

# Les normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS)

La visite de notre milieu par le CCASS approche. Nos 23 équipes agrément-qualité ont terminé leur travail d'autoévaluation en fonction des normes du Conseil canadien et ont dû, pour se faire, «plancher» très fort. Mais au juste, quel sens devrait-on donner à ces normes et dans quelle perspective et comment devrait-on les utiliser ?

## La signification des normes et la perspective d'utilisation

Il est intéressant de considérer les différents sens attribués au mot norme. Ainsi, si on se réfère au *Petit Robert*, nous trouvons: état habituel, conformité à la règle établie; règle ou principe auquel se réfère tout jugement de valeur morale ou éthique; ou encore, règle fixant les conditions de réalisation d'une opération, de l'exécution d'un objet ou de l'élaboration d'un produit dont on veut vérifier l'emploi. Cette dernière définition nous renvoie à la production d'un bien ou d'un service de qualité.

Par ailleurs, la norme telle que vue par le CCASS décrit, par l'entremise des critères, les opérations nécessaires à la qualité mais vise surtout l'excellence du service rendu. Cette excellence est celle désirée par des spécialistes de la santé qui, tout comme nous, œuvrent dans des établissements et organismes de santé au Canada. Le CCASS définit une norme de la façon suivante:

*Règle écrite portant sur la façon de répondre à des exigences de base ou guide permettant d'atteindre l'excellence et donnant des indications sur ce que doivent être les services tant du point de vue du processus que de leur résultat. La norme doit présenter les caractéristiques suivantes: poursuivre un idéal, être réaliste, pouvoir être respectée, être acceptable, être compréhensible, être élaborée par des spécialistes du domaine, reposer sur des connaissances à jour, être formulée en des termes positifs, qualifier un niveau de rendement acceptable, se rapporter au domaine étudié et se prêter à l'évaluation.*

*La norme, en plus de poursuivre un idéal qui se veut réalisable, doit se prêter à l'évaluation notamment par l'entremise d'indicateurs souvent accolés aux critères.*

Les normes du CCASS comprennent donc des critères lesquels sont, en quelque sorte, l'opérationnalisation de la norme concernée. Il faut également noter que chaque critère de la norme réfère à l'une ou l'autre des dimensions de la qualité, à savoir:

- L'approche centrée sur le client;
- La réponse aux besoins;
- La compétence du milieu;
- Le milieu de travail.

Bien reconnaître d'ailleurs à quelle dimension de la qualité réfère un critère pour lequel l'évaluation est faible aidera à la définition et à la dé-

L'équipe assure la continuité entre les différentes composantes des services		
Composantes de la continuité	Intervenants dans le processus	Façons de faire présentes ou désirées
1. L'équipe discute régulièrement des progrès des patients	Membres de l'équipe et autres participants tels que la pastorale, les loisirs, l'ergothérapie, la psychologie (si non présent dans les équipes) et stagiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions d'équipe multidisciplinaire, d'équipe de soins infirmiers, etc.</li> <li>• Fréquence et stabilité des réunions: participation et assiduité des participants.</li> <li>• Réunion convoquée à l'avance.</li> <li>• Révision des progrès de chaque usager, prévision pour les situations urgentes, aucun cas oublié.</li> <li>• Surveillance des usagers durant les réunions.</li> <li>• Communication entre le personnel des quarts de travail: réunion, cahier de communication.</li> <li>• Notification au dossier de l'évolution de l'usager.</li> </ul>
2. L'équipe connaît les ressources et les options qui s'offrent aux clients	Membres de l'équipe et stagiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance des missions de chacun des services spécialisés de l'établissement tels que Hôpital de jour, clinique cognitive-comportementale, etc.</li> <li>• Connaissance des missions et critères des services tels qu'ergothérapie, loisirs, activités physiques, pastorale, etc.</li> <li>• Connaissance de nos services dans la communauté: centre de réadaptation, centre de jour, etc.</li> <li>• Connaissance des options en matière de santé: CHSLD, CLSC (protocole de partenariat)</li> <li>• Connaissance des ressources communautaires du secteur: bottin des ressources téléphoniques sur Word</li> </ul>
3. Le personnel de relève est informé des besoins et responsabilités à l'égard des patients	Membres de l'équipe et personnel de relève pour absence à court terme et à absence à long terme; très souvent, c'est le personnel infirmier qui est ciblé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information sur les principaux processus, information sur les modes de communication: réunions d'équipe, réunions de soins, cahier de communication.</li> <li>• Explication du plan de soins de sa discipline.</li> <li>• Suivi et support de son supérieur immédiat.</li> </ul>
4. Les liens des usagers avec d'autres organismes sont facilités	Intervenants le plus appropriés de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des liens avec aide-sociale, curateur public, la CSST, les avocats, l'ombudsman, l'employeur.</li> <li>• Ce que l'on fait pour rendre possible ces liens.</li> </ul>
5. L'information soit communiquée rapidement, de façon efficace et confidentielle tout au long du processus	Membres de l'équipe de soins et stagiaires et personnel des autres services concernés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect de la politique sur la confidentialité.</li> <li>• Assurance de sécurité lorsque transmission par FAX.</li> <li>• Autorisation de l'usager ou de son répondant légal (par ex.: curateur pour transmettre l'information).</li> <li>• Identification de l'information pour lequel une autorisation a été donnée, notification au dossier de l'usager.</li> </ul>

