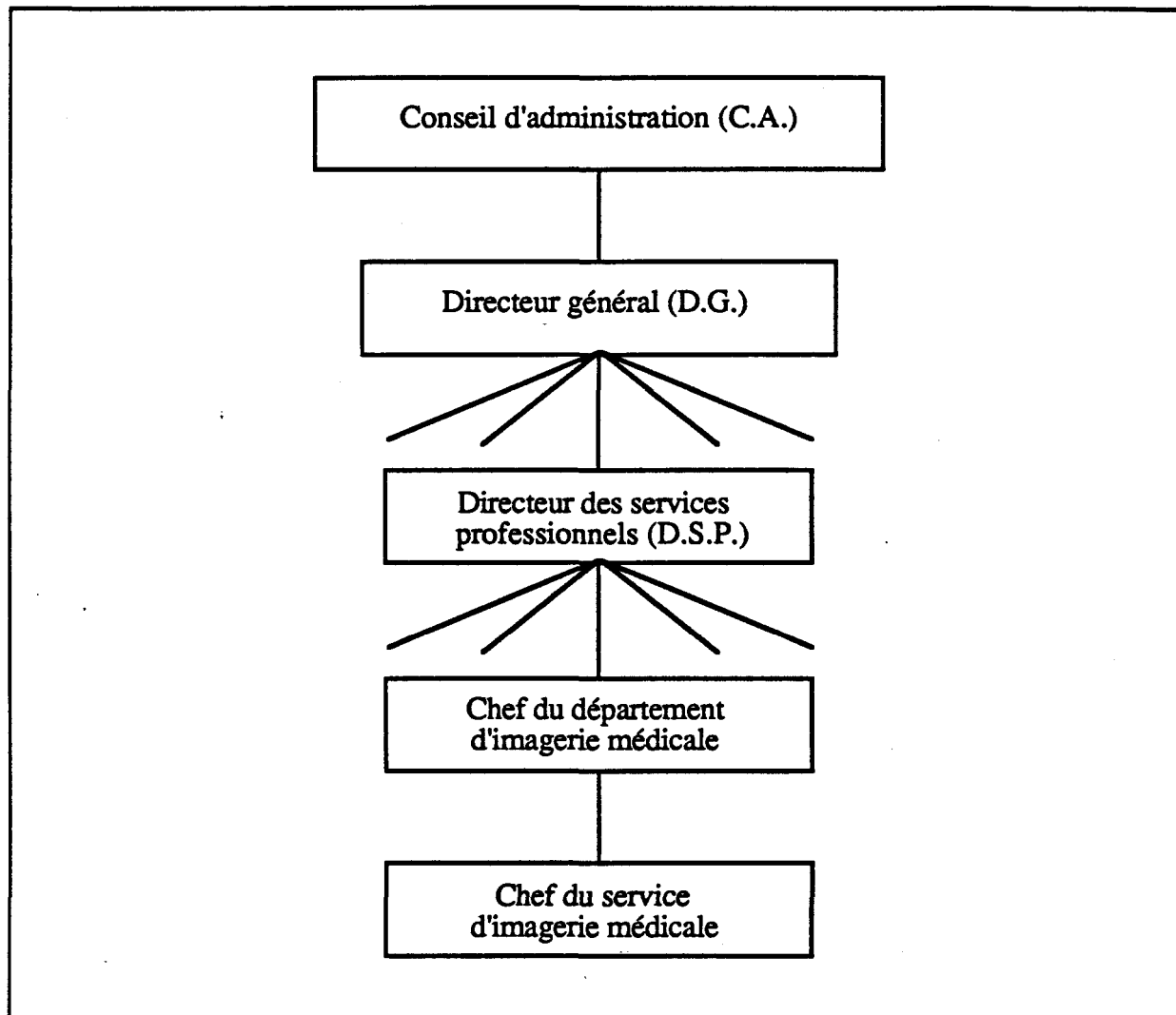
- 1° centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;
- 2° centre hospitalier de soins psychiatriques." (1991, c. 42, a. 85)

La première classe retient notre attention. Plus spécifiquement les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés dont le permis d'exploitation émis par le ministre (1991, c. 42, a. 437) fixe ainsi la capacité: prédominance du nombre de lits de soins aigus ou dits de courte durée par rapport aux lits en soins de longue durée ou de lits en soins de réadaptation ou de lits en soins psychiatriques.

L'article 440 de la Loi 120 nous dit ceci: le permis indique la mission de tout centre exploité par l'établissement, la classe à laquelle appartient, le cas échéant, un centre de réadaptation ou un centre hospitalier, le type auquel appartient, le cas échéant, un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique, la liste des installations dont l'établissement dispose et leur capacité, le cas échéant. (1991, c. 42, a. 440)

Cette précision en terme de capacité revêt une grande importance dans le cadre de notre recherche puisqu'elle a permis de cibler certains centres hospitaliers. Elle assurait ainsi que les départements d'imagerie médicale retenus pour étude étaient comparables en terme d'indicateurs parce que recevant des usagers de même provenance, c'est-à-dire urgence, clinique externe, unités de soins du centre hospitalier et bureaux privés de médecins.

FIGURE 3.1: ORGANIGRAMME D'UN CENTRE HOSPITALIER



Cet organigramme permet de situer les responsables administratifs directs du département d'imagerie médicale.

3.3.1.5 Chef de département clinique

La Loi 120, dans son article 189, spécifie les responsabilités du chef de département clinique: "... 4° dans le cas du chef du département clinique de radiologie, du chef du département clinique de laboratoires de biologie médicale et du chef du département clinique de pharmacie, gérer les ressources de leur département clinique dans la mesure prévue par règlement visé au paragraphe 2° du présent article. Le gouvernement peut dans ce règlement prévoir que la gestion d'une partie ou de la totalité des ressources du département clinique de radiologie, du département clinique de laboratoires de biologie médicale ou du département clinique de pharmacie est confiée par le directeur des services professionnels à une autre personne que le chef de ces départements clinique;..." (1991, c. 42, a. 189)

Celui-ci voit entre autres à gérer les ressources du département d'imagerie médicale. Cependant, on lui adjoint en général les compétences d'un chef de service.

3.3.1.6 Chef de service

D'un centre hospitalier à l'autre, la personne qui occupe cette fonction prend diverses appellations: chef technicien, adjoint administratif, coordonnateur administratif, ..., chef de service.

Cette appellation fut utilisée tout au cours de ce mémoire car, à notre avis, elle rejoint l'aspect production d'activités, c'est-à-dire gérer les activités inhérentes à la production des services offerts aux diverses clientèles.

3.3.1.6 Constat

À l'intérieur de l'analyse de données, le concept de "constat" a été utilisé pour décrire un état de fait suite aux questions posées et à l'analyse du contenu des réponses. Un constat dressé permet de rendre compte et de consigner l'information.

3.3.2 VARIABLES ET INDICATEURS

Le modèle $P = f(V_a, C_{rs}, Q)$ amène à préciser le contenu et le sens des variables et indicateurs.

3.3.2.1 La variable dépendante: PERFORMANCE (P)

Dans la problématique, on empruntait à Scott D. Sink (1985) sa définition de "performance", pour définir notre variable dépendante.

"Une organisation se préoccupant de faire la bonne chose (efficacité), de la bonne façon (efficience) et offrant un service de qualité dans un environnement créatif et de qualité pour ses ressources humaines."³⁴

Cette définition s'inscrit parfaitement dans le sens que l'on veut donner au terme organisation. Elle n'est pas limitative et de surcroît permet d'introduire les établissements de santé. De plus, le sens d'efficacité et d'efficience est à la fois clair et précis.

³⁴ SINK, D. Scott. Op. cit.

3.3.2.2 La variable indépendante: VOLUME D'ACTIVITÉS (V_a) OU UNITÉS DE MESURE

Cette variable revêt différentes formes ou expression dans les établissements de santé dépendamment du service ou unité de soins ou département auxquels elle réfère. En ce qui concerne le département d'imagerie médicale, l'unité technique, "unité de mesure utilisée en radiologie diagnostique et en médecine nucléaire comme indicateur de productivité",³⁵ est l'unité de mesure reconnue par le MSSS.

Dans les deux secteurs, une unité technique (u.t.)³⁶ "... est définie comme équivalant à une minute de travail d'un technicien" (AS-471). À titre d'exemple, une radiographie pulmonaire exécutée au département d'imagerie médicale rapporte en terme d'unité technique, trois u.t. Dans l'hypothèse où un département réalise 1 000 examens pulmonaires au cours d'un exercice, on lui reconnaît 3 000 u.t. pour fins de calcul de son volume d'activités. Le MSSS établit le nombre d'u.t. à accorder à chaque type d'examen par le biais d'un comité et voit à la mise à jour de celles-ci.

Un fait retient particulièrement l'attention: cette mesure reconnaît le travail exécuté par les techniciens en radiodiagnostic mais ne fait aucunement référence à tout le travail de préparation et de soutien qui sous-tend la réalisation des examens radiologiques, à savoir: l'accueil, la préparation des dossiers, le brancardage, la transcription des rapports et l'archivage des dossiers radiologiques.

³⁵ ROBERT, Jacob. *Op. cit.*

³⁶ *Ibidem.*

Le "Rapport Financier Annuel AS-471" que chaque établissement complète à la fin de son exercice financier pour remettre au MSSS a servi de source pour recueillir les données relatives à cet indicateur.

Ce rapport étant uniformisé pour tous les établissements, il s'avère une source fiable d'informations particulièrement en ce qui concerne ces données quantitatives.

3.3.2.3 La variable indépendante: COÛTS RATTACHÉS AUX SERVICES (C_{rs})

Cette variable renvoie à trois indicateurs à savoir: coûts de la main-d'oeuvre, autres charges directes et déductions. Le "Rapport Financier Annuel AS-471" se révèle à nouveau notre source d'informations puisque chaque établissement présente les données relatives à ces indicateurs dans ce rapport.

Coût de la main-d'oeuvre

Par main-d'oeuvre, on entend le personnel spécialisé (techniciens en radiologie) et le personnel de soutien (accueil, secrétariat, filmothèque, brancardage) directement rattachés au département d'imagerie médicale.

Par coût, on réfère à la rétribution des heures travaillées (à temps régulier, supplémentaire et primes), c'est-à-dire les salaires ainsi que les charges sociales. Le rapport financier n'établit pas de distinction entre main-d'oeuvre spécialisée et main-d'oeuvre de soutien. Cette donnée sera utilisée telle que spécifiée dans le rapport financier annuel.

Autres charges directes

À l'instar du MSSS, on regroupe sous cette rubrique les "services achetés" ainsi que les "fournitures et autres charges" rattachées au service.

Déductions

Les déductions renvoient aux "ventes de services, aux recouvrements et aux transferts généraux", lesquels viennent réduire les coûts rattachés aux services. Encore ici, la source de données sera le "Rapport Financier Annuel AS-471".

3.3.2.4 La variable indépendante: QUALITÉ DES SERVICES AUX CLIENTS (Q)

Nombre de définitions de la "qualité" s'offre à nous. Kélada (1990) donne ce sens au concept de qualité:

"Aptitude d'un produit - bien ou service - à satisfaire les besoins spécifiques d'un ou de plusieurs clients."³⁷

Les termes "un ou de plusieurs clients" retiennent particulièrement notre intérêt puisqu'ils décrivent précisément la situation vécue par les départements d'imagerie médicale. Les usagers, les médecins, les unités de soins, les services administratifs, les employés du département, tous représentent un segment de clientèle du département d'imagerie médicale,

³⁷ KÉLADA, J. *Op. cit.*, p. 18.

chacun ayant des "besoins spécifiques" requérant ainsi un "service" particulier à son segment. Le défi réside dans l'identification précise des services (la spécificité) que chacun requiert afin de satisfaire ses besoins.

Dans ses "Comptes-rendus des séminaires sur l'appréciation de la qualité"³⁸, le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux propose certaines activités d'appréciation en imagerie médicale:

- règlements provinciaux
- inspections de la Commission canadienne d'énergie atomique (CCEA)
- autres examens internes
- inspection des dosimètres
- étude de la diffusion des radiations
- procédures de protection
- vérification annuelle de l'équipement
- nombre de R.X. répétés
- rapports statistiques
- échange de films pour fins d'enseignement
- surveillance des patients pour l'élaboration d'un dossier
- période d'attente pour les patients
- formation continue
- roulement du personnel
- revue de la qualité des films

Sur la base de ces activités cautionnées par le CCAES, il a été possible d'identifier certains indicateurs de la variable "qualité des services aux usagers", laquelle se veut le pivot de notre modèle théorique. Pour quantifier la variable "Q", on propose de mesurer les six indicateurs suivants:

³⁸ Conseil canadien d'agrément des hôpitaux. Comptes-rendus des séminaires sur l'appréciation de la qualité, Ottawa, 1984, p. 33.

Indicateur # 1: CALCUL DE REJETS ET REPRISES DE CLICHÉS
--

Beauchemin (1991)³⁹ propose l'évaluation des rejets et reprises de films en ces termes: "On analyse donc à partir des examens effectués, combien d'incidences radiologiques ont nécessité une reprise de l'examen pour différentes raisons. De plus, on calcule le nombre de films qui ont été rejetés pour différentes causes, mais qui n'ont pas nécessité une exposition du patient."

Le "calcul de rejets et reprises de clichés" réfère à l'existence d'un système de revue de la qualité des films. De façon à quantifier cet indicateur pour illustrer son impact sur les coûts de production des unités techniques, il est pensable

- 1) de rechercher les coûts inhérents à l'implantation et au suivi du programme de calcul et analyse de rejets et reprises de films;
- 2) de comptabiliser les épargnes en pellicules radiologiques réalisées grâce à la revue de la qualité des films;
- 3) et de calculer les épargnes en temps consacrées à la reprise des films.

L'apport final mais plus difficilement quantifiable de ce programme se retrouve dans une qualité de films radiologiques permettant

- 1) un diagnostic optimal par les radiologistes;
- 2) une protection de la population contre une irradiation inutile.

³⁹ BEAUCHEMIN, Roch. Appréciation de la qualité en radiodiagnostic, Lévis, Les Éditions Terres rares enr., 1991, p. 63.

Indicateur # 2: FICHER TECHNIQUE

Mieux connu par les utilisateurs sous l'appellation "Cardex", le fichier technique est en fait un document où sont répertoriés:

- 1) les différents examens radiologiques réalisables sur le département compte tenu des équipements;
- 2) les paramètres ou composantes techniques adaptées à chaque position (c'est-à-dire le milliampérage par seconde (M.A.S.) ou quantité de radiation et le kilovoltage (KV) ou qualité de la radiation);
- 3) les positions exigées selon certains critères (âge, mobilité, renseignements cliniques) par les analystes (radiologistes) qui interpréteront les radiographies.

Afin de mesurer cet indicateur, on a vérifié son existence, son utilisation et sa mise à jour.

Les avantages reliés à cet indicateur apparaissent dans:

- 1) l'assurance aux techniciens d'un support, d'une référence pour l'exécution de leur travail;
- 2) le contrôle du nombre de clichés par examen par technicien évitant ainsi le caractère aléatoire du choix individuel (économie de films);
- 3) l'assurance aux radiologistes des positions nécessaires à une interprétation optimale;
- 4) et finalement, l'assurance pour les bénéficiaires d'une constante et d'une fiabilité dans la réalisation de leurs examens.

Indicateur # 3: CAHIER DE PROCÉDURES

Le cahier de procédures est en fait un document à l'usage des techniciens où l'on retrouve:

- 1) les préparations préalables à certains examens spécialisés;
- 2) le déroulement en salle de ces examens;
- 3) le matériel et les fournitures médicales nécessaires à la réalisation de ces examens;
- 4) l'assistance à assurer aux radiologistes ou autres spécialistes qui exécutent ces examens;
- 5) et les clichés radiologiques complémentaires nécessaires.

De façon à cerner cet indicateur, on a vérifié l'existence du cahier de procédures, son utilisation et sa mise à jour.

