

Journal information

Échéancier 2002
maintenant disponible



Hôpital Louis-H. Lafontaine



Mise à jour de la philosophie de gestion de notre établissement

Au moment où notre milieu vit des transformations fondamentales, se repositionne pour améliorer l'accès à ses services et en assurer la coordination ainsi que la continuité dans la communauté, le comité de gestion de l'établissement rappelle les cinq principes directeurs adoptés en mai 1996 et servant d'assises pour la transformation de l'Hôpital. Ces principes sont :

1. Offrir une réponse de qualité, efficace et adaptée aux potentiel et besoins des personnes souffrant de troubles mentaux.

2. Reconnaître et valoriser la contribution du milieu naturel dans le traitement des personnes atteintes de trouble mental en plus de considérer l'importance d'y effectuer, dans la mesure du possible, l'ensemble des actions thérapeutiques.

3. S'assurer de la pertinence d'utilisation du milieu intra-hospitalier.

4. Agir dans le cadre d'un réel réseau intégré de soins et de services en misant sur la continuité et la complémentarité.

5. Rechercher l'atteinte de la performance dans ses activités soit: la pertinence, l'efficacité et l'efficience.

Les directeurs ont également cru opportun de revoir la philosophie de gestion de l'établissement,

d'autant plus qu'en cette période de changements, elle doit guider nos décisions et nos actions.

Lors de la séance du Conseil d'administration du 19 juin dernier, les membres ont aussi adopté la philosophie de gestion compte tenu notamment qu'elle mise :

- Sur la primauté de l'utilisateur et de son potentiel;
- Sur le fait que les employés constituent notre ressource la plus importante pour le développement des services de psychiatrie et...
- Sur le développement de partenariats.

C'est avec plaisir que nous reproduisons ici la philosophie de gestion de l'établissement telle qu'adoptée par notre Conseil d'administration.

Les valeurs prônées par cet engagement se définissent comme suit :

L'humanisme réfère à deux concepts soit le respect et la confiance. Le respect se manifeste par différentes attitudes et comportements notamment en étant à l'écoute des personnes, en croyant en l'importance de chacun, en reconnaissant autant les actions, les idées que les personnes elles-mêmes. La confiance se manifeste en croyant au potentiel des personnes, en leur motivation à s'impliquer, par l'authenticité dans les relations interpersonnelles et en suscitant des occasions de participation.

La **primauté de l'utilisateur** signifie que les services de l'établissement sont organisés de façon à tenir compte en priorité de l'intérêt de l'utilisateur, d'une programmation clinique adaptée aux clientèles et de plans de soins ou de traitements personnalisés.

Par la **contribution significative de chacun**, nous entendons la promotion d'une approche encourageant des actions responsables de la part des personnes dans leur pratique professionnelle et leur réceptivité aux points de vue différents ou aux remises en question.

Les **meilleures pratiques** sont celles qui permettent d'optimiser l'utilisation des ressources à la fois en fonction des besoins et des intérêts des usagers, des obligations légales de l'établissement et d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le 4 septembre dernier, M. André Lemieux, directeur général, a présenté et commenté cette philosophie auprès de l'ensemble des gestionnaires tout en les invitant à la faire connaître à leur personnel, à l'approfondir et à la vivre. ▀

Michel Demers

conseiller en gestion, direction générale

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Conseil d'administration

Calendrier des assemblées 2001-2002

Les mardis

25 septembre 2001	18 h 30
16 octobre 2001	18 h 30
20 novembre 2001	18 h 30
18 décembre 2001	18 h 30
18 décembre 2001*	19 h 30
15 janvier 2002	18 h 30
19 février 2002	18 h 30
19 mars 2002	18 h 30
16 avril 2002	18 h 30
21 mai 2002	18 h 30
18 juin 2002	18 h 30

Toutes les séances sont précédées d'un comité plénier à 16 h 30.

* Séance annuelle publique

Les assemblées auront lieu à la salle N° 1 du module d'enseignement 1^{er} étage du pavillon Lahaise.

Pour tout renseignement concernant le Conseil d'administration, contactez M^{me} Carole Maynard au 251.4000 poste 4028.

Philosophie de gestion de l'établissement

Dans un esprit empreint d'**humanisme**, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine reconnaît la **primauté de l'utilisateur** qui, même affecté par sa maladie psychiatrique, est une personne à part entière possédant un potentiel mis à contribution dans le cadre d'une approche de soins basée sur le traitement, la réadaptation et la réhabilitation.

Dans ce même esprit, les ressources humaines agissent en vue d'assurer le développement de la psychiatrie, la valorisation de la **contribution significative de chacun**, la mise en œuvre des **meilleures pratiques** offertes en partenariat avec les divers intervenants professionnels et les autres organismes du milieu. L'hôpital favorise la diffusion du savoir par la formation, la recherche et l'enseignement.

Sommaire

- Les défis de l'agrément pour la direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC)
- Nomination de M^{me} Brigitte Laflamme
- Nomination de M^{me} Michelle Lévesque
- Départ de M^{me} Francine Simony
- Nouveaux résidents
- Conférence ouverte à tous
- Centre sportif
- Résultats du tirage du 5 juin 2001 de la Super Loto L.H.L.