termination des indicateurs de rendement appropriés.

Deux remarques au passage: nos collègues français avec qui j'ai eu l'occasion de travailler en utilisant les normes et les méthodes canadiennes n'utilisent pas l'expression «norme» car cette dernière évoque chez eux, non pas l'idée de la recherche d'excellence, mais plutôt l'obligation de se

conformer à... sous peine de sanction. Ils utilisent alors l'expression «le référentiel». Ma seconde remarque vise à informer que le CCASS, suite aux différentes évaluations du programme MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation), aura réduit de 25 % le nombre de ses critères d'ici deux ans. L'autoévaluation sera certes plus stimulante parce que moins lourde à réali-

ser et fera ainsi davantage place à la réalisation des plans d'amélioration de la qualité par les équipes.

### L'utilisation des normes et critères

Comment utiliser ces normes et critères? Comment faire en sorte qu'ils assurent la qualité et nous orientent vers l'excellence?

À titre d'exemple, prenons pour l'équipe de prestation de soins et de services, la norme n° 13 qui veut que chaque équipe:

*«...fournisse des services de façon sécuritaire, efficiente et efficace.»*

Afin de bien exprimer le sens de cette norme et d'apprécier jusqu'à quel point nous faisons preuve d'excellence, elle est décortiquée en 9 critères portant sur:

1. Durée et fréquence des services;
2. Consignation au dossier des services rendus à l'utilisateur et résultats;
3. Mécanisme d'accueil des différents stagiaires;
4. Continuité entre les composantes des services;
5. Protection contre les accidents, blessures et infections;
6. Gestion sécuritaire des situations de crise;
7. Prévention et gestion des comportements violents ou agressifs;
8. L'utilisation de l'isolement-contention;
9. Processus relatif à la gestion des drogues licites ou illicites apportées par l'utilisateur.

Retenons pour cet exercice, le critère numéro 4 portant sur la continuité. *L'équipe assure la continuité entre les différentes composantes des services au fil du temps.*

Ce critère comporte des éléments qui donnent prise sur ce concept de continuité, non seulement pour permettre à une équipe de se préparer pour la visite d'agrément, mais à chaque fois où se vit des ruptures de continuité de soins et de services. Ces pistes sont simples, elles sont au cœur de notre travail:

- L'équipe discute régulièrement des progrès du patient;
- Le personnel connaît les ressources et les options en matière de services qui s'offrent aux clients;
- Les liens des clients avec d'autres organismes sont facilités, s'il y a lieu;
- Le personnel de relève est informé des responsabilités qui lui sont confiées et des besoins de chacun des clients;
- L'information est communiquée rapidement, de façon efficace et confidentielle tout au long du continuum;
- Les obstacles à la continuité des services sont identifiés et enlevés.  
(voir tableau à la page précédente)

Et enfin, vous noterez que la 6<sup>e</sup> piste n'est pas reprise dans le tableau; il s'agit de:

*« les obstacles à la continuité des services sont identifiés et enlevés ».*

Vous avez certainement remarqué que cette piste reprend en quelque sorte vos réponses soulevées par les pistes précédentes. Ce qui revient à dire quelles sont pour chacune des cinq pistes précédentes les défaillances ou « manque » que vous identifiez? Êtes-vous en mesure de solutionner ou de corriger ces lacunes immédiatement ou alors, quel plan d'amélioration de la Qualité l'équipe se donne-t-elle pour y parvenir? Le plan d'amélioration devrait alors nommer la défaillance que l'équipe entend corriger, identifier l'objectif

à poursuivre, prévoir les actions à poser, par qui et dans quel délai et identifier les indicateurs de résultats permettant de dire le degré d'atteinte de l'objectif et ainsi améliorer notre niveau de conformité à la norme pour se diriger vers l'excellence. ■

*Michel Demers*

pour le Comité planification-coordination Agrément (CPCA)

## Est-ce que la qualité demeure présente après la visite d'agrément?

Cette interrogation, espérons-le, va faire sursauter plusieurs d'entre vous et avec raison. Pourquoi aussi cette impression, exprimée par plusieurs, qu'après le rapport d'agrément, tout reste en plan? Jusqu'à la prochaine fois évidemment!

**Ouf!** En étant impliquées, depuis plusieurs mois dans l'ensemble de la démarche, nous nous sommes aperçues que le suivi de la qualité et des recommandations est beaucoup plus présent qu'on l'aurait cru.

Rappelons-nous de la visite de 1998 qui s'est déroulée après l'acceptation du plan de transformation. Des recommandations ont alors été formulées par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) avec comme toile de fond, le modèle traitement, réadaptation et réhabilitation, l'interdisciplinarité et le réseau.

Permettez-nous de vous rappeler tout le travail accompli par l'ensemble des intervenants de l'établissement au cours des trois dernières années. Voici des exemples de réalisations qui ont fait suite aux recommandations :

### En lien avec le TRR:

- Évaluation multidisciplinaire sur les besoins de la clientèle interne.
- Mise en place de l'équipe de soutien à l'évaluation (ergo, t.s., inf.) pour les besoins d'une partie de la clientèle interne et la clientèle vivant déjà en externe.
- Mise en place du Comité mouvement clientèle.
- Le Relais.
- Mise en place d'un mécanisme d'accès unifié au sein de la direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC).
- Groupe de travail sur les outils de coordination clinique: dépôt d'un rapport et d'un projet de formulaire.
- Nombre grandissant de plans d'intervention écrits et discutés avec les clients.

### En lien avec l'interdisciplinarité:

- Efforts de concertation interressources dans le but d'améliorer la coordination des soins et services.
- Comité aviseur sur l'interdisciplinarité.
- Forum.

- Cadre de référence.

### En lien avec le réseau:

- Établissement et consolidation de partenariat avec:
  - CLSC.
  - Bureau privé.
  - Organismes communautaires.
  - Centres de crise.
  - Établissements publics.
  - Services publics.
  - Participation aux tables de concertation (Régie régionale, conseil d'administration de divers organismes).

Depuis les 3 dernières années, la notion d'indicateur est de plus en plus présente dans notre discours. À cet effet, le développement de tableaux de bord, tant pour le CA que pour les différents points de services s'inscrivent dans la pratique et le suivi de l'efficacité et de la qualité. De plus, de nombreux questionnaires de satisfaction de la clientèle ont été développés et les renseignements recueillis ont influencé les programmations cliniques. En 1999, 16 nouveaux membres sont élus au CA pour un premier mandat. Un programme de formation sur les caractéristiques, les besoins, les droits et les options de traitement des usagers leur a été offert.

Enfin, une des dimensions importantes de la qualité est l'implication des clients dans la prise de décision et les processus qui les concernent.

À cet égard, ils sont de plus en plus impliqués dans l'élaboration de leur plan d'intervention. On note aussi un accroissement du type et du nombre de comités et de regroupements au sein desquels ils peuvent assumer divers rôles.

Deux motivées, mais essouffées, du CPCA! ■

*Danielle Dallaire & Lise Labonté*