Les avantages reliés à cet indicateur se retrouvent dans l'économie de:

- 1) temps perdu à se déplacer pour se procurer matériel et fournitures médicales en cours d'examen;
- 2) fournitures médicales (aiguilles, seringues, opacifiants, etc.) préparées au cas où;
- 3) films utilisés inutilement.

Un fait notable en ce qui concerne les indicateurs 2 et 3, l'Ordre des techniciens en radiologie du Québec (OTRQ) via son Comité d'inspection professionnelle (CIP) contrôle l'existence et la mise à jour de ces documents.

Indicateur # 4: GESTION DES DOSSIERS RADIOLOGIQUES

Bien que les bénéficiaires soient propriétaires des radiographies qu'on leur fait à des fins diagnostiques, ils n'en sont toutefois pas les gardiens. La loi établit les établissements comme gardiens de ces documents sous forme de "dossier radiologique". Ces mêmes établissements ont des devoirs en regard de cette loi: confidentialité et conservation.

La conservation implique la récupération, l'accessibilité de ces dossiers par les bénéficiaires et/ou les personnes mandatées par ceux-ci.

La récupération et la conservation des dossiers radiologiques impliquent tout un système de gestion:

- ouverture de dossier
- archivage des films et rapports
- prêt ou emprunt de films
- suivi du dossier radiologique

L'on comprend facilement qu'un dossier égaré ou incomplet puisse avoir des conséquences directes sur la qualité des services aux usagers ainsi qu'un impact sur les coûts d'opération, soit en générant la reprise d'examens complets, soit en empêchant le suivi de l'évolution d'une pathologie en raison de films perdus.

Il s'avère relativement aisé de mesurer cet indicateur puisqu'il s'agit de calculer

- 1) le temps pris pour retrouver X dossiers radiologiques (efficacité);
- 2) le % de ces dossiers égarés et/ou incomplets (fiabilité).

On a pu vérifier si les établissements procédaient à de telles évaluations de leur système de gestion des dossiers radiologiques.

Indicateur # 5: ÉVENTAIL D'EXAMENS OFFERTS

L'arrivée de radiologistes et autres spécialistes, l'utilisation de nouvelles technologies et/ou le remplacement d'équipement désuet sont des facteurs qui influent sur l'offre de nouveaux examens assurant ainsi un meilleur service et évitant aux bénéficiaires le déplacement vers d'autres établissements. Il est à noter que la situation inverse est également envisageable ainsi que ses conséquences. Il est possible de mesurer cet indicateur en notant la diminution ou l'augmentation d'achat de services, la diminution ou l'augmentation de vente de services, la diminution ou l'augmentation des coûts de production ainsi que la diminution ou l'augmentation du volume d'activités. Il est également possible de mesurer le niveau de satisfaction de la clientèle.

Indicateur # 6: TEMPS D'ATTENTE DES USAGERS
--

Cet indicateur se scinde en quatre phases:

L'attente entre l'appel par le bénéficiaire et le moment du rendez-vous: cette phase fait référence au temps qui s'écoule entre le moment où le bénéficiaire, prescription en main, appelle pour obtenir le rendez-vous et la date de ce rendez-vous;

l'accueil au département: il s'agit ici du temps d'attente entre le moment où le bénéficiaire, prescription en main, arrive au département et celui où il est pris en charge par le personnel de l'accueil;

le système et l'examen: cette phase se subdivise en deux moments:

le temps d'attente entre l'accueil complété et le moment où le technicien ou le radiologiste prend en charge le bénéficiaire et

le temps d'attente entre la fin de la production de l'examen et l'autorisation de départ du bénéficiaire;

le départ du bénéficiaire et l'obtention du rapport: cette dernière phase évalue le temps écoulé entre le moment où le bénéficiaire quitte le département, une fois l'examen complété, et celui où le médecin traitant reçoit le rapport diagnostique écrit. On peut mesurer ainsi:

- le délai entre l'exécutant (technicien) et l'analyste (radiologiste)
- le délai entre l'analyste et la dictée

- le délai entre la dictée et la transcription
- le délai entre la transcription et la signature par le radiologiste
- le délai entre la signature et la distribution du (des) rapport(s) au médecin traitant.

L'attente constitue la partie sensible des services offerts. De là l'importance de mesurer celle-ci afin de cibler les points critiques du système et de voir à régler ces défaillances. En réduisant le temps d'attente, non seulement on diminue le niveau d'insatisfaction de la clientèle, mais de plus on évite l'engorgement des activités.

3.4 LA MÉTHODOLOGIE

3.4.1 L'ÉCHANTILLON

Le caractère exploratoire de cette recherche conduit à positionner clairement la population-mère⁴⁰ de laquelle ont été puisées les observations. **L'ensemble des établissements de santé en opération en 92-93 (c'est-à-dire détenant un permis d'exploitation du MSSS) a servi à caractériser l'univers de cette enquête.**

Cependant, les limites temporelles et pécuniaires ont contraint à concentrer le champ d'analyse sur l'une des 17 régions administratives du MSSS: la région administrative 02 (région du Saguenay - Lac St-Jean).

Notre attention s'est précisément portée sur les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés opérant un département d'imagerie médicale.

Grâce à la collaboration de la Régie régionale 02, il fut possible d'identifier six établissements appartenant à la catégorie ciblée. Il s'agit:

- Hôpital de Chibougamau Ltée (57 lits courte durée, 14 lits longue durée)
- Hôtel-Dieu de Roberval (245 lits courte durée, 190 lits longue durée)
- Centre hospitalier de Dolbeau (106 lits courte durée, 19 lits longue durée)
- Hôtel-Dieu d'Alma (195 lits courte durée, 30 lits longue durée)

⁴⁰ AKTOUF, Omar. Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1987, p. 72.

- Centre hospitalier de Jonquière (240 lits courte durée, 60 lits longue durée)
- Hôpital de Chicoutimi (540 lits courte durée, 60 longue durée, 20 réadaptation).

3.4.2 LA PROCÉDURE

Pour opérationnaliser le problème spécifique de recherche, la procédure suivante fut suivie:

a) une recherche documentaire

Afin d'asseoir le contexte théorique et opérationnel de notre problématique, on a d'abord procédé à une analyse systématique de plusieurs documents. Ceux-ci ont orienté l'approche préconisée et fourni les éléments et indicateurs du modèle.

$$P = f (V_a, C_{rs}, Q)$$

b) des entrevues exploratoires

Sur la base des informations recueillies lors de la recherche documentaire, nous avons procédé à des entrevues exploratoires en utilisant un instrument de sondage préliminaire. L'objectif visé était la création d'un outil qui permettrait d'uniformiser la cueillette des informations susceptibles de solutionner notre problème spécifique. L'Hôtel-Dieu d'Alma a bien voulu nous servir d'organisation-pilote. L'issue de ces rencontres a permis la rédaction d'un instrument de mesure approprié à la réalité des établissements de santé de la région 02.

c) la création d'un questionnaire

Grâce aux éléments théoriques et statistiques tirés de la littérature sur le sujet et grâce aux cinq entrevues exploratoires avec M. Luc Legault, de la Régie régionale 02, M. Gabriel Collard, directeur général de l'Hôtel-Dieu d'Alma, M. Roch Beauchemin, attaché d'établissement au MSSS, Dr Raynald Bouchard, chef du département d'imagerie médicale de l'Hôtel-Dieu d'Alma et M. Bertrand Thibault, coordonnateur du service d'imagerie médicale du même centre hospitalier, il fut possible de créer un instrument de collecte de données permettant de répertorier l'ensemble des informations pertinentes à notre recherche. Le lecteur trouvera en annexe A un exemplaire de ce questionnaire.

Celui-ci présentait les trois axes suivants:

- axe 1: identification des indicateurs actuels de performance;
- axe 2: pertinence et approbation des indicateurs actuels de performance;
- axe 3: orientation nouvelle de mesure de performance par des indicateurs quantitatifs.

Les questions 1 à 11 de ce questionnaire, les rapports financiers AS-471 des exercices 89-90, 90-91, 91-92 fournis par la Régie régionale 02 ainsi que les informations recueillies au cours de notre entrevue avec Monsieur Beauchemin du MSSS ont permis de recueillir les éléments nécessaires pour répondre aux axes 1 et 2 de notre questionnaire.

Les questions 12 à 88, quant à elles, couvraient le 3e axe de ce questionnaire.

d) la validation du questionnaire

Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que l'Hôtel-Dieu d'Alma a servi **d'organisation-pilote** pour créer l'outil d'enquête, le pré-tester et le rendre opérationnel pour fins d'utilisation dans les autres centres hospitaliers.

e) le répondant

Bien que chaque établissement possède une appellation particulière pour identifier la personne qui détenait l'information pertinente à notre recherche, la personne qui répondait le mieux à la fonction de chef du service d'imagerie médicale a été interrogée.

C'est au cours des entrevues exploratoires qu'il a été possible d'identifier nommément le répondant pertinent.

f) la cueillette de données

L'ensemble des observations qui ont servi à l'élaboration de ce mémoire a été cueilli entre mars 92 et mars 93. Cependant la cueillette des données s'est effectuée entre le 4 février 93 et le 12 mars 1993.

Au total, onze questionnaires ont été acheminés et complétés. Des entrevues personnelles ont été effectuées pour chaque établissement, à l'exception de l'Hôpital de Chibougamau Ltée pour lequel a été utilisée une entrevue téléphonique précédée d'une expédition postale du questionnaire et ceci pour des raisons de distance.

Hôpital de Chibougamau Ltée	1 questionnaire complété
Hôtel-Dieu de Roberval	1 questionnaire complété
Centre hospitalier de Dolbeau	1 questionnaire complété
Hôtel-Dieu d'Alma	3 questionnaires complétés
Centre hospitalier de Jonquière	1 questionnaire complété
Hôpital de Chicoutimi	3 questionnaires complétés
Hôpital de la Baie des Ha! Ha!	1 questionnaire complété
<hr/>	
Total:	11 questionnaires complétés

% de réponses = 100%

g) l'analyse de données

Antérieurement on a précisé la nature exploratoire de cette recherche. Afin de recueillir l'ensemble des informations, on a utilisé un instrument de mesure (Questionnaire, annexe A) renfermant quatre formes de saisie de données. Dans un premier temps, plusieurs questions dichotomique (oui/non) avec justifications permettaient d'introduire les idées lesquelles amenaient à des choix multiples ou des échelles de mesure contraignant le répondant à évaluer selon l'importance ou le niveau de satisfaction. Enfin, plusieurs questions ouvertes ont servi à cadrer pertinemment le sujet de recherche. Ces techniques de cueillette d'informations ont entraîné une analyse de nature proportionnelle. Rappelons que l'objectif de cette recherche n'était pas d'opposer des établissements les uns aux autres mais bien de saisir la réalité de la performance au sein de ces institutions.

Par ailleurs, il s'agissait d'établir un instrument de mesure qui pourrait éventuellement être utilisé à l'échelle québécoise, ce qui devrait permettre aux recherches ultérieures d'établir des comparaisons entre régions et même permettre des analyses multivariées.

CHAPITRE IV

LES RÉSULTATS

4.1 LES PRÉLIMINAIRES

Onze questionnaires ont été complétés par les répondants et l'ensemble de ces questionnaires a été retenu pour des fins d'analyse qualitative. Cependant, seul six questionnaires ont servi à des fins d'analyse quantitative, soit un questionnaire par centre hospitalier répondant aux critères d'échantillonnage, à savoir: centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dont la capacité en lits de soins de courte durée a prédominance sur le permis d'exploitation.

Le lecteur voudra bien porter une attention spéciale sur quelques situations exceptionnelles:

a) La situation de l'Hôpital de la Baie des Ha! Ha!

Cet établissement, bien qu'opérant un département d'imagerie médicale, ne cadre pas dans le profil des établissements retenus parce que: plus de lits de longue durée (59) que de courte durée (43).

Dans un souci d'uniformisation, nous croyons justifié de ne pas tenir compte des résultats de cet établissement en raison du caractère particulier de sa mission.

b) La situation de l'Hôtel-Dieu d'Alma

1. Le chef du département clinique de l'imagerie médicale a été interrogé. Bien que selon la loi celui-ci soit en autorité et responsable des activités de ce département, il s'avère que les informations pertinentes se retrouvent entre les mains du chef de service (coordonnateur administratif). Cette entrevue-questionnaire n'a pas permis de cueillette précise en regard avec notre recherche.

Ce questionnaire n'a donc pas été retenu aux fins de synthèse des résultats. Son intérêt cependant repose sur le fait qu'il a permis de cibler le répondant pertinent dont le questionnaire a été retenu.

2. L'assistante-chef technicienne de ce centre hospitalier a également été interviewée pour finalement obtenir des informations partielles et redondantes. Là encore, ce questionnaire n'a pas été retenu pour fins de synthèse des résultats mais il a également permis de valider le répondant pertinent, c'est-à-dire le chef de service.

c) La situation de l'Hôpital de Chicoutimi

Trois entrevues-questionnaires ont été effectuées dans ce centre hospitalier avec: le chef des services (adjoint administratif), le coordonnateur technique en radiologie, la coordonnatrice technique en médecine nucléaire, pour nous rendre compte que le chef des services détenait toutes les informations nécessaires à la validation du modèle. Ce questionnaire a donc été utilisé pour les fins de ce mémoire.

Quant au coordonnateur technique en radiologie, celui-ci étant en poste depuis peu, il n'était pas en mesure d'apprécier avec justesse les différents éléments du questionnaire. Cet élément circonstanciel a démontré l'importance d'une bonne connaissance des opérations d'un département d'imagerie médicale pour estimer de façon juste et raisonnable la pertinence des indicateurs.

Dans le cas de la coordonnatrice technique en médecine nucléaire, quand il s'agit des éléments standards régissant la pratique de la médecine nucléaire (critères imposés par le MSSS), les informations quant aux axes I et II de notre questionnaire étaient facilement disponibles. Toutefois, à cause de la nature particulière de la médecine nucléaire, les indicateurs génériques de qualité ne correspondaient nullement à la réalité quotidienne. Nous tirerons dans la conclusion, les éléments pertinents amenés par ce répondant.

4.2 LES PARTICULARITÉS

Dans le présent texte, on fait appel à la terminologie maintenant acceptée légalement (Loi 120), à savoir "usager" alors que le questionnaire a été construit avec l'appellation "bénéficiaire". Cette erreur vient de la méconnaissance de la Loi au moment de la rédaction du questionnaire. Dorénavant, le terme exact à utiliser pour définir le client récepteur de services est: "usager". Toutefois, le fait d'utiliser ce terme n'invalide pas les données.

Par ailleurs, l'indicateur # 5 intitulé "NOUVEAUX EXAMENS OFFERTS" à l'intérieur du questionnaire a subi une transformation mieux adaptée aux réalités des organisations régionales. À la rédaction du questionnaire, l'on songeait à l'arrivée de radiologiste(s) ou à l'acquisition de nouvelles technologies provoquant ainsi "l'offre de nouveaux examens". Or,

la réalité régionale veut que le départ de radiologiste(s) modifie inversement l'offre. C'est pourquoi le choix s'est porté sur l'expression "ÉVENTAIL D'EXAMENS OFFERTS."

Enfin, les questions 13, 19 et 24

Q.13: Les rebuts correspondent à quel % de votre budget total annuel?

Q.19: Les reprises correspondent à quel % de votre budget total annuel?

Q.24: Les rejets correspondent à quel % de votre budget total annuel?

présentaient quelques anomalies indicatives. À l'usage on a pu constater que certaines questions ne fournissaient pas les renseignements appropriés pour juger adéquatement l'information.

À titre d'exemple, une perte de 15 000\$ sur un budget total de 3 M\$ n'a pas la même signification qu'une perte de 15 000\$ sur un budget de films de 150 000\$.

L'erreur vient du fait que le budget total intègre tous les éléments inhérents à la gestion du département alors que notre champ d'intérêt ne vise que le 20% (approximativement) de ce qu'on appelle "autres charges directes".

En conséquence, il y a lieu dans l'outil de mesure de préciser la zone d'effet du budget, c'est-à-dire **autres charges directes** laquelle est représentative des besoins en informations. Pour corriger l'erreur de mesure introduite, on a fait appel au rapport financier AS-471

(autres charges directes) et au chef de service pour connaître le budget réel de films, lequel permet d'estimer plus adéquatement l'effet de la perte causée par les rebus. Advenant l'usage ultérieur de cet outil de mesure, il est conseillé d'introduire des questions plus pertinentes du genre:

- Quel est votre budget de films?
 - À quel % des "autres charges directes" correspond votre budget de films?
- etc.

4.3 LES RÉSULTATS

4.3.1 PERFORMANCE QUANTITATIVE

$$P = f (V_a, C_{rs})$$

À cette étape-ci du travail, il s'avère approprié de mettre en relief les deux hypothèses qui soutenaient l'équation:

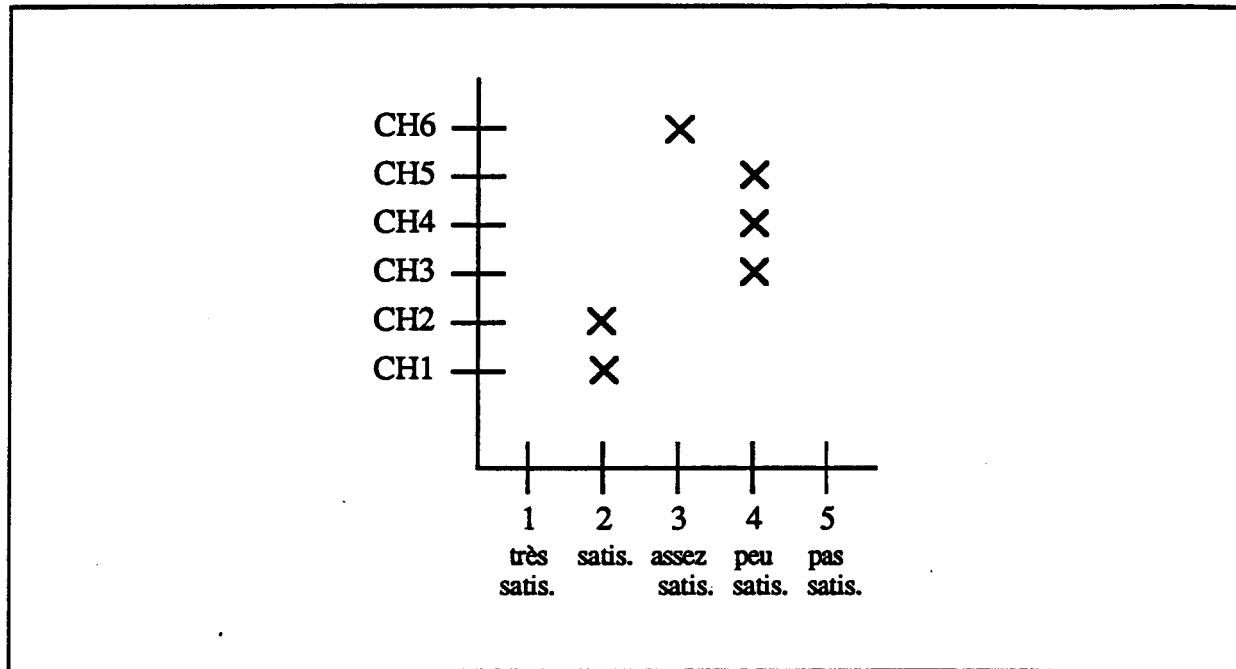
H₁: Les gestionnaires sont satisfaits des outils actuels d'évaluation de la performance.

H₂: Les outils d'évaluation de la performance pourraient être améliorés afin de mieux répondre aux attentes des utilisateurs.

CONSTAT 1: LES GESTIONNAIRES SONT RELATIVEMENT SATISFAITS DU SYSTÈME ACTUEL DE MESURE DE LA PERFORMANCE $P = C_{rs}/V_a$.

Lorsque l'on interroge les chefs de service sur le taux de satisfaction quant au système actuel de mesure de performance de leur département (Q1), force est de constater un niveau de satisfaction relatif. Trois des six établissements consultés s'avouent peu satisfaits alors que deux établissements sur six se disent satisfaits. La figure suivante met en relief ce niveau de satisfaction.

FIGURE 4.1: NIVEAU DE SATISFACTION



Si l'on pousse plus loin l'analyse de ce niveau de satisfaction, on constate peu de difficultés dans l'application et dans la compilation des données relatives au système de mesure actuel (Q2 et Q3).

Q2: Rencontrez-vous certains problèmes dans l'application de ce système?

Quatre établissements sur six répondent que non.

Q3: Rencontrez-vous certaines difficultés quant à la compilation des données pour compléter le rapport AS-471?

Cinq établissements ne rencontrent aucune difficulté quant à la compilation de ces données.

Par ailleurs, si l'on compare ces réponses avec les rapports financiers AS-471 des six centres hospitaliers consultés, on constate quelques anomalies de nature à gêner de façon significative les comparaisons entre établissements.

Sur quatre établissements effectuant des ventes de services à d'autres établissements, un établissement ne comptabilise pas les unités techniques afférentes (ligne 26) aux ventes de services (ligne 19). Cette façon de procéder pénalise la valeur de son coût unitaire brut. Il est donc difficile de comparer les coûts unitaires bruts entre établissements s'il n'y a pas uniformité dans l'utilisation des données pertinentes au calcul.

Ces six hôpitaux sont tous soumis aux directives du MSSS pour compléter la page 650 (annexe B) du rapport financier AS-471. La lecture des rapports AS-471 de chacun des six départements (tableau 4.1) permet de constater que deux des six établissements ne suivent pas les directives telles que le préconise le MSSS. On réalise même que l'on calcule le coût unitaire brut parfois en utilisant les coûts directs bruts (ligne 18), parfois les coûts directs nets (ligne 23). Cela dénote donc encore ici un manque d'uniformité biaisant ainsi la comparabilité des établissements.

TABLEAU 4.1: DONNÉES COMPARATIVES AS-471.

CH	EXERCICE FINANCIER	SALAIRES \$	AUTRES CHARGES DIRECTES \$	TOTAL AVANT DÉDUCTIONS APRÈS AJUSTEMENT \$	UNITÉS DE MESURE U.T.	COÛT UNITAIRE BRUT \$
# 1	1989-90	554 599	203 499	755 396	448 777	1,69*
	1990-91	642 424	254 470	886 680	500 926	1,77*
	1991-92	725 384	269 552	989 257	575 290	1,73
# 2	1989-90	551 950	266 545	810 442	604 478	1,35
	1990-91	602 583	283 077	868 330	697 208	1,27
	1991-92	677 900	319 307	995 233	734 827	1,36
# 3	1989-90	195 993	43 062	232 311	145 782	1,59
	1990-91	223 605	49 658	252 771	137 802	1,83
	1991-92	240 432	58 743	277 282	171 416	1,62
# 4	1989-90	854 179	387 630	1 223 267	890 875	1,39
	1990-91	941 662	421 476	1 330 398	918 746	1,48
	1991-92	1 052 839	453 407	1 444 306	975 079	1,48*
# 5	1989-90	308 376	135 123	440 692	391 318	1,13
	1990-91	358 931	184 679	540 737	420 690	1,29
	1991-92	403 850	205 734	602 365	443 536	1,37
# 6	1989-90	1 679 593	710 679	2 233 272	1 520 034	1,57
	1990-91	1 849 030	739 504	2 479 773	1 540 438	1,68
	1991-92	1 925 192	837 774	2 668 353	1 390 552	1,99

Source: Rapports financiers AS-471, Régie régionale 02

Il importe de spécifier que cette page 650 est complétée par la direction des ressources financières de l'établissement et non par le chef de service du département d'imagerie médicale. Ceci expliquerait en partie leur ignorance de ces pratiques. Il semble étrange cependant qu'une telle situation ne soit pas conscientisée par les principaux intéressés.

CONSTAT 2: BIEN QUE L'UNITÉ DE MESURE (U.T.) ACTUELLE SOIT FACILE D'UTILISATION, LES GESTIONNAIRES SOUHAITENT UN CHANGEMENT DANS L'UNITÉ DE MESURE DE LA PERFORMANCE.
--

Tous les répondants soutiennent unanimement que l'unité technique (u.t.) étant définie comme équivalant à une minute de travail d'un technicien, laisse sous-entendre que l'indicateur de productivité ne tient pas compte des autres activités du département nécessaires à la sortie d'un diagnostic radiologique (accueil, gestion des dossiers radiologiques, etc...).

Les questions 6 et 7 prouvent les assertions précédentes. Il ressort des commentaires recueillis autour de ces questions que certains départements pondèrent en leur faveur certains examens introduisant ainsi sciemment des facteurs d'erreur pouvant nuire à l'interprétation comparative entre établissements.

Par ailleurs, de toute évidence (4/6), un changement complet de l'unité de mesure est souhaitable par l'ensemble des établissements tel que le révèle bien la question # 10:

Q10: Un changement complet de l'unité de mesure des activités de votre département est-il souhaitable?

Plusieurs changements pourraient être éventuellement suggérés si l'on prenait le temps d'analyser à fond cette situation. Retenons pour les fins de notre enquête, les deux idées qui semblent à prime abord attirées l'attention des personnes consultées.

- a) certains suggèrent la possibilité d'augmenter la valeur des unités techniques actuelles afin de tenir compte des activités périphériques aux examens en tant que tel
- b) une refonte complète de tous les éléments caractérisant la mesure de l'unité technique actuelle. Évidemment, les auteurs de cette idée aimeraient s'asseoir et réfléchir sur des idées qui pourraient faire l'objet d'approbation ou de critique de la part des évaluateurs.

En ce sens, le MSSS en collaboration avec les corporations professionnelles mettait en place en 1991 un processus de révision qui tenterait d'apporter des solutions à cette problématique de révision des unités techniques allouées aux divers examens en imagerie médicale. Au moment de la rédaction de ce mémoire, il n'était pas possible de préciser l'état des travaux de ce comité de révision.

Enfin, la question 11 (La qualité totale étant non seulement un concept à la mode mais de plus une norme exigible et exigée par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, pensez-vous que l'évaluation de la performance de votre département devrait tenir compte de cette norme?) révèle l'importance (6/6) de tenir compte de la norme qualitative quand il s'agit d'évaluer la performance d'un département.

L'ensemble des informations recueillies à l'aide des 11 premières questions de notre sondage nous permet d'infirmier l'énoncé selon lequel:

H₁: Les gestionnaires sont satisfaits des outils actuels d'évaluation de la performance

et conséquemment de valider l'hypothèse 2:

H₂: Les outils d'évaluation de la performance pourraient être améliorés afin de mieux répondre aux attentes des utilisateurs.

Contrairement à la première hypothèse, celle-ci nous convie à justifier l'apport d'outils d'évaluation lesquels correspondraient aux attentes des différents acteurs du système.

4.3.2 PERFORMANCE QUALITATIVE

$$P = f(Q)$$

La préoccupation principale de ce mémoire cherchait à mettre en valeur la dimension qualitative dans l'appréciation de la performance d'un département d'imagerie médicale. Le texte qui suivra permettra au lecteur de saisir l'importance que les répondants accordent à cette dimension. Ce souci de qualité guidait le libellé de notre troisième hypothèse.

H3: Les acteurs en présence dans le système d'évaluation sont en mesure de fournir des éléments autres que quantitatifs qui pourraient contribuer à élaborer un modèle simple, réaliste et utilisable.

À l'instar de Kélada (1990)⁴¹ nous analyserons les informations recueillies selon deux axes principaux:

axe 1: service principal à savoir l'obtention d'un diagnostic radiologique via la production d'images médicales.

axe 2: service secondaire tel l'accueil, la conservation des dossiers radiologiques, la transcription des rapports, etc...

Au cours des entrevues exploratoires, six indicateurs de qualité des services offerts aux usagers ont été identifiés. Les questions 12 à 88 de l'instrument de cueillette nous

⁴¹ KÉLADA, Joseph. La gestion intégrale de la qualité: pour une qualité totale, op. cit., p. 24.

permettaient d'aller chercher les informations nécessaires pour vérifier la possibilité d'une orientation nouvelle de mesure de la performance par le biais d'indicateurs de la qualité.

Il s'agissait particulièrement de s'assurer que ces indicateurs étaient quantifiables, mesurables et fiables pour tous les établissements de notre enquête.

4.3.2.1 Indicateur # 1: Calcul de reprises et de rejets (Q12 à Q27)

CONSTAT 3: LE CALCUL DE REPRISES ET DE REJETS EST UN INDICATEUR MESURABLE, QUANTIFIABLE ET FIABLE POUR TOUS LES CENTRES HOSPITALIERS INTERROGÉS.

De façon préliminaire, on constate que 50% des établissements consultés comptabilisaient déjà les rebuts, les reprises et les rejets.

Q12: Calculez-vous le taux de rebuts en films dans votre département?

Q17: Quel est le taux de reprises dans votre département?

Q22: Quel est le taux de rejets dans votre département?

Ceux qui ne comptabilisaient pas ces informations invoquaient le manque de temps et de ressources humaines pour procéder. Ces informations sont tirées de la question # 14.

Q14: Existe-t-il dans votre département un système permettant de subdiviser les rebuts en reprises et rejets?

Toutefois, ces centres hospitaliers envisageaient à court terme d'implanter une procédure qui leur permettrait d'évaluer les coûts inhérents aux reprises et aux rejets.

Tous les répondants confirment la pertinence de mesurer cet indicateur. Il a semblé opportun de présenter dans le cadre de ce mémoire une approche simple pour effectuer ces calculs.

Dans un premier temps, évaluons l'importance du budget de films (BF) par rapport au budget total (BT) (tableau 4.2).

TABLEAU 4.2: IMPORTANCE DU BUDGET DE FILMS VS BUDGET TOTAL

EXERCICE 91-92	BUDGET DE FILMS (BF) (\$)	BUDGET TOTAL (BT) (\$)	BF/BT (%)
CH 1	135 000	989 257	13,65
CH 2	160 000	995 233	16,08
CH 3	40 000	275 142	14,54
CH 4	250 000	1 444 306	17,30
CH 5	100 000	602 365	16,60
CH 6	350 000	2 668 353	13,12
			$\bar{x} = 15,22$

Le tableau précédent révèle que le budget de films représente en moyenne plus de 15% du budget total. Il faut comprendre que le budget total est composé de deux éléments principaux à savoir: les salaires qui, comme on le sait, représentent environ 80% de ce budget et les autres charges directes.

Dans un deuxième temps, afin de mettre en relief l'importance de ce dernier élément (autres charges directes) prouvons à l'aide du tableau suivant l'importance du budget de films (BF) par rapport à cet élément (ACD).

TABLEAU 4.3: BUDGET DE FILMS VS AUTRES CHARGES DIRECTES

EXERCICE 91-92	BUDGET DE FILMS (BF) (\$)	AUTRES CHARGES DIRECTES (ACD) (\$)	BF/ACD (%)
CH 1	135 000	269 552	50,08
CH 2	160 000	319 307	50,11
CH 3	40 000	58 743	68,09
CH 4	250 000	453 407	55,14
CH 5	100 000	205 734	48,61
CH 6	350 000	837 774	41,78
			$\bar{x} = 52,32$

Il est facile de constater au tableau 4.3 que la partie allouée aux films représente plus de 50% des autres charges directes. Si l'on ne peut jouer facilement avec la première partie que sont les salaires tout l'intérêt revient donc à l'analyse pertinente des autres charges directes sur lesquelles le gestionnaire a un pouvoir discrétionnaire de fonctionnement. En conséquence, si la grosse part du budget ACD est utilisée par les films il convient donc d'analyser l'importance des rebuts, reprises et rejets.

Aux fins d'analyse, les informations tirées des trois centres hospitaliers qui calculent les rebuts, reprises et rejets exprimées en % du budget de films (BF) ont été utilisées.

TABLEAU 4.4: REPRÉSENTATION DES REBUTS, REPRISES ET REJETS DES CENTRES HOSPITALIERS CONCERNÉS

	REBUTS (%)	REPRISES (%)	REJETS (%)
CH 1	20,3	11,9	8,4
CH 4	5,14	2,36	2,78
CH 6	10,0	4,8	5,2
	$\bar{x}_1 = 11,81$	$\bar{x}_2 = 6,35$	$\bar{x}_3 = 5,46$

Il ressort que le moindre contrôle ayant pour objectif de réduire les pertes ne peut être que rentable sur le plan économique. Les films, comme nous l'avons constaté, correspondent en réalité à la dépense (52,32%) la plus importante en terme de fournitures (ACD) du département d'imagerie médicale. Les progrès technologiques comme la digitalisation et la numérisation des images sont tels qu'il est permis de penser qu'avant longtemps ce support physique (film) au diagnostic est appelé à diminuer considérablement, voire même à disparaître. Toutefois, compte tenu des coûts exorbitants de cette technologie, il est imaginable que les films seront encore pour un bon nombre d'années le médium de support d'images utilisé.

Les pertes moyennes en rebuts ($\bar{x} = 11,81\%$, tableau 4.4) dans nos trois départements qui les comptabilisent s'avèrent énormes mais des moyens de contrôle sont mis à la disposition des gestionnaires telles l'évaluation des causes de reprises (Q20) et de rejets (Q25) ainsi que les comités de revue de la qualité des films, lesquels s'assurent que les films conservés aux dossiers rencontrent des critères de qualité en termes de positionnement, région radiographiée par rapport à la région prescrite, qualités photographiques (KV, MAS), tout ceci dans le but

de favoriser un diagnostic optimal. Beauchemin (1991)⁴² recommande comme norme acceptable de taux de reprises 5% et comme idéale 3,5% , tout en conservant une qualité d'examen optimale. À titre d'exemple, le CH1 a, quant à lui, beaucoup de chemin à parcourir pour passer de 11,9% son taux de reprises, atteindre l'objectif de 3,5% et ainsi réaliser des économies de l'ordre de 11 000\$.

Outre son objectif de diminution des pertes en films, le contrôle du taux de reprises des clichés a également et surtout comme but de minimiser la dose de radiation aux usagers. En effet, chaque reprise implique une dose additionnelle de radiations à l'utilisateur, dose à toutes fins inutiles si l'on considère que l'on devrait réussir les radiographies du premier coup.

Les rejets, quant à eux, n'impliquent pas de dose additionnelle de radiations aux usagers. Les causes de rejets (Q25) doivent cependant retenir l'attention des gestionnaires puisque des dépenses s'y rattachent ($C_{x3} = 5,46\%$, Q22, tableau 4.4) et que certaines causes de rejets nécessitent des correctifs. Beauchemin ne recommande pas de norme en ce qui concerne les rejets. Cependant, si l'on considère que les rejets sont principalement occasionnés, selon Beauchemin (1991)⁴³ , par:

- des films transparents (c'est-à-dire développés sans avoir été exposés à la radiation ou à la lumière);
- des films verts (c'est-à-dire exposés à la lumière mais non développés);
- des films noirs (c'est-à-dire exposés à la lumière et développés);

⁴² BEAUCHEMIN, R. *Appréciation de la qualité en radiodiagnostic*, Éd. Terres Rares, 1991, p. 79.

⁴³ BEAUCHEMIN, R. *Op. cit.*, p. 76.

- des films tests (c'est-à-dire utilisés pour vérifier la calibration de certains appareils);
- des films de contrôle de qualité;

il nous semble que le taux de rejets devrait être inférieur ou tout au plus égal au taux de reprises idéal recommandé (3,5%). Reprenons notre exemple, le CH1 devrait passer de 8,4% à 3,5% et réaliser ainsi une économie de l'ordre de 6 600\$.

Globalement, ce département réaliserait des économies en rebuts (les rebuts totalisant reprises et rejets) de l'ordre de 17 600\$ annuellement et jouerait de plus son rôle de protection de la population contre les effets négatifs de la radiation - X.

CONSTAT 4: LES GESTIONNAIRES CONSIDÈRENT LE CALCUL DE REPRISES ET DE REJETS TRÈS INTÉRESSANT À RETENIR COMME INDICATEUR DE QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS AUX USAGERS.

En effet, 83,3% des chefs de service interrogés considèrent l'indicateur # 1 comme non seulement très intéressant à retenir en tant qu'indicateur de qualité des services offerts aux usagers, mais également comme élément du programme d'appréciation de la qualité à implanter en premier lieu dans leur département rejoignant ainsi l'approche de Beauchemin (1991).⁴⁴

Le premier indicateur de qualité des services offerts aux usagers se révèle donc mesurable, quantifiable et fiable pour tous les établissements interrogés. De plus, il est très intéressant et nécessaire à intégrer dans un programme d'appréciation de la qualité.

⁴⁴ BEAUCHEMIN, R. *Op. cit.*, p. 78.

**4.3.2.2 Indicateur # 2: Fichier technique (Q28 à Q35)
Indicateur # 3: Cahier de procédures (Q36 à Q 43)**

Toujours dans cette recherche d'éléments qualitatifs qui pourraient contribuer à élaborer un modèle d'évaluation de la performance, nous tenterons de mettre en valeur deux indicateurs qui devraient selon les acteurs en présence être retenus à savoir: le **fichier technique** et le **cahier de procédures**.

CONSTAT 5: LE FICHIER TECHNIQUE ET LE CAHIER DE PROCÉDURES SONT DEUX INDICATEURS DE QUALITÉ MESURABLES ET FIABLES.

Dans un premier temps, on constate l'existence de ces deux guides de travail pour l'ensemble des établissements interrogés.

Q28: Existe-t-il dans chacune des salles de votre département, un fichier technique uniformisant le nombre de clichés et les incidences exigibles par les radiologistes?

Q36: Existe-t-il dans chaque salle de votre département, un cahier de procédures servant de guide aux techniciens pour l'exécution et l'assistance à des examens spécialisés?

Toutefois, la mise à jour du fichier technique (Q30) est faite de façon irrégulière. Certains le feront une fois par an (3/6), d'autres au besoin (2/6), au plus tard, tous les deux ans (1/6). Quant au cahier de procédures, on le met à jour au besoin (5/6) (Q38) car les variations quant au mode de fonctionnement pour les examens spécialisés fluctuent très peu dans le temps. Ce n'est que lorsqu'un nouvel examen est introduit par le biais d'un radiologiste ou qu'il y a utilisation d'une nouvelle technologie que l'on doit apporter des modifications.

biais d'un radiologiste ou qu'il y a utilisation d'une nouvelle technologie que l'on doit apporter des modifications.

Lorsque l'on regarde l'utilisation de ces guides, on constate que l'usage se fait de façon régulière.

Q31: Ce document (fichier technique) est-il utilisé par votre personnel?

Q39: Ce document (cahier de procédures) est-il utilisé par votre personnel?

Non seulement ces deux guides se retrouvent dans les six départements et s'avèrent nécessaires aux techniciens réguliers, mais ils sont de plus indispensables aux techniciens sur la liste de disponibilité, c'est-à-dire ceux qui viennent travailler de façon occasionnelle. Ceux-ci peuvent alors constater les différents changements survenus en leur absence.

Un fait important à signaler, l'Ordre des techniciens en radiologie du Québec (OTRQ) via son comité d'inspection professionnelle s'assure que les chefs de service fournissent de tels outils de travail aux techniciens et que des mises à jour de ces documents sont faites fidèlement.

Ces documents, en plus d'outiller les techniciens, assurent aux usagers (patients) une uniformité quant au déroulement des examens qui leur sont prescrits et épargnent aux établissements des frais inutiles. À ce propos d'ailleurs, tous les répondants s'entendent (Q32 et Q40) pour affirmer que des économies en films, en temps et/ou en fournitures médicales découlent de l'utilisation de ces guides. Cependant quand on leur demande s'ils sont en mesure de quantifier ces économies (Q33 et Q40), tous répondent que non. Ils reconnaissent la rentabilité de tels instruments mais ne se sont pas attardés à quantifier les

économies qui leur sont inhérentes. Certains répondants s'interrogent sur la pertinence d'établir un tel système de contrôle. Selon eux, les coûts pour implanter et surveiller ces économies risqueraient d'annihiler l'effet correcteur proposé par cette surveillance; ceci amène le constat # 6.

CONSTAT 6: LES ÉCONOMIES RATTACHÉES À L'UTILISATION DE CES DEUX GUIDES NE SONT PAS DIRECTEMENT QUANTIFIÉES.

Il ressort donc que ces deux instruments, en plus d'assurer aux utilisateurs (techniciens) un élément de référence et aux usagers une constance et une fiabilité quant aux examens à subir, permettent au département de réaliser des économies. Cependant, celles-ci ne sont pas quantifiées autrement que globalement dans le rapport financier annuel se perdant ainsi dans la masse. Il semble actuellement difficile pour les répondants d'attribuer à ces guides une partie bien précise de la diminution des coûts d'opération.

CONSTAT 7: LES GESTIONNAIRES CONSIDÈRENT LE FICHER TECHNIQUE ET LE CAHIER DE PROCÉDURES TRÈS INTÉRESSANTS À RETENIR COMME INDICATEUR DE QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS AUX USAGERS.

Quand il s'agit d'introduire des éléments qui pourraient éventuellement améliorer l'équation de performance, on remarque que les répondants trouvent intéressant de retenir les indicateurs précités

Q35: Compte tenu des avantages pour les bénéficiaires reliés à ce document (fichier technique) quant à l'uniformité dans le nombre de clichés et les incidences nécessaires aux radiologistes pour un diagnostic optimal, le fichier technique vous semble-t-il intéressant à retenir comme indicateur de qualité des services offerts aux bénéficiaires?

1. très intéressant = 4 répondants

2. intéressant = 2 répondants

Q43: Compte tenu des avantages associés à ce document de référence, le cahier de procédures vous semble-t-il intéressant à retenir comme indicateur de qualité des services offerts aux bénéficiaires?

1. très intéressant = 3 répondants

2. intéressant = 3 répondants

4.3.2.3 Indicateur # 4: Gestion des dossiers radiologiques (Q44 à Q65)

Jusqu'à maintenant, l'attention s'est portée particulièrement sur les façons de faire pour que les usagers obtiennent un diagnostic optimal (service principal). Il s'agissait plus spécialement de faire la démonstration de la présence tangible d'indicateurs pour mesurer la qualité de ce service aux usagers.

Un autre aspect des services offerts référant davantage aux services secondaires mais nécessaires à l'obtention du service principal est abordé ici. Entendons par là: l'accueil, l'attente, l'éventail des examens offerts et la gestion des dossiers radiologiques.

Bien que dans le cadre de cette recherche les usagers n'étaient pas interrogés, une des préoccupations était de cerner l'importance d'un bon système de gestion de dossiers radiologiques car en bout de piste l'utilisateur en retire un bénéfice certain ne serait-ce qu'une récupération rapide de son dossier lorsqu'il doit en référer à un autre établissement de santé.

Comme précédemment dit, le dossier appartient à l'utilisateur alors que l'établissement en est le gardien légal.

Il semble primordial pour les usagers non seulement d'obtenir un rapport d'examen subi mais en plus de pouvoir, au besoin, récupérer ses radiographies (pour fins de consultation médicale par exemple) et les récupérer dans un délai raisonnable. On a pu, à l'aide des questions 44 à 65, interroger les répondants sur:

1. l'efficacité de leur système d'archivage des dossiers radiologiques, c'est-à-dire la rapidité pour récupérer les dossiers aux fins des usagers;
2. la fiabilité de ce système, à savoir si premièrement on retrouve les dossiers concernés et si oui, s'ils sont complets;
3. les économies ou pertes engendrées par leur système de classement et
4. la disposition des dossiers, c'est-à-dire l'épuration de ceux-ci en regard avec la loi sur la conservation des dossiers.

CONSTAT 8: LES GESTIONNAIRES CONSIDÈRENT LEUR SYSTÈME DE CLASSEMENT COMME RELATIVEMENT EFFICACE ET RELATIVEMENT FIABLE.

Q44: Comment considérez-vous votre système de classement des dossiers radiologiques en terme d'efficacité?

1. très efficace = 3 répondants
2. efficace = 2 répondants
3. assez efficace = 1 répondant

Q45: Comment considérez-vous votre système de classement des dossiers radiologiques en terme de fiabilité?

1. très fiable = 3 répondants
2. fiable = 2 répondants
3. assez fiable = 1 répondant

La lecture de ces deux questions porte à croire que la gestion des dossiers radiologiques est relativement efficace et fiable. Par ailleurs, lorsque l'on demande s'il est facile de mesurer l'efficacité et la fiabilité de leur système d'archivage, on ne semble éprouver aucune difficulté.

Q62: Vous est-il facile de mesurer l'efficacité et la fiabilité de votre système de classement?

1. oui = 5 répondants
2. non = 1 répondant

Cependant, on constate qu'on n'effectue pas ces mesures. Il faudra la présence d'une éventuelle visite du Comité d'inspection professionnelle de l'OTRQ pour activer le processus.

Q63: Le faites-vous?

1. oui = 2 répondants. Lors d'une visite du CIP
2. non = 4 répondants

Enfin, il ne semble donc pas y avoir de vérification de l'efficacité et de la fiabilité du système d'archivage des dossiers radiologiques, bien que:

CONSTAT 9: LES GESTIONNAIRES CONSIDÈRENT COMME TRÈS IMPORTANT QU'UN SYSTÈME DE CLASSEMENT DES DOSSIERS RADIOLOGIQUES SOIT EFFICACE ET FIABLE.
--

Cinq répondants sur six reconnaissent comme très important (Q61) cet élément spécifique dans leur offre de services aux usagers. Ils sont également conscients des inconvénients et pour les usagers et pour l'établissement de la perte de dossiers radiologiques.

Il est bien sûr possible de faire de nouveaux clichés avec cependant les désavantages que cela comporte pour l'utilisateur (radiations inutiles, situation pathologique qui s'est modifiée dans le temps, déplacement, perte de temps) ainsi que les frais additionnels pour le département en

temps (pour chercher le dossier, refaire les films, reconstituer un dossier, faire interpréter de nouveau les radiographies) et matériel (films, rapports, enveloppes, étiquetage et solutions de développement).

Les six chefs de service interrogés sont conscients des économies ou des pertes conséquentes de l'efficacité et de la fiabilité de leur système de gestion des dossiers. Toutefois, aucun d'eux ne comptabilisent ces économies (Q53) ou ces pertes (Q56) afférentes.

Finalement, nous traiterons d'un aspect non moins important de la gestion des dossiers: la conservation et son pendant, l'épuration.

Physiquement parlant, conserver indéfiniment tous ces dossiers est pratiquement impossible.

CONSTAT 10: L'ÉPURATION DES DOSSIERS S'AVÈRE INDISPENSABLE.
--

Tout en se conformant à la loi sur la conservation des dossiers connue des 6 répondants (Q50), tous s'accordent pour dire qu'une épuration régulière est obligatoire, principalement à cause du manque d'espace de rangement (Q60).

Cette épuration se fait à un rythme différent d'un établissement à l'autre. En effet, 1/6 le fait à tous les ans, 2/6 aux deux ans, 1/6 aux trois ans et 2/6 aux cinq ans. La solution à long terme envisagée unanimement est l'enregistrement des images sur disque dur. Non seulement on réglerait le problème d'espace, mais également celui des dossiers égarés. Reste à savoir quelles sont les implications de cette technologie. En attendant une meilleure solution, l'épuration s'avère un bon palliatif.

En ce qui concerne l'intérêt à accorder à cet indicateur de qualité:

CONSTAT 11: LES GESTIONNAIRES TROUVENT LA GESTION DES DOSSIERS RADIOLOGIQUES TRÈS INTÉRESSANTE À RETENIR COMME INDICATEUR DE QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS AUX USAGERS.

Cinq répondants sur six s'entendent pour dire que la mesure de cet élément est un indicateur très intéressant (Q65) à retenir pour évaluer la qualité des services offerts aux usagers, alors que 1/6 le trouve intéressant.

4.3.2.4 Indicateur # 5: Éventail des examens offerts (Q66 à Q74)

Un autre aspect apparaissant primordial dans l'offre de services aux usagers s'illustre dans l'éventail des examens, c'est-à-dire le catalogue de tous les examens réalisables dans un département d'imagerie médicale. L'éventail de ces examens est à notre avis dépendant de deux facteurs tout aussi influents l'un que l'autre:

- l'équipe de radiologistes et
- la technologie utilisée.

Le questionnement s'est porté sur ces deux facteurs afin d'évaluer leurs impacts sur l'offre d'examens comme telle. Concernant l'équipe de radiologistes (Q68), les fluctuations possibles étaient:

- l'arrivée d'un radiologiste
- le départ d'un radiologiste
- une équipe volante de radiologistes ou encore
- un nouveau chef de département.

Alors que pour le facteur "technologie utilisée", les fluctuations possibles étaient:

- l'acquisition de nouvelles technologies (tomodensitomètre, fluoroscopie numérisée, résonance magnétique, ultrasons) et
- le remplacement d'équipements.

CONSTAT 12: LES GESTIONNAIRES SONT D'ACCORD SUR LE FAIT QU'UN CHANGEMENT DANS L'UN OU L'AUTRE DE CES DEUX FACTEURS A DES CONSÉQUENCES DIRECTES SUR L'OFFRE D'EXAMENS AUX USAGERS.
--

Quatre répondants sur six ont connu des changements dans leur personnel médical (Q66) au cours des deux dernières années alors que cinq répondants sur six ont vécu (Q67) des changements technologiques dans la même période. Le CH6 n'ayant vécu aucun changement n'a donc pas répondu à cette section, si ce n'est que pour se prononcer sur l'intérêt de cet indicateur de qualité à la question 74. Quant aux cinq autres, ils sont unanimes à dire que ces changements ont des impacts directs sur l'éventail d'examens offerts aux usagers (Q69).

Avant d'élaborer plus longuement sur ces changements, un autre élément ayant des impacts importants sur la demande d'examens a été signalé, à savoir: l'arrivée dans l'établissement de spécialistes tels gynécologues, orthopédistes, chirurgiens. Non seulement les fluctuations dans l'équipe médicale du département d'imagerie médicale auraient un impact direct sur l'offre d'examens, mais il appert que l'arrivée (ou le départ) d'autres spécialistes clients de ce département influencerait la demande.

De façon à être le plus clair possible, deux situations particulières ont été traitées, soit:

- le départ d'un radiologiste (Q70.2)
- l'acquisition de nouvelles technologies (Q70.5).

CONSTAT 13: LE DÉPART D'UN RADIOLOGISTE INFLUENCE DIRECTEMENT LES ACTIVITÉS DU DÉPARTEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE.
--

Si l'on examine les réponses du chef de service du CH4 ayant vécu cette situation, on note:

- que certains examens offerts aux usagers pourront ne plus être offerts si le radiologiste quittant était le seul à réaliser cet(ces) examen(s). Il se peut toutefois que l'examen soit offert mais le temps d'attente s'allongera du fait que l'équipe de travail est plus restreinte. Il faut dire qu'en régions dites périphériques, les équipes de radiologistes sont souvent limitées en nombre et par le fait même, plus sensibles au départ d'un de leurs membres;
- évidemment, que le volume d'activités sera affecté à la baisse. Là encore, plus l'équipe compte peu de spécialistes, plus les activités de ceux-ci en termes d'interventions et d'interprétations des examens sont affectées par le départ d'un co-équipier. Les rapports statistiques en recensent les effets;
- qu'une diminution des activités entraînera une diminution des coûts de production. Là encore, les rapports statistiques en font état;
- qu'il y aura une diminution de la satisfaction des usagers. Il apparaît de plus que ceux-ci auront à se déplacer à l'extérieur de leur région d'attache pour obtenir certains examens avec les coûts s'y rattachant;
- enfin, qu'il y aura diminution de la satisfaction des médecins prescripteurs qui perdront ainsi la possibilité de consulter sur place et devront attendre que les rapports d'examens de leurs clients parviennent de l'extérieur.

CONSTAT 14: L'ACQUISITION DE NOUVELLES TECHNOLOGIES INFLUENCE DIRECTEMENT LES ACTIVITÉS DU DÉPARTEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE.
--

De nouveau le CH4 alimentera ce propos bien que la même situation ait été vécue par quatre autres établissements. Ces établissements validaient les remarques du CH4.

L'acquisition d'équipement utilisant de nouvelles technologies tels les ultrasons, la résonance magnétique ou les tomodensitomètres mieux connus sous l'appellation TACO (tomographe axial contrôlé par ordinateur) ou CT SCAN entraînent, selon nos répondants, les conséquences suivantes:

- nouveaux examens offerts et conséquemment moins de déplacements des usagers à l'extérieur;
- accroissement de la satisfaction des médecins prescripteurs;
- accroissement du volume d'activités avec comme conséquence un accroissement des coûts de production;
- diminution des achats de services avec comme conséquence une diminution des "autres charges directes"; à titre d'exemple, le rapport financier AS-471 de l'exercice 1991-92 du CH4 indique une diminution en achat de services de l'ordre de 45 000\$ par rapport à 1989-90. À noter que le CH6, qui vendait ces services au CH4, a subi cette perte dans ses ventes. En effet, alors qu'en 1989-90 le CH6 enregistrerait des ventes de 150 000\$, en 1991-92 on note des ventes de 90 000\$ pour une diminution de revenus de 60 000\$. De

plus, le CH4, qui inscrivait en 1989-90 des ventes de services de 6 000\$, enregistrait des ventes de 53 000\$ en 1991-92, soit une augmentation de 47 000\$.

On peut constater que les états financiers dégagent les grandes lignes des impacts monétaires de l'utilisation de nouvelles technologies. D'ailleurs, cinq centres hospitaliers consultés ont signalé le fait que les impacts sont relevés dans les rapports statistiques et financiers (Q71).

Toujours en ce qui concerne l'éventail des examens, les répondants s'accordent à dire que l'éventail des examens offerts devrait être retenu comme indicateur important de la qualité des services offerts aux usagers.

Q74: Compte tenu des avantages pour les bénéficiaires associés à l'offre de nouveaux examens, les nouveaux examens offerts vous semblent-ils intéressants à retenir comme indicateur de qualité des services offerts aux bénéficiaires?

1. très intéressant = 5 répondants
2. intéressant = 1 répondant

CONSTAT 15: LES GESTIONNAIRES CONSIDÈRENT L'ÉVENTAIL DES EXAMENS TRÈS INTÉRESSANT À RETENIR COMME INDICATEUR DE QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS AUX USAGERS.
--

Dans une éventuelle recherche complémentaire, il serait intéressant de tenter de mesurer l'interdépendance des constats 12-13 et 14 car l'acquisition d'une nouvelle approche technologique peut avoir un effet significatif sur la performance d'un département d'imagerie médicale qu'il y ait arrivée ou départ d'un professionnel.

4.3.2.5 Indicateur # 6: Temps d'attente des usagers (Q75 à Q84)

Au cours de cette enquête, il a été intéressant de remarquer que cet indicateur bien que facile à mesurer n'avait pas l'attention qu'on serait en droit d'attendre. Est-il utile de rappeler que dans le milieu hospitalier les temps d'attente sont souvent à tort ou à raison les éléments ultimes pour valider l'efficacité d'un département. L'utilisateur n'a d'autres recours que la limite temporelle pour juger la qualité des services rendus. Guidée par cette réflexion il a semblé opportun de subdiviser cet indicateur (temps d'attente des usagers) en quatre (4) phases tel que spécifié dans le cadre conceptuel.

Phase 1: l'attente entre l'appel par l'utilisateur et le moment du rendez-vous (Q75 et Q76)

Cette première phase semble, de toute évidence, très facile à mesurer (Q75). D'ailleurs, tous les établissements le font (Q76). En effet, le profane doit savoir que le département gère ce facteur par le biais d'une liste d'attente qui établit l'ordre de présentation des candidats par catégorie d'examens. Or, rien de plus facile à mesurer.

Phase 2: l'accueil au département (Q77 et Q78)

Bien qu'il soit très facile de mesurer cette phase d'attente (Q77) force est de constater qu'aucun établissement n'effectue cette mesure (Q78).

Phase 3: le système et l'examen c'est-à-dire l'attente entre l'accueil et la prise en charge de l'utilisateur par le technicien ou le radiologiste et l'attente entre la fin de l'examen et l'autorisation de départ (Q79 et Q80).

Ici encore, tous s'accordent à dire qu'il leur est très facile de mesurer cette étape temporelle (Q79) bien que dans la réalité rien ne se fasse (Q80).

Phase 4: le départ de l'utilisateur et la sortie du rapport (Q81 et Q82)

Étrangement, on note qu'il est très facile (Q81) de mesurer cette phase d'attente et que la on reconnaît le faire (Q82).

Ces informations ont permis de remarquer que lorsque le prescripteur (médecin) est en position d'exercer une mesure coercitive sur l'une ou l'autre des phases d'attente, on constatera un intérêt à mesurer ces temps d'attente. Les phases 1 et 4 sont particulièrement visées par le prescripteur car il peut exercer une pression sur la liste d'attente et sur la rapidité d'obtention du rapport en contournant le système. Le gestionnaire connaissant fort bien le pouvoir du prescripteur s'engage plus facilement dans la mesure temporelle de ces activités. Bizarrement c'est lorsque l'utilisateur est entièrement présent sur le département qu'aucune mesure n'est prise...

Quand on observe l'attente dans sa globalité, on constate que les gestionnaires accordent un intérêt majeur (Q83) à l'importance de minimiser le plus possible les temps d'attente des usagers.

Quand il s'agit d'utiliser cet indicateur de qualité comme élément important de la performance, cinq établissements considèrent cet indicateur comme étant très intéressant à retenir (Q84).

Cet indicateur permet donc de mettre en relief quatre constats:

CONSTAT 16: LES GESTIONNAIRES DISENT TRÈS FACILE DE MESURER LE TEMPS D'ATTENTE BIEN QU'ILS RECONNAISSENT NE PAS LE FAIRE DANS DEUX PHASES SUR QUATRE.

CONSTAT 17: IL EST INTÉRESSANT DE NOTER QUE LES DEUX PHASES NON MESURÉES SONT CELLES OÙ LES USAGERS SONT PRÉSENTS DANS LE DÉPARTEMENT.

CONSTAT 18: LES GESTIONNAIRES RECONNAISSENT L'IMPORTANCE DE MINIMISER LE PLUS POSSIBLE LE TEMPS D'ATTENTE.

CONSTAT 19: LES GESTIONNAIRES CONSIDÈRENT TRÈS INTÉRESSANT DE RETENIR LE TEMPS D'ATTENTE DES USAGERS COMME INDICATEUR DE LA QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS AUX USAGERS.

L'ensemble des constats 3 à 19 permet de valider l'hypothèse 3 qui suggérait que...

H3: "Les acteurs en présence dans le système d'évaluation sont en mesure de fournir des éléments autres que quantitatifs qui pourraient contribuer à élaborer un modèle simple, réaliste et utilisable."

Dans la conclusion, nous tenterons d'établir une équation qui permettra de tenir compte de la performance qualitative dans l'équation classique retenue jusqu'à date:

$P = f(V_a, C_{rs}) + f(Q)$ d'où une équation de performance:

$$P = f(V_a, C_{rs}, Q)$$

La présence dans l'équation de la performance de six indicateurs qualitatifs permet, à cette étape-ci du mémoire, de mettre en relief certains acquis contribuant à déterminer l'impact de ces indicateurs sur le modèle global.

L'indicateur 1 pour sa part met l'accent sur une économie substantielle en films et sur la santé publique par une diminution de la dose de radiation aux usagers. À l'instar de Litaudon, Réfabert et Prokopenko, nous soutenons que:

Une technique importante d'amélioration de la productivité par la réduction du gaspillage est celle de la gestion par l'analyse de la valeur (certains spécialistes y voient une variante de l'étude des méthodes). Chaque produit peut être décomposé en ses éléments, et chaque élément peut être analysé du point de vue de sa valeur pour l'ensemble. Dans de telles analyses, les principaux critères de valeur sont l'intérêt, l'attrait et l'utilité.

L'analyse de la valeur a pour but de multiplier les petites économies ou les petits gains d'efficacité qui, pris ensemble, sont significatifs. Son utilité a été démontrée dans les activités industrielles et dans bien d'autres domaines; d'importants abaissements des coûts ont été réalisés par exemple dans l'administration des établissements hospitaliers.⁴⁵

La présence et l'usage de guides de techniques et de procédures (indicateurs 2 et 3) entraînent des avantages autant pour les techniciens, les usagers que les gestionnaires. Malgré une préoccupation à mettre à jour ces guides, on ne semble pas s'intéresser outre mesure aux

⁴⁵ PROKOPENKO, Joseph. Gérer la productivité. Genève, B.I.T., 1990, p. 142-143.

économies potentielles reliées à l'usage. Encore ici, les propos de Prokopenko retiennent notre intérêt.

Pour sa part, l'indicateur # 4 (gestion des dossiers radiologiques) est sans contredit un élément crucial dans le quotidien du gestionnaire. On y retrouve la preuve tangible du passage de l'usager, de son historique et les indications d'épuration à effectuer dans le temps. Encore ici, malgré le bien-fondé de cet indicateur, on dénote l'absence de mesure des économies conséquentes d'un système de classement efficace et fiable.

L'éventail des examens offerts (indicateur # 5) est directement dépendant de l'équipe médicale et des équipements en place. Une variation dans l'un ou l'autre des facteurs a une conséquence directe sur la performance du département. On constate que cet indicateur a un effet non seulement sur la performance qualitative. Qu'il suffise, à titre d'exemple, de mesurer l'impact de l'arrivée d'un nouveau radiologiste. L'effet se fera sentir sur l'accroissement des activités, des coûts de production, de la satisfaction de la clientèle (médicale et usager). Conséquemment, on réalise un effet motivationnel positif sur le rendement qualitatif du travail à effectuer. Malheureusement, de nouveau ici dans le système d'évaluation actuel, seul les éléments quantitatifs seront retenus bien que l'on admette la prépondérance de l'élément qualitatif qui entre en jeu.

Les répondants ont unanimement admis l'importance de minimiser le plus possible le temps d'attente (indicateur # 6) des usagers. Paradoxalement, lorsqu'ils sont en mesure d'avoir une main mise sur l'espace temporel où le client est présent physiquement sur le département, aucune mesure n'est prise. Rappelons que seul les phases où le pouvoir exercé par les professionnels de la santé sur la rapidité d'obtention des rendez-vous et des rapports retiennent l'attention des gestionnaires.

CHAPITRE V

LA CONCLUSION

Alors qu'à grands cris on prône la qualité totale, il apparaît étonnant et frustrant que les modèles en place d'évaluation de la performance ne tiennent pas compte des indicateurs de qualité qui enrobent la réalisation d'activités dans nos services de santé. Malgré les nombreux incitatifs à l'atteinte de la qualité mis en place par divers intervenants socio-économiques et gouvernementaux, **la mesure qualitative de la performance est encore malheureusement absente dans nos établissements de santé.**

Nous nous sommes donc fixée comme objectifs de recherche de prendre connaissance des outils actuels de mesure de la performance, de connaître l'usage et les critiques que les gestionnaires font de ces outils et de proposer des critères qualitatifs susceptibles d'enrichir l'évaluation de la performance des départements d'imagerie médicale. Grâce aux entrevues exploratoires auprès de dirigeants du Ministère de la santé et des services sociaux, de la Régie régionale 02 et de certains hôpitaux de la région du Saguenay — Lac Saint-Jean, un outil de cueillette d'informations permettant d'atteindre nos objectifs et de vérifier certaines hypothèses de départ fut créé. Compte tenu des limites géographiques, temporelles et pécuniaires, la région du Saguenay — Lac Saint-Jean a servi de bassin d'étude. De plus, afin d'obtenir des informations comparables, six établissements de santé ont été ciblés sur la base de leur mission (hôpitaux de soins de courte durée) de sorte que la clientèle "usager" de

leur département d'imagerie médicale soit de même source (unités de soins, urgence, salle d'opération, cliniques externes et bureaux privés de médecins). Les chefs de service de ces départements ont accepté de participer à des entrevues individuelles afin de répondre au questionnaire et permettre ainsi l'atteinte des objectifs fixés.

Une fois colligées, traitées et interprétées les informations recueillies, il fut possible de vérifier la validité des hypothèses de départ. On peut dire que l'hypothèse émise à l'effet que les gestionnaires sont satisfaits des outils actuels de la performance a été infirmée contrairement à celle voulant que les outils d'évaluation pourraient être améliorés afin de mieux répondre aux attentes des gestionnaires. Finalement, il a été loisible de vérifier que les acteurs en présence dans le système sont en mesure de fournir des éléments autres que quantitatifs qui pourraient contribuer à élaborer un modèle simple, réaliste et utilisable.

L'usage voulant qu'au cours des années on utilise deux critères pour évaluer la performance au sein d'un département d'imagerie médicale a contribué à mettre en relief certaines faiblesses du système d'évaluation de la performance. Il convient évidemment de quantifier le volume d'activités et d'y rattacher les coûts inhérents à chacune de ces activités. Certains gestionnaires hospitaliers se trouvent lésés dans l'usage de ces deux déterminants. On constate que malgré le fait que les informations soient transmises de façon correcte au niveau supérieur, les responsables les colligent trop souvent de façon erronée soit par méconnaissance d'où sont tirées les informations ou tout bonnement afin de mettre en valeur certains ratios qui personnalisent l'institution. Le lecteur ne doit pas s'imaginer que le jeu de pouvoir dans la gestion des informations n'est réservé qu'à des niveaux supérieurs. Les données peuvent être maniées de sorte qu'elles répondent à une image artificielle de la réalité. À titre d'exemple, sans que quiconque le sache, il est possible d'allouer plus d'unités

techniques à certains examens alors que les normes ministérielles sont rigoureusement précises. Cette latitude bien que souriant aux gestionnaires impliqués à un effet pervers sur la comparabilité des établissements entre eux. Faudra-t-il songer à utiliser des mécanismes rigoureux qui ne peuvent être manipulés par aucun intervenant ou encore tout simplement introduire des éléments additionnels qui feraient en sorte que les gestionnaires pourraient personnaliser le travail réalisé au sein d'un département en y incluant d'autres paramètres intradépartementaux? Ce faisant, le gestionnaire pourrait se fixer des objectifs personnels qui pourraient stimuler son équipe de travail. Pensons ici aux économies réalisées par une réduction sensible du taux de reprises de films, du temps d'attente des usagers, etc...

Dans cette ligne de pensée, il convient de mettre l'accent sur des éléments de motivation qui pourront éventuellement accroître la performance au sein d'un département d'imagerie médicale. Les résultats recueillis parmi les six établissements de la région 02 ont mis l'accent sur l'inadéquation des seuls critères de performance actuels. Ceux-ci négligent une part importante du travail effectué par l'équipe. Il est facile de penser qu'un employé ne donnera pas le meilleur de sa performance quand cela n'est même pas valorisé.

L'unité technique, base actuelle d'évaluation du travail du technicien, devrait tenir compte des indicateurs de qualité car si l'on veut vraiment qualifier la performance du travail on doit obligatoirement introduire des éléments d'efficience pour quitter la dimension technique et arriver à l'art. Un technicien peut être efficace mais il sera efficient dans la mesure où il tiendra compte des éléments d'accueil, de réduction du temps d'attente, d'un meilleur usage des guides, de la diminution des reprises et des rejets ou de la gestion des dossiers radiologiques. Cela sous-entend que tout le personnel clérical est sensibilisé à ces éléments. Eux aussi dessinent l'image réelle de la performance du département. Que l'on soit

secrétaire, réceptionniste, brancardier, tous font partie d'un même corps et contribuent à la performance globale du département. Notre modèle tient compte de la contribution de chacun des éléments et laisse sous-entendre un effet de synergie provoqué par l'effort de chaque composante du groupe de travail. En mettant l'accent sur une partie ou l'ensemble des indices de performance qualitative suggérés, on pourrait pallier à cette lacune motivationnelle. Encore ici il ne faut pas négliger que cette appréciation a été faite sur la base des établissements de la région 02. Il serait intéressant de valider nos propos par une étude sur l'ensemble des départements du Québec. À ce titre, au cours de la phase de cueillette des informations auprès des établissements, il a été expérimenté une méthode qui s'est avérée à la fois pratique et peu coûteuse. Compte tenu de la distance qu'il y avait entre le chercheur et un établissement répondant (Hôpital de Chibougamau), à un envoi postal précédé et suivi d'un appel téléphonique a été expérimenté. Cette procédure nous permet de constater qu'un outil de mesure bien structuré pallie aux dépenses de déplacement et contribue à assurer une plus grande représentativité au sein de tous les établissements du Québec offrant les services d'un département d'imagerie médicale. Bref, si l'on désire continuer à analyser ce domaine de recherche, il semblerait convenable de songer à une enquête postale appuyée par un organisme représentatif, par exemple l'Ordre des techniciens en radiologie du Québec. Le suivi d'une telle enquête pourrait s'effectuer par le téléphone.

Au terme de ce mémoire, nous aimerions attirer l'attention du lecteur sur les potentialités que cette recherche offre.

Dans un premier temps, il serait bon d'effectuer un sondage pan-québécois pour valider la représentativité des informations présentées antérieurement. Il y a tout lieu de croire que les informations colligées dans la région 02 risquent de se répéter mais il va de soi qu'une

enquête ultérieure devra prouver cette assertion. Nul doute que l'outil de mesure utilisé aux fins de ce mémoire soit immédiatement utilisable et ce à un coût réduit en tenant compte évidemment de petits correctifs mineurs.

Consciente que ce genre d'étude nécessite une application uniforme et standardisée au sein de l'ensemble des départements d'imagerie médicale, il apparaît opportun d'émettre l'idée de structurer une échelle de mesure laquelle pourrait être ordinale de façon à permettre un jugement de valeur sur chacun des indicateurs. Pensons à quelque chose du genre:

nullement satisfait = 1

insatisfait = 2

jusqu'à entièrement satisfait en y allouant une cote 5.

L'expérience acquise en interrogeant les six établissements a permis de dégager un certain niveau d'importance d'un indicateur par rapport à l'autre. On pourrait, dans une recherche ultérieure, envisager une approche qui tenterait de modéliser ces indicateurs en les pondérant selon leur importance d'impact sur la performance. Ainsi, plutôt que de retrouver une équation uniquement quantitative de type:

$$P = f(V_a, C_{rs})$$

on pourrait retrouver l'équation suivante:

$$P = f (V_a, C_{rs}, \sum_{i=1}^6 p_i I_i)$$

où

V_a = volume d'activités

C_{rs} = coûts rattachés aux services

p_i = facteur de pondération

I = indicateur de performance qualitative.

Enfin, nous désirons mettre en relief un dernier aspect issu des constatations faites au cours de ce mémoire. L'application jusqu'à date des éléments quantitatifs servant à indiquer la performance laissaient sous-entendre un certain statisme. Notre intervention a remis en question cette dimension. Cette recherche a clairement démontré le côté dynamique des indicateurs de performance. Déjà, le fait d'introduire un ensemble d'indicateurs qualitatifs dans la mesure de la performance engendrait un aspect dynamique de cette mesure. Toutefois, il faudra tenir compte des particularités de certains secteurs d'activités au sein du département. À titre d'exemple, si l'on se réfère au secteur d'imagerie qu'est la médecine nucléaire bien que celui-ci opère avec les mêmes indicateurs quantitatifs, les indicateurs qualitatifs quant à eux devront être repensés afin de mieux répondre à la mesure de la performance qualitative.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

- AKTOUF, Omar. Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 1987, 213 p.
- ARCHIER, G. et Sérieyx H. L'entreprise du 3e type, Paris, Éd. du Seuil, 1984, 213 p.
- BEAUCHEMIN, Roch. Appréciation de la qualité en radiodiagnostic, Lévis, Les Éditions Terres Rares Enr., 1991, 178 p.
- BRUNET, L., Haccoun, R., Rigny, D.A.J., Savoie, A. Comprendre l'organisation, approches de recherche, Montréal, Les Éditions Agence d'Arc Inc., 1982, 198 p.
- DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality (vol. 11), Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1982, 163 p.
- DARMON, Laroche, McGown, Nantel. Les fondements de la recherche commerciale, Montréal, Gaëtan Morin ed., 1991, 498 p.
- DURANT, Guy. La mesure et l'évaluation de la performance à l'hôpital: critères, indicateurs et méthodes pour un contrôle de gestion, Louvain, Édition Nouwelaerts, 1979.
- EMORY, C.W. Business research methods, Illinois, U.S.A., Richard D. Irwin Inc., 1980, 530 p.
- JACQUERYE, Agnès. Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, Coll. infirmières d'aujourd'hui, no 27, Paris, Édition Le Centurion, 1983, 311 p.
- KÉLADA, Joseph. La gestion intégrale de la qualité, Dorval, Éditions Quafec, 1987, 191 p.
- KÉLADA, Joseph. La gestion intégrale de la qualité: Pour une qualité totale, Dorval, Éditions Quafec, 1990, 298 p.
- LAMBIN, J.J. La recherche marketing, Paris, Éd. McGraw-Hill, 1990, 424 p.

- LAURIN, Jacqueline. Évaluation de la qualité des soins infirmiers, St-Hyacinthe, Edisem, 1988, 261 p.
- LITAUDON, Maurice et Réfabert, Anne. La dynamique de l'analyse de la valeur, Paris, Éditions de l'organisation, 1988, 35 p.
- LITAUDON, Maurice. Memento de l'analyse de la valeur, Paris, Les Éditions de l'organisation, 1980, 16 p.
- PINEAULT, Raynald et Daveluy Carole. La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies, Montréal, Les Éditions Agence d'Arc Inc., 1986, 480 p.
- PROKOPENKO, Joseph. Gérer la productivité, Genève, Bureau International du Travail, 1990, 304 p.
- SELLTIZ, C.W., Whrightsman, L.S., Cook, S.W. Research Methods in social relations, Third edition, Holt, Rinehart & Winston, 1976, tiré de Bélanger, D. Les méthodes de recherche en sciences sociales, Montréal, H.R.W., 1977, 606 p.
- SINK, D. Scott. Productivity management: planning, measurement, control and improvement, Toronto, Ed. J. Wiley, 1985, 518 p.

AUTRES OUVRAGES CONSULTÉS

- ALLEN, Louise et Boué, Danielle. Guide de pratique du Comité d'inspection professionnelle, O.T.R.Q., 20 janvier 1992.
- BEAUCHEMIN, Roch. Analyse des coûts de la qualité et de la non-qualité dans un département de radiologie: démarche clinique d'implantation d'un programme de contrôle de qualité et d'appréciation de la qualité, mai 1992, 33 p.
- BOUÉ, Danielle et Grenon, Marie-France. Rapport de visite de l'inspection professionnelle à l'Hôtel-Dieu d'Alma, O.T.R.Q., 24-25-26 mars 1992.
- ESTANOVE-MAILLÉ, Catherine et Roberge, Raymond. Programme d'appréciation de la qualité d'un service du centre hospitalier: concepts de base, contenu-type, application, Association des hôpitaux du Québec, avril 1987, 99 p.
- JACOB, Robert. L'imagerie médicale au Québec. Rapport d'une recherche sur le phénomène de diffusion des technologies médicales, # 22, Direction générale de l'évaluation et de la planification, MSSS, avril 1986, 351 p.
- LE BEAU, Gilles et Roberte, Raymond. Les coûts de la non-qualité dans le secteur de la santé, Montréal, Les publications de l'A.H.Q., nov. 1991, 45 p.
- MAILLÉ, Catherine et Deroy-Prata, Ghislaine. Gérer la qualité et les risques au niveau des services de radiologie, Conférence dans le cadre du Congrès de l'O.T.R.Q., 1992, 66 p.

NEPVEU, Gérard et all. Rapport de la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Tome I: la situation actuelle, Québec, L'Éditeur officiel du Québec, 1970, 212 p.

ROBERT, Paul. Petit Robert I, Paris, SNL, 1978, 2171 p.

ROCHON, Jean et all. Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1988, 803 p.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. Hôpitaux de courte durée, 1992, Ottawa, C.C.H.E.A., 1991, pag. multiple.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES HÔPITAUX. Comptes-rendus des séminaires sur l'appréciation de la qualité, Ottawa, CCAH, 1984, 43 p.

DIRECTION DES COMMUNICATIONS. Des hôpitaux en santé... Pour une population en santé, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, juin 1981, 119 p.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., Chapitre S-4.2, Éditeur officiel du Québec, 1992, 171 p.

Loi sur les techniciens en radiologie, T-5, Éditeur officiel du Québec, 1989.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES. Santé et services sociaux, Québec, B.N.Q., 1985, 71 p.

ARTICLES CONSULTÉS

ANGERS, Georges. "L'inertie menace nos services de santé", Le Soleil, 30 mars 1990, p. B-3.

BARDSWICH, E. "University hospital implements workload measurement system", Dimensions, mai 1985, pp. 18-20 et 46.

BEAUCHEMIN, Roch. "La qualité c'est mon boulot", Transfusion, H.D.L., vol. 2, no. 2, oct. 1991, pp. 4-5.

BEAUGER, Marielle. "Le client peut-il vraiment évaluer ses soins?", Administration hospitalière et sociale, p. 36.

BILODEAU, Michel. "Appréciation de la qualité au niveau du département: un programme complet, réaliste et efficace", Administration hospitalière et sociale, vol. XXXII, no. 2, mars-avril 1986, pp. 23-29.

BOUCHER, P., Rowell, Y., Grant, C., Williamson, S. "Moncton hospital's QA program improves information processing", Dimensions, juin 1985, pp. 17-18.

BROUSSEAU, Richard. "L'implantation d'un processus de contrôle: une approche conceptuelle pour le directeur des soins infirmiers", Administration hospitalière et sociale, vol. XXIV, no. 2, mars-avril 1978, pp. 38-41.

- BRUNELLE, Louis et Fabi, Bruno. "L'amélioration de la qualité de vie au travail", Administration hospitalière et sociale, vol. XXXII, no. 4, 1986, pp. 19-25.
- CASTONGUAY, Jean. "Votre système d'évaluation du personnel est-il en accord avec vos valeurs?", Administration hospitalière et sociale, vol. XXXI, no. 5, 1985, pp. 38-43.
- CLEMENHAGEN, Carol. "L'interaction entre le coût et la qualité", février 1986, p. 5.
- CLEMMER, Jim. "Avoiding the perils of quality circles", Dimensions, mai 1983, pp. 38-41.
- CÔTÉ, Marc-Yvan. "Qualité, secteur public", Qualité, hiver 1988-89, pp. 13-15.
- DESCOTEAUX, Bernard. "Claude Castonguay recommande un réseau de santé concurrentiel", Le Devoir, mercredi 24 janvier 1990, pp. 1 et 8.
- DUFAULT, Alain, Fabi, Bruno et Gervais, Gérard. "La qualité de vie au travail dans le secteur hospitalier: une analyse tripartite de certaines expériences françaises", Administration hospitalière et sociale, vol. XXXII, no. 2, 1986, pp. 6-18.
- DUNCAN, Irène E. "Quality circles: an overview", Dimensions, décembre 1982, pp. 24-26.
- EIGLIER, P. et Langeard, E. "L'offre de service: concepts et décisions", Working paper no 275, I.A.E., Université d'Aix Marseille III, France, avril 1983.
- FRANCOEUR, Jean. "En avoir pour son argent", Le Devoir, 11 février 1992, p. A-8.
- FROMENT, Dominique. "Les hôpitaux n'ont aucune conscience pratique de leur rôle économique (Guy St-Onge)", Les Affaires, samedi le 1er septembre 1990, p. T-8.
- GAGNÉ, Jean-Paul. "Infirmières: salaire contre flexibilité", Les Affaires, samedi 29 avril 1989, p. 6.
- GAGNÉ, Jean-Paul. "L'incurie du système de soins hospitaliers", Les Affaires, samedi 25 mars 1989, p. 6.
- GAGNÉ, Jean-Paul. "Rapport Rochon: sécurisant et inquiétant", Les Affaires, samedi 20 février 1988, p. 6.
- GAGNÉ, Jean-Paul. "30 moyens de réduire les coûts de la santé", Les Affaires, samedi 15 février 1992, pp. 2-5.
- GAGNON, Damien. "La privatisation n'est pas souhaitable (Landry)", Le Soleil, vendredi 20 mai 1988, p. A-5.
- GILSON, Yves. "Pourquoi sommes-nous si mauvais?", Commerce, octobre 1987, pp. 109-117.

- GRÉGOIRE, Denise. "De la continuité des soins: comme paramètre indispensable au concept global de la qualité", Administration hospitalière et sociale, vol. XXIV, no. 6, mars-avril 1978, pp.32-35.
- GRON ROOS, C. "Strategie management and marketing in the service sector", Marketing Science Institute, Cambridge, Mass., 1983; tiré de LANGLOIS, M. "Qualité des services et leadership dans la distribution", Revue TEOROS, UQAM, Montréal, vol. 9, no. 3, pp. 7-11.
- GROULX, Gilles. "Évaluation du rendement du personnel cadre", Administration hospitalière et sociale, vol. XXVII, no. 1, janvier-février 1981, pp. 39-41.
- GUN MESSON, E. "Quality of services: lesson from the products sector", 6e Annual Services Marketing Conference Proceedings, American marketing association, 1988, tiré de LANGLOIS, M. "Qualité des services et leadership dans la distribution", Revue TEOROS, UQAM, Montréal, vol. 9, no. 3, pp. 7-11.
- HINSE, Claude M. "Mesure de la performance des laboratoires hospitaliers", Administration hospitalière et sociale, vol. XXVII, no. 2, mars-avril 1981, pp. 18-19.
- KAHN, Joan. "Quality assurance professionnals: A national profiles", Dimensions, février 1986, pp. 14-17.
- KÉLADA, Joseph. "Comment gérer et contrôler la qualité: 1. Comment définir et décrire la qualité", Qualité, juin 1980, pp. 8-11.
- KÉLADA, Joseph. "Comment gérer et contrôler la qualité: 2. Comment mesurer la qualité", Qualité, septembre 1981, pp. 3-6.
- KÉLADA, Joseph. "L'assurance-qualité, est-ce rentable?", Qualité, décembre 1983, pp. 7-10.
- KLICIUS, R. "Balancing quality and cost: a public decision-making process", Dimensions, février 1986, pp. 19-21.
- LEJEUNE, Jean-Paul. "Plus qu'un mot: une arme", Commerce, octobre 1987, pp. 119-126.
- LEMIEUX, Louise. "Castonguay suggère de créer certains services privés de santé", Le Soleil, mercredi 24 janvier 1990, p. A-6.
- LOISEAU, Jean. "Les cercles de qualité dans un centre hospitalier: est-ce possible?", Administration hospitalière et sociale, vol. XXXI, no. 5, 1985, pp. 12-20.
- LYNCH, F. Joan. "Quality assurance: in the small health care facility", Dimensions, mai 1987, pp. 29-32.
- MAPA, J. et Turner G. "Quality assurance: a new approach", Dimensions, mars 1984, pp. 12-14.

- MARTIN, Jean-Claude. "L'appréciation de la qualité: comprimise?", novembre 1986, p. 7.
- MAXWELL, Ian. "Quality assurance: simple, rational and desirable", Dimensions, octobre 1986, pp. 36-37.
- O'BRIEN, N. "A managerial perspective: on controlling the quality of the patient care", Dimensions, mai 1987, pp. 22-23.
- O.T.R.Q. "La carte personnalisée", Écho-X, vol. XI, no. 3, décembre 1992, pp. 14-15.
- PARASURAMAN, A., Zeithaml, V. et Berry, L. "A conceptual model of service quality and its implication for future research", Marketing science institute research program, Report no. 84-106, août 1984, tiré de LANGLOIS, M. "Qualité des services et leadership dans la distribution", Revue TEOROS, UQAM, Montréal, vol. 9, no. 3.
- PILON, Denys A. "L'évolution du contrôle statistique de la qualité", L'infirmière canadienne, août 1975, pp. 21-24.
- PINEAULT, Raynald. "Rationalisation de l'évaluation et du contrôle dans les organismes de santé", Administration hospitalière et sociale, mars-avril 1977, pp. 14-26.
- RIVARD-GAUTHIER, Jeanne. "Composantes d'un programme de contrôle de la qualité des soins", Administration hospitalière et sociale, vol. XXVI, no. 1, 1980, pp. 35-37.
- ROY, Gilles. "Planification stratégique et secteur de la santé", Administration hospitalière et sociale, vol. XXXI, no. 6, novembre-décembre 1985, pp. 14-25.
- SAINT-CYR, Jacqueline. "Appréciation de la qualité des services: les mythes et la réalité", Administration hospitalière et sociale, vol. XXXII, no. 4, 1986, pp. 26-29.
- SAXTON, G.O. "Évaluation des services", Administration hospitalière et sociale, vol. XXIV, no. 2, mars-avril 1978, pp. 8-29.
- SIOUI, Fabien. "Qualité totale: statistiques et qualité, un mélange... explosif", Avenir, décembre 1991—janvier 1992, p. 45.
- WHITE, Jennifer. "Five principles to simplify the QA process", Dimensions, février 1986, p. 15.

ANNEXE A
QUESTIONNAIRE

Madame,
Monsieur,

Ce questionnaire se veut l'instrument de cueillette de données dans le cadre d'un mémoire de recherche portant sur "un modèle d'évaluation de la performance d'un département d'imagerie médicale". Le modèle tient compte des unités techniques allouées aux différents examens et des coûts rattachés à la production de ces unités mais également d'un élément omniprésent dans notre quotidien à savoir, la qualité des services offerts à la clientèle.

Nous concentrerons particulièrement notre interrogation sur la qualité des services offerts aux bénéficiaires du département d'imagerie médicale.

Vous constaterez comme moi que ce volet "qualité des services" n'est qu'une section d'un programme d'appréciation de la qualité en radiologie diagnostique. Dans l'éventualité où un tel programme est déjà formalisé dans votre département, la cueillette d'informations en sera d'autant plus facilitée. Quant à ceux et celles qui doivent implanter ce programme faisant partie des normes du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé 1991, ce questionnaire leur servira d'approche.

Vous noterez au fur et à mesure que vous parcourrez le questionnaire que nous avons défini chaque variable et/ou indicateur de façon à assurer l'uniformité dans la compréhension.

Nous tenons à spécifier également que les informations utiles à notre recherche ne concerne que l'imagerie médicale.

Nous vous remercions de bien vouloir participer à notre recherche en répondant à ce questionnaire et vous assurons de l'entière confidentialité quant à l'identification du répondant et de l'établissement.

Claire Boulianne, t.r.
Étudiante à la maîtrise en gestion des P.M.O.
Université du Québec à Chicoutimi

IDENTIFICATION

Nom de l'établissement: _____

Adresse: _____

Type d'activités: _____

Nombre de lits: _____

Fonction du répondant: _____

Téléphone: _____

1. Selon le rapport financier annuel AS-471 du Ministère de la santé et des services sociaux, la performance de votre département d'imagerie médicale est actuellement mesurée ainsi:

les coûts rattachés à la production des services + les unités techniques produites.

Cette opération nous donne les coûts de production d'une unité technique.

Ce système d'évaluation de votre performance vous satisfait-il?

1. très satisfaisant

2. satisfaisant

3. assez satisfaisant justifiez _____

4. peu satisfaisant justifiez _____

5. pas du tout justifiez _____

2. Rencontrez-vous certains problèmes dans l'application de ce système?

1. oui lesquels? _____

2. non

3. Selon le même rapport financier AS-471, les coûts rattachés à la production de services se retrouvent sous les rubriques:
salaires (y compris avantages sociaux et charges sociales)
autres charges directes (i.e. les services achetés, fournitures et autres charges)
déductions (i.e. les ventes de services, recouvrements et transferts de frais généraux).

Rencontrez-vous certaines difficultés quant à la compilation des données pour compléter ce rapport de sorties et rentrées de fonds?

1. oui lesquelles? _____
2. non

4. Y a-t-il des possibilités que certaines écritures comptables vous soient allouées par erreur?

1. oui
2. non passez à la question #6
3. ne sais pas pourquoi? _____

5. Dans ce cas, vous est-il difficile de retracer la ou les erreurs?

1. oui
2. non
3. ne sais pas

6. Toujours selon le rapport financier AS-471, une unité technique "... est définie comme équivalant à une minute de travail d'un technicien". Cette définition laisse entendre que cet indicateur de productivité ne tient pas compte des autres activités de votre département nécessaires à la sortie d'un diagnostic radiologique (accueil, gestion des dossiers radiologiques, etc.).

En est-il ainsi dans votre département?

1. oui justifiez _____
2. non pourquoi? _____

7. Rencontrez-vous certaines difficultés pour compiler ces unités techniques?

1. oui justifiez _____
2. non pourquoi? _____

8. Le MSSS en collaboration avec certaines corporations professionnelles revise présentement le nombre d'unités techniques allouées aux différents examens. Selon vous, quels motifs justifient une telle révision?

9. Cette réallocation devrait-elle tenir compte des autres activités (accueil, gestion des dossiers radiologiques etc.) de votre département nécessaires à la sortie d'un diagnostic?

- 1.oui justifiez _____
2.non pourquoi? _____
3.ne sais pas

10. Un changement complet de l'unité de mesure des activités de votre département est-il souhaitable?

- 1.oui justifiez _____
2.non pourquoi? _____
3.ne sais pas

11. La qualité totale étant non seulement un concept à la mode mais de plus une norme exigible et exigée par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, pensez-vous que l'évaluation de la performance de votre département devrait tenir compte de cette norme?

- 1.oui justifiez _____
2.non pourquoi? _____
3.ne sais pas

Le département d'imagerie médicale dessert plusieurs clientèles à savoir: les professionnels de la santé, les unités de soins, les services administratifs et les bénéficiaires. Notre recherche porte particulièrement sur la clientèle "bénéficiaires" et plus spécifiquement sur "la qualité des services offerts aux bénéficiaires". Nous envisageons introduire dans le modèle d'évaluation de la performance d'un département d'imagerie médicale des indicateurs de qualité des services offerts aux bénéficiaires.

Voici quelques indicateurs de "qualité des services offerts aux bénéficiaires" que nous avons identifié et qui nécessitent votre approbation:

calcul de reprises et de rejets de films
fichier technique
cahier de procédures
gestion des dossiers radiologiques
nouveaux examens offerts
temps d'attente des bénéficiaires.

Les questions suivantes porteront particulièrement sur ces indicateurs.

A) calcul de reprises et de rejets de films

Parlons de **rebuts**: les rebuts comprennent tous les films qui seront jetés pour fin de récupération.

Parlons de **reprises**: les reprises sont des films jetés aux rebuts mais qui ont nécessité une reprise du ou des clichés.

Parlons de **rejets**: les rejets sont des films jetés aux rebuts sans nécessiter de reprises.

12. Calculez-vous le taux de rebuts en films dans votre département?
- 1.oui ___%approx.
- 2.non passez à la question #14
- 3.ne sais pas passez à la question #14
13. Les rebuts correspondent à quel % de votre budget global annuel?___%approx.
14. Existe-t-il dans votre département un système permettant de subdiviser les rebuts en reprises et rejets?
- 1.oui passez à la question #16
- 2.non pourquoi?_____
- 3.ne sais pas
15. Avez-vous comme objectif à court terme d'implanter un tel système dans votre département?
- 1.oui passez à la question #16 ensuite question #27
- 2.non pourquoi?_____
- 3.ne sais pas passez à la question #16 ensuite question #27
16. Le calcul de reprises et de rejets vous semble-t-il un indicateur facilement mesurable?
- 1.oui
- 2.non pourquoi?_____
17. Quel est le taux de reprises dans votre département?___% approx.

18. Avez-vous noté une variation des reprises depuis que vous tenez ces données?

1.oui à quel niveau?

reprise 1.1 hausse

1.2 baisse

2.non

19. Les reprises correspondent à quel % de votre budget annuel?_____ % approx.

20. Les reprises font-elles l'objet d'une évaluation des causes?

1.oui

2.non passez à la question #22

21. Existe-t-il des correctifs apportés à ces causes de reprises?

1.oui

2.non pourquoi?_____

22. Quel est le taux de rejets dans votre département?____ % approx.

23. Avez-vous noté une variation des rejets depuis que vous tenez ces données?

1.oui à quel niveau?

rejet 1.1 hausse

1.2 baisse

2.non

24. Les rejets correspondent à quel % de votre budget annuel?_____ % approx.

25. Les rejets font-ils l'objet d'une évaluation des causes?

1.oui

2.non passez à la question #27

26. Existe-t-il des correctifs apportés à ces causes de rejets?

1.oui

2.non

27. Compte tenu des avantages pour les bénéficiaires associés à l'analyse des films repris ou rejetés, le calcul de reprises et de rejets vous semble-t-il intéressant à retenir comme indicateur de qualité des services offerts aux bénéficiaires?

- 1. très intéressant
- 2. intéressant
- 3. assez intéressant justifiez _____
- 4. peu intéressant justifiez _____
- 5. pas du tout justifiez _____

B) Fichier technique

fichier technique: document répertoriant les paramètres techniques (Kv, Mas), les différents examens ainsi que les clichés exigés par les radiologistes selon certains critères (renseignements cliniques, âge, mobilité etc.).

28. Existe-t-il dans chacune des salles de votre département un fichier technique uniformisant le nombre de clichés et les incidences exigibles par les radiologistes?
1. oui passez à la question #30
2. non pourquoi? _____
29. Dans la négative, avez-vous comme objectif à court terme de fournir à votre personnel ce document de travail?
1. oui passez à la question #32
2. non pourquoi? _____
- passez à la question #32
30. Ce document est-il mis à jour? (cochez la ou les cases appropriées)
1. une fois par an
2. deux fois par an
3. au besoin
4. jamais
5. autres: spécifiez _____
31. Ce document est-il utilisé par votre personnel?
1. régulièrement
2. au besoin
3. rarement
4. jamais

40. Outre son avantage comme référence, pouvez-vous y associer certaines économies en terme de:

	oui	non
1.temps(d'exécution, déplacement etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.fournitures médicales (aiguilles, opacifiant etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.films	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.solutions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.autres: spécifiez _____		

41. Êtes-vous en mesure de quantifier ces économies en terme de dollars?

1.oui

2.non pourquoi? _____

passez à la question #43

42. Ces économies correspondent à quel % de votre budget? ____%

43. Compte tenu des avantages associés à ce document de référence, le **cahier de procédures** vous semble-t-il intéressant à retenir comme indicateur de qualité des services offerts aux bénéficiaires?

1.très intéressant

2.intéressant

3.assez intéressant justifiez _____

4.peu intéressant justifiez _____

5.pas du tout justifiez _____

D) Gestion des dossiers radiologiques

gestion des dossiers radiologiques cet indicateur fait référence au système de classement des dossiers radiologiques et à la récupération de ceux-ci pour les besoins des bénéficiaires et/ou des intervenants médicaux.

44. Comment considérez-vous votre système de classement des dossiers radiologiques en terme d'efficacité?

- 1. très efficace
- 2. efficace
- 3. assez efficace
- 4. peu efficace
- 5. pas du tout

45. Comment considérez-vous votre système de classement des dossiers radiologiques en termes de fiabilité?

- 1. très fiable passez à la question #50
- 2. fiable passez à la question #50
- 3. assez fiable
- 4. peu fiable
- 5. pas du tout

46. Dans les situations de **3-4-5 d'efficacité et/ou de 3-4-5 de fiabilité**, envisagez-vous des améliorations?

- 1. oui
- 2. non pourquoi? _____
passez à la question #50

47. Quels sont les avantages reliés à ces améliorations?

48. Quels sont les contraintes associées à ces améliorations?

49. De la part de l'organisation centrale, y a-t-il un souci réel d'amélioration de ce système?

1.oui

2.non pourquoi? _____

50. Connaissez-vous la "loi sur les dossiers médicaux"?

1.oui

2.non

51. Contrôlez-vous via un système d'enregistrement les sorties et entrées de films en conformité avec la "loi sur les dossiers médicaux"?

1.oui

2.non pourquoi? _____

52. Votre système de gestion des dossiers radiologiques entraîne-t-il des économies en termes de?

oui non

1.temps (déplacement, recherche)

2.fournitures (reconstitution de dossiers)

3.autres: spécifiez _____

53. Comptabilisez-vous ces économies?

1.oui

2.non pourquoi? _____

 passez à la question #55

54. Ces économies correspondent à quel % de votre budget? _____% approx.

55. Votre système de gestion des dossiers radiologiques entraîne-t-il des pertes en termes de?

oui non

1.temps (déplacement, recherche)

2.fournitures (reconstitution de dossiers)

3.autres: spécifiez _____

56. Comptabilisez-vous ces pertes?

1.oui

2.non pourquoi? _____

 passez à la question #58

57. Ces pertes correspondent à quel % de votre budget? _____% approx.

58. Tout en étant conforme à la loi sur les dossiers médicaux, procédez-vous à une épuration continue des dossiers radiologiques **actifs**?

1.oui

2.non pourquoi? _____

59. Quelle est la fréquence d'épuration des dossiers radiologiques **passifs**?

1. 1 an

2. 2 ans

3. 5 ans

60. Quelles sont les conséquences de la non-épuration?

61. Pensez-vous qu'un système de classement de dossiers radiologiques efficace et fiable soit un élément important dans l'offre de services aux bénéficiaires?

1.très important

2.important

3.assez important justifiez _____

4.peu important justifiez _____

5.pas du tout justifiez _____

62. Vous est-il facile de mesurer l'efficacité et la fiabilité de votre système de classement?

1.oui

2.non pourquoi? _____

63. Le faites-vous?

1.oui comment? _____

2.non pourquoi? _____

64. Comment voyez-vous l'avenir dans la gestion des dossiers radiologiques?

65. Compte tenu de l'importance pour les bénéficiaires d'un système de classement fiable et efficace, la **gestion des dossiers radiologiques** vous semble-t-il intéressant à retenir comme indicateur de qualité des services offerts aux bénéficiaires?

- 1. très intéressant
- 2. intéressant
- 3. assez intéressant justifiez _____
- 4. peu intéressant justifiez _____
- 5. pas du tout justifiez _____

E) Nouveaux examens offerts

66. Y a-t-il eu des changements dans le personnel médical de votre département dans les deux dernières années?

1.oui

2.non

67. Y a-t-il eu des changements technologiques (en terme de production d'images) dans votre département dans les deux dernières années?

1.oui

2.non

Si "non" aux questions 66 et 67, passez à la question #74

68. Quels sont ces changements? Cochez la ou les cases appropriées.

1.arrivée d'un radiologiste

2.départ d'un radiologiste

3.radiologiste(s) itinérant(s)

4.nouveau chef de département

5.nouvelle technologie

6.remplacement d'équipement

7.autres: spécifiez _____

69. Ces changements ont-ils eu des effets sur l'éventail des examens que vous offrez aux bénéficiaires?

1.oui

2.non passez à la question #74

70. Quels sont ces effets pour chacune des situations qui vous concerne? Cochez une ou plusieurs cases.

situations

effets

- | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------|
| 1.arrivée d'un radiologiste | 1.1 nouveaux examens offerts | <input type="checkbox"/> |
| | 1.2 disparition de certains examens | <input type="checkbox"/> |
| | 1.3 augmentation examens habituel | <input type="checkbox"/> |
| | 1.4 diminution des exam. habituels | <input type="checkbox"/> |
| | 1.5 augmentation des activités | <input type="checkbox"/> |
| | 1.6 diminution des activités | <input type="checkbox"/> |
| | 1.7 augmentation achat de services | <input type="checkbox"/> |
| | 1.8 diminution d'achat de services | <input type="checkbox"/> |
| | 1.9 augmentation vente de services | <input type="checkbox"/> |
| | 1.10 diminution vente de services | <input type="checkbox"/> |
| | 1.11 augmentation coûts production | <input type="checkbox"/> |
| | 1.12 diminution coûts de production | <input type="checkbox"/> |
| | 1.13 augmentation déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs | <input type="checkbox"/> |
| | 1.14 diminution déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs | <input type="checkbox"/> |
| | 1.15 augmentation de la satisfaction
des bénéficiaires | <input type="checkbox"/> |
| | 1.16 diminution de la satisfaction des
bénéficiaires | <input type="checkbox"/> |
| | 1.17 augmentation de la satisfaction
des intervenants médicaux | <input type="checkbox"/> |
| | 1.18 diminution de la satisfaction
des intervenants médicaux | <input type="checkbox"/> |
| | 1.19 autres: spécifiez _____ | |

2.départ d'un radiologiste

- 2.1 nouveaux examens offerts
- 2.2 disparition de certains examens
- 2.3 augmentation examens habituels
- 2.4 diminution des exam. habituels
- 2.5 augmentation des activités
- 2.6 diminution des activités
- 2.7 augmentation d'achat de services
- 2.8 diminution d'achat de services
- 2.9 augmentation vente de services
- 2.10 diminution vente de services
- 2.11 augmentation coûts production
- 2.12 diminution coûts de production
- 2.13 augmentation déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 2.14 diminution déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 2.15 augmentation de la satisfaction
des bénéficiaires
- 2.16 diminution de la satisfaction des
bénéficiaires
- 2.17 augmentation de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 2.18 diminution de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 2.19 autres: spécifiez _____

3.radiologiste(s)
itinérant(s)

- 3.1 nouveaux examens offerts
- 3.2 disparition de certains examens
- 3.3 augmentation examens habituels
- 3.4 diminution des exam. habituels
- 3.5 augmentation des activités
- 3.6 diminution des activités
- 3.7 augmentation d'achat de services
- 3.8 diminution d'achat de services
- 3.9 augmentation vente de services
- 3.10 diminution vente de services
- 3.11 augmentation coûts production
- 3.12 diminution coûts de production
- 3.13 augmentation déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 3.14 diminution déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 3.15 augmentation de la satisfaction
des bénéficiaires
- 3.16 diminution de la satisfaction des
bénéficiaires
- 3.17 augmentation de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 3.18 diminution de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 3.19 autres: spécifiez _____

4.nouveau chef de département

- 4.1 nouveaux examens offerts
- 4.2 disparition de certains examens
- 4.3 augmentation examens habituels
- 4.4 diminution des exam. habituels
- 4.5 augmentation des activités
- 4.6 diminution des activités
- 4.7 augmentation d'achat de services
- 4.8 diminution d'achat de services
- 4.9 augmentation vente de services
- 4.10 diminution vente de services
- 4.11 augmentation coûts production
- 4.12 diminution coûts de production
- 4.13 augmentation déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 4.14 diminution déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 4.15 augmentation de la satisfaction
des bénéficiaires
- 4.16 diminution de la satisfaction des
bénéficiaires
- 4.17 augmentation de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 4.18 diminution de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 4.19 autres: spécifiez _____

5.nouvelle technologie

- 5.1 nouveaux examens offerts
- 5.2 disparition de certains examens
- 5.3 augmentation examens habituels
- 5.4 diminution des exam. habituels
- 5.5 augmentation des activités
- 5.6 diminution des activités
- 5.7 augmentation d'achat de services
- 5.8 diminution d'achat de services
- 5.9 augmentation vente de services
- 5.10 diminution vente de services
- 5.11 augmentation coûts production
- 5.12 diminution coûts de production
- 5.13 augmentation déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 5.14 diminution déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 5.15 augmentation de la satisfaction
des bénéficiaires
- 5.16 diminution de la satisfaction des
bénéficiaires
- 5.17 augmentation de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 5.18 diminution de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 5.19 autres: spécifiez _____

6. remplacement d'équipement

- 6.1 nouveaux examens offerts
- 6.2 disparition de certains examens
- 6.3 augmentation exam. habituels
- 6.4 diminution des exam. habituels
- 6.5 augmentation des activités
- 6.6 diminution des activités
- 6.7 augmentation d'achat de services
- 6.8 diminution d'achat de services
- 6.9 augmentation vente de services
- 6.10 diminution vente de services
- 6.11 augmentation coûts production
- 6.12 diminution coûts de production
- 6.13 augmentation déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 6.14 diminution déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 6.15 augmentation de la satisfaction
des bénéficiaires
- 6.16 diminution de la satisfaction des
bénéficiaires
- 6.17 augmentation de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 6.18 diminution de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 6.19 autres: spécifiez _____

7.autres: spécifiez

- 7.1 nouveaux examens offerts
- 7.2 disparition de certains examens
- 7.3 augmentation examens habituels
- 7.4 diminution des exam. habituels
- 7.5 augmentation des activités
- 7.6 diminution des activités
- 7.7 augmentation d'achat de services
- 7.8 diminution d'achat de services
- 7.9 augmentation vente de services
- 7.10 diminution vente de services
- 7.11 augmentation coûts production
- 7.12 diminution coûts de production
- 7.13 augmentation déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 7.14 diminution déplacements des
bénéficiaires vers ailleurs
- 7.15 augmentation de la satisfaction
des bénéficiaires
- 7.16 diminution de la satisfaction des
bénéficiaires
- 7.17 augmentation de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 7.18 diminution de la satisfaction
des intervenants médicaux
- 7.19 autres: spécifiez _____

71. Quantifiez-vous ces augmentations ou ces diminutions de coûts?

1.oui

2.non pourquoi?_____

 passez à la question #74

72. À quel % de votre budget correspondent ces augmentations?____%appr.

73. À quel % de votre budget correspondent ces diminutions?____%approx.

74. Compte tenu des avantages pour les bénéficiaires associés à l'offre de nouveaux examens, les **nouveaux examens offerts** vous semblent-ils intéressants à retenir comme indicateur de qualité des services offerts aux bénéficiaires?

1.très intéressant

2.intéressant

3.assez intéressant justifiez _____

4.peu intéressant justifiez _____

5.pas du tout justifiez _____

F) Temps d'attente des bénéficiaires

phase 1: l'attente entre l'appel par le bénéficiaire et le moment du rendez-vous;

phase 2: l'accueil au département;

phase 3: le système et l'examen i.e. l'attente entre l'accueil et la prise en charge du bénéficiaire par le technicien ou le radiologiste et l'attente entre la fin de l'examen et l'autorisation de départ;

phase 4: le départ du bénéficiaire et la sortie du rapport

75. En regard avec la phase 1 (appel et rendez-vous), vous est-il facile de mesurer cette période de temps d'attente de votre clientèle "bénéficiaires"?

1. très facile

2. assez facile

3. facile

4. peu facile

5. pas du tout

Justifiez votre réponse.

76. Le faites-vous?

1. oui

2. non pourquoi? _____

77. En regard avec la phase 2 (accueil au département), vous est-il facile de mesurer cette période de temps d'attente de votre clientèle "bénéficiaires"?

1. très facile

2. assez facile

3. facile

4. peu facile

5. pas du tout

Justifiez votre réponse.

78. Le faites-vous?

1. oui

2. non pourquoi? _____

79. Concernant la phase 3 (système et examen), vous est-il facile de mesurer cette période de temps d'attente de votre clientèle "bénéficiaires"?

1. très facile

2. assez facile

3. facile

4. peu facile

5. pas du tout

Justifiez votre réponse.

80. Le faites-vous?

1. oui

2. non pourquoi? _____

81. Pour ce qui est de la phase 4 (départ et sortie du rapport), vous est-il facile de mesurer cette période de temps d'attente de votre clientèle "bénéficiaires"?

- 1. très facile
- 2. assez facile
- 3. facile
- 4. peu facile
- 5. pas du tout

Justifiez votre réponse.

82. Le faites-vous?

1. oui

2. non pourquoi? _____

83. Trouvez-vous important de minimiser le plus possible le temps d'attente des bénéficiaires?

1. oui

2. non

Justifiez votre réponse.

84. Estimez-vous le **temps d'attente des bénéficiaires** un indicateur intéressant à retenir pour mesurer la qualité des services offerts aux bénéficiaires?

1. très intéressant

2. intéressant

3. assez intéressant justifiez _____

4. peu intéressant justifiez _____

5. pas du tout justifiez _____

85. Y aurait-il d'autres indicateurs de qualité des services offerts aux bénéficiaires à retenir pour évaluer la performance d'un département d'imagerie médicale?

1.oui lesquels? _____

2.non

3.ne sais pas

86. Y a-t-il eu des efforts consentis (ex. en ressources humaines, matérielles, financières, expertise etc.) par l'Organisation centrale pour vous appuyer dans votre démarche de qualité totale des services offerts aux bénéficiaires ?

1.très

2.beaucoup

3.assez

4.peu

5.pas du tout

87. Devez-vous rappeler le concept de qualité à votre personnel?

1.très souvent

2.assez souvent

3.souvent

4.à l'occasion

5.jamais

88. L'évaluation de la performance de votre département devrait-elle tenir compte de la qualité des services offerts aux bénéficiaires?

1.oui

2.non

Justifiez votre réponse.

ANNEXE B

PAGE 650 DU RAPPORT FINANCIER AS-471

Fonds d'exploitation-Activités principales

DONNEES SUR LE CENTRE D'ACTIVITES

exercice termine le 31 mars 19__

Nom du centre

Numero du centre

EXERCICE PRECEDENT			EXERCICE COURANT	
Heures à l'unité prod. (1)	Montant à \$ prod. (2)		Heures à l'unité prod. (3)	Montant à \$ prod. (4)
		SALAIRES		
		01 Personnel-cadre		
		02 Personnel-temps regulier		
		03 Temps supplementaire		
		04 Primes		
		05 Main-d'oeuvre independante		
		06 indemnité compensatoire		
		07 Total (L.01 à L.06)		
		AVANTAGES SOCIAUX		
		08 Généraux		
		09 Particuliers		
		10 Total (L.08 + L.09)		
		CHARGES SOCIALES		
		11		
		12		
		13 Total (L.07 + L.10 à L.12)		
		AUTRES CHARGES DIRECTES		
		14 Services achetés		
		15 Fournitures et autres charges		
		16		
		17 Total (L.14 à L.16)		
		18 COÛTS DIRECTS BRUTS (L.13 + L.17)		
		DÉDUCTIONS		
		19 Ventes de services		
		20 Recouvrements		
		21 Transferts de frais généraux		
		22 Total (L.19 à L.21)		
		23 COÛTS DIRECTS NETS (L.18 - L.22)		
		24 Ajustements		
		UNITÉS DE MESURE		
		25 "A" L'unité technique provinciale		
		26 Pour l'établissement		
		27 Pour ventes de services		
		28 Pour transferts de frais généraux		
		29 Total (L.25 à L.27)		
		30 Coût unitaire brut (L.18 - L.24) + L.28		
		31 "B" Coût unitaire net (L.23 - L.24) + L.30		

CATEGORIE	Répartition à l'usage des établissements à fonctions multiples				
	L.07, C.4 (1)	L.10 + L.11, C.4 (2)	L.17, C.4 (3)	L.22, C.4 (4)	L.23, C.4 (5)
C.L.S.C. 32					
C.H. 33					
C.A.H. 34					
C.A.R. 35					
C.S.S. 36					
C.R.S.S.S. 37					