Hôpital Louis-H. Lafontaine

AFFILIÉ À Université de Montréal

Suite à trois visites du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) depuis 1995, comment assurer la pérennité des équipes Qualité-Agrément (ÉQA)?

Résumé

Lors des visites de 1995 et 1998 du CCASS, les équipes agrément ont réalisé l'autoévaluation de leurs services et se sont dissoutes après la visite, à l'exception des équipes de soutien. Les recommandations du CCASS étaient réalisées dans l'année précédent la visite subséquente.

Une hypothèse de travail a guidé ce projet qui a été réalisé en deux temps.

Avant la visite du CCASS (déc. 2001) nous avons identifié, avec les « coaches » des ÉQA, les causes rendant difficile la pérennité de celles-ci et avons mis en place des activités de communication, d'information et de soutien aux équipes.

Après la visite du CCASS, des rencontres de la Direction avec chacune des équipes ont eu lieu, un observateur externe a fait le point sur notre système de gestion de la qualité et nous avons fait l'état des lieux de la démarche qualité à l'aide du questionnaire du *Mouvement Français pour la Qualité* (MFQ) adapté aux établissement de santé. Deux groupes de recommandations ont été mis en commun puis les recommandations ont été priorisées en terme de pertinence et d'utilité.

1. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Hôpital psychiatrique (1873)

A. Missions:
- Traitement-réadaptation
- Enseignement-recherche

B. Clientèle:
- Adultes francophones de l'est de l'île
- Services surspécialisés au Québec

C. Services:
- Cliniques des territoires et spécialisées
- Hôpital de jour, service d'urgence
- 625 lits d'hospitalisation
- 190 ressources dans la communauté; 1300 places
- Suivi intensif dans le milieu
- Centre de recherche Fernand-Seguin

D. Ressources:
- 2780 employés
- 116 médecins
- 119 M$

Dix dernières années
- Plusieurs changements à la direction générale
- Trois plans d'organisation
- Pressions budgétaires
- Plan de transformation:
  - plus de services dans la communauté
  - fermeture de 1340 lits
  - développement de ressources externes
  - modèles de références
- Supplantations
- Deux vagues de départ à la retraite (565 personnes)
- Projet d'institut universitaire

2. PROBLÉMATIQUE

Les constats:

- Dissolution des équipes après la visite
- Recommandations et plans d'amélioration différés à la 3e année
- Peu ou pas de suivi post-agrément exercé auprès des équipes par la direction, principalement en 1998
- Engagement ou image; les plans laissés en plan
- Mire a nécessité beaucoup d'énergie

Les acteurs

Comité du CA
↓ 21 ↑
Comité de gestion
↓ 6 ↑
Comité coordination/agrément
↓ 9 ↑
Chefs d'équipe
↓ 23 ↑
Équipiers
253

3. COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

AVANT LA VISITE DU CCASS

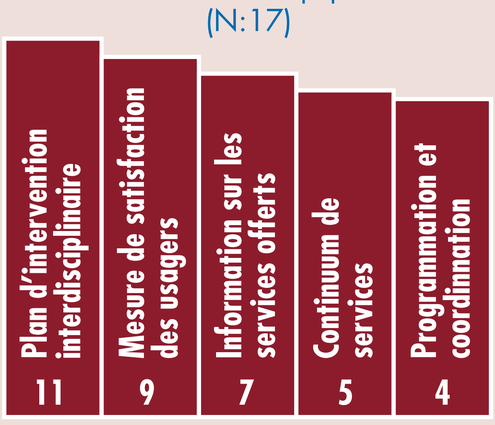
Méthodologie: brainstorming des causes, diagramme des affinités
Source: Membres du CPCA

Trois groupes de causes
- Peu d'engagement de la direction
- Manque de reconnaissance à l'égard des EAQ
- Besoin de soutien et outils de travail

APRÈS LA VISITE DU CCASS

Analyse des plans d'amélioration

Équipes Qualité-Agrément
Intérêts des équipes
(N:17)



Étude des recommandations
Observateur externe et questionnaire M.F.Q.

- Difficultés appréhendées par les ÉQA
- Points forts de la démarche qualité institutionnelle
- Points à améliorer selon l'observateur externe et selon le M.F.Q.
- Mise en commun des 21 recommandations, priorisation et classement selon les dimensions organisationnelles.

4. PRINCIPALES STRATÉGIES D'ACTION

CAUSES

Leadership et communication D.G.	Information	Soutien
• Intervention du CPCA • Rencontres des chefs d'équipe Qualité-Agrément (ÉQA) • Rencontres des employées • Rôle modèle et attentes du DG • Parrainage par les directeurs • Objectif annuel de l'établissement	• Journal Information • Dîner-échanges des chefs d'équipe • Affiches • Lettre de remerciements aux équipes A.Q. • Planification d'une journée de reconnaissance	• Développement des « coaches » • Soutien des « coaches » aux ÉQA • Disponibilité de secrétariat • Intervention de déblocage (A.DG) • BAQ personnalisé • Planification de rencontre des ÉQA

ÉQUIPES QUALITÉ-AGRÉMENT

Prise en compte

- Adéquation des intérêts des équipes avec ceux de l'établissement
- Disponibilité du plan d'intervention interdisciplinaire et formation (septembre)
- Demande d'un budget pour questionnaire de satisfaction
- Appui à la révision de la programmation

OBSERVATIONS — M.F.Q.

Recommandations au Comité de gestion

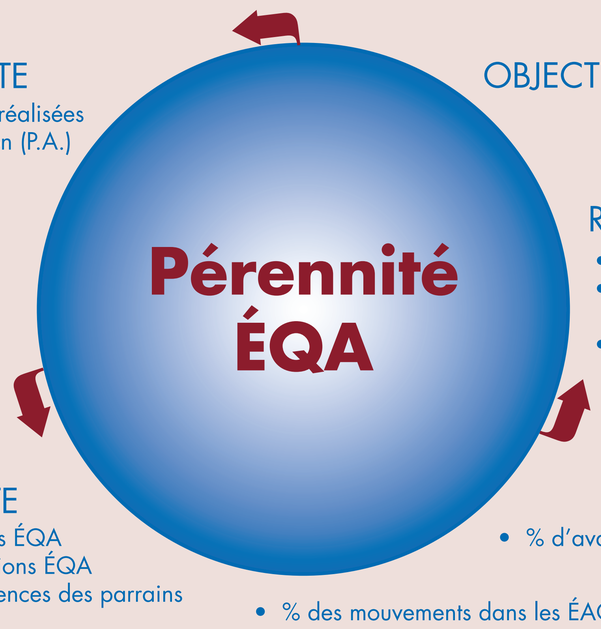
Plan stratégique
- Politique qualité
- Structure qualité permanente
- Programmes clientèles
- Levier: mesure d'adhésion du personnel

Plan structurel
- Poste de responsable qualité
- Budget de remplacement
- Budget pour questionnaire de mesure de satisfaction des usagers

Plan technique
- Consolidation des équipes
- Stratégie de formation

Plan culturel
- Compréhension partagée
- Cadre de référence
- Reconnaissance

5. INDICATEURS DE RÉSULTAT



AVANT LA VISITE
- N. auto-évaluation réalisées
- N. de plans d'action (P.A.) élaborés
- % actions réalisées

OBJECTIF-HÔPITAL
- % d'avancement des P.A. des équipes

RECOMMANDATIONS
- Actions réalisées: libérations
- Plan d'action des recommandations
- N. recommandations réalisées

APRÈS LA VISITE
- indice des N.C. des ÉQA
- fréquence des réunions ÉQA
- fréquence des présences des parrains
- % des mouvements dans les ÉAQ

Conclusion

Les actions agissant sur les causes rendant difficiles la pérennité des ÉQA ont été réalisées. Parmi celles-ci, nous observons que les mesures ayant trait au leadership de la direction générale ainsi qu'au parrainage des ÉQA ont influencé positivement la perception des équipiers quant à l'importance accordée à la visite du CCASS.

Après la visite, nous notons que les ÉQA ont un niveau de confiance moyen (N.C.) de 3,8/5 quant à la réalisation de leurs plans d'amélioration. Ce qui s'inscrit dans la trajectoire de pérennité de ces équipes.

Prenant pour acquis qu'on investit plus facilement « ce qui nous intéresse », il est à propos de constater la concordance entre les intérêts des ÉQA et les priorités de l'établissement.

Des recommandations sont adressées au Comité de gestion et déjà leur réception s'annonce positive (études en cours d'un poste responsable qualité, budget de remplacement des équipiers). Ultimement, ces recommandations conduisent vers l'atteinte d'un objectif-hôpital 2002-03: Développer un processus permanent d'amélioration de la qualité et assurer le soutien aux équipes Qualité-Agrément.

Des indicateurs de résultat permettront de suivre l'évolution du projet.