Les défis de l'agrément pour la direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC)



Michel Desjardins, comme responsable au niveau de l'établissement de la gestion de la qualité et de la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé et Lise Labonté, comme coach des équipes Agrément-Qualité de la DSRHC ont été témoins d'une étape importante dans le processus de gestion de la qualité des soins et services à la DSRHC. Cet événement s'est tenu le 5 juillet dernier au comité de gestion de cette direction et comportait la présentation par les chefs d'équipe des résultats de l'autoévaluation des équipes de la DSRHC.

L'agrément, on le sait bien, requiert un grand investissement de temps et d'énergie qui vient s'ajouter à un horaire déjà bien chargé et des demandes multiples venant de plusieurs instances. Dans ce contexte, mobiliser les gens, former des équipes représentatives, compléter les autoévaluations, des plans d'action et enfin, procéder à la visite, sont des étapes qui en soi comportent des défis.

Si, au fil des rencontres, on réussit à s'approprier la démarche, y donner un sens, se reconnaître des forces, brosser l'état de nos services et cerner des priorités d'action, une inquiétude sous-jacente demeure: «Tout cet investissement va donner quoi?» C'est dans l'optique de ce grand défi, soit de créer un processus où le sens demeure et où l'action se poursuit, même après la visite du Conseil, que la DSRHC a cherché à s'engager dans l'exercice.

Une organisation en trois temps

La première étape a été l'engagement de la direction à s'impliquer activement dans la démarche. Ainsi, M. Leclerc, directeur des SRHC, a reconnu l'importance du processus, s'est intéressé à la constitution des équipes, a engagé le comité de direction dans la démarche, a rencontré les chefs d'équipe et a soutenu la motivation.

Pour procéder aux autoévaluations, quatre équipes ont été formées. L'équipe de direction de la DSRHC, s'est penchée à fond sur les normes 1 à 4 qui touchent plus l'organisation et la planification globale des services en lien avec l'Hôpital et les déterminants de la santé. Les trois équipes de service (Hébergement de groupe dirigée par

Marie Montpetit, Hébergement de type familial et spécialisé, dirigée par Lise Boies et Centres et Modules de réadaptation dirigée par Chantale Dubois) ont, pour leur part, complété leur autoévaluation des normes 5 à 17 qui traitaient des programmations cliniques et des prestations de services.

Chaque équipe a regroupé à la base des intervenants des différentes ressources et disciplines de leur service. En plus d'inclure divers partenaires et collaborateurs, les équipes ont tenu à impliquer les usagers. Leur participation s'est concrétisée sous différentes formes: comme membre du comité, membre représentant des résidents d'un type de ressource ou via des focus groupes. Au total, on estime que c'est plus de 100 personnes qui se sont impliquées directement ou indirectement pour répondre à la question: nos pratiques actuelles se conforment-elles à de hauts standards de qualité de services? Si oui, comment et si non, que peut-on améliorer?

Dans un deuxième temps, le comité de direction a transmis les résultats de son autoévaluation aux trois équipes. Le 5 juillet dernier, lors d'un comité de direction spécial Agrément / Qualité, nous avons assisté à cette présentation des autoévaluations avec les 3 chefs d'équipe et le comité de direction formé des trois gestionnaires, du chef de service de psychiatrie de réadaptation dans la communauté et du directeur.

Ces échanges ont permis de reconnaître quelques forces communes notamment: le réseau de ressources de réadaptation développé qui est varié et répond à divers niveaux de besoins et de fonctionnement, les principes et valeurs de la réadaptation psychosociale qui sont de plus en plus inclus dans la pratique et les liens avec les partenaires qui se solidifient. En termes d'améliorations, les

4 équipes ont identifié la nécessité d'impliquer plus activement les usagers dans la planification des services et de sonder plus à fond leur satisfaction face aux services et aux résultats de réadaptation. De plus, les 3 équipes services ont souligné parmi leurs priorités, vouloir mettre l'emphase sur les plans d'intervention.

À travers cet exercice, la troisième étape est entreprise: identifier des actions déjà en place qui sont en arrimage avec les orientations de la DSRHC et de l'Hôpital. Autrement dit, quelles sont les possibilités d'amélioration à prioriser permettant d'améliorer l'accès à des services de qualité ou assurant le développement de l'Hôpital ou enfin rehaussant la qualité de la gestion... Les objectifs annuels 2001-2002 sont déjà précisés mais le comité de direction de la DSRHC s'est engagé à y inclure les résultats visés d'améliorations dérivés de la démarche d'agrément et les inscrire dans les plans d'action de la direction et des services.

Cette partie du travail doit se faire à l'automne où il y aura partage et intégration des plans d'action. Si la forme que prendra l'action n'est pas encore précisée, les intentions sont claires: intégrer les éléments de qualité aux objectifs annuels, utiliser au maximum les comités déjà existants, unifier des énergies pour répondre à des préoccupations de même nature et inter-services, instaurer un suivi rigoureux à intervalles réguliers via le comité de direction et poursuivre les échanges avec les comités agrément-qualité.

Comme témoin de cette étape, nous avons pu constater un effet dynamisant pour soutenir les efforts déjà existants d'amélioration continue de la qualité des services. De plus, cela semble avoir permis aux membres des équipes d'avoir une meilleure connaissance de l'ensemble des services et des personnes œuvrant ou participant ou bénéficiant des services de la DSRHC: un exercice de communication toujours important dans notre monde de plus en plus complexe. ■

Michel Desjardins
adjoint au directeur général

Lise Labonté
agente de planification et de programmation, DSRHC