

*Université de Montréal  
École nationale de santé publique de Rennes  
Université de technologie de Compiègne*

Diplôme d'études supérieures spécialisées en qualité, évaluation, organisation et performance dans les établissements de santé (QUÉOPS)

## ***Projet d'intégration***

***Comment assurer la pérennité des équipes qualité- agrément suite à trois visites du Conseil Canadien d'agrément des Services de Santé à l'Hôpital Louis H Lafontaine ?***

***Travail présenté au  
Dr Jules Martin***

***Par  
Michel Demers***

***Juillet 2002***

### ***Remerciements***

Des remerciements s'adressent à M. André Lemieux, directeur général de l'établissement, qui a fait preuve d'ouverture à l'égard d'un tel projet et qui a su entendre positivement les critiques du milieu. Des remerciements également à M. Michel Desjardins, adjoint au directeur général, dont l'intérêt pour la qualité des soins et des services a été constant tout au long du projet, qui a su animer brillamment notre Comité de planification-coordination agrément et avec lequel j'ai eu plaisir à discuter.

Les membres de ce comité méritent d'ailleurs toute ma gratitude pour leur conviction quant à la nécessité et à l'importance de la qualité dans nos soins et services, pour l'à propos de nos échanges, leur disponibilité auprès des équipes qualité-agrément, leur capacité à nous véhiculer les préoccupations, les succès et les difficultés de ces équipes de manière à ce que nous puissions en tenir compte dans cette idée de les rendre « viables et permanentes ».

Enfin, des mercis bien sincères à ce généreux collègue qu'est le Dr Jules Martin. Sa facilité à saisir rapidement mes préoccupations personnelles et les enjeux organisationnels d'un tel projet, puis de les refléter avec son sourire à la fois complice et rassurant, a été précieuse. Sa capacité à faire faire les liens entre la théorie et les pratiques que nous retrouvons dans les milieux de santé l'a été tout autant. Il a été un superviseur disponible, attentif, présent...une personne sur qui on peut compter !

## SOMMAIRE

Lors des dernières visites du Conseil d'Agrément des Services de Santé (CCASS), les équipes d'agrément ont procédé à l'auto évaluation de leurs activités et ont reçu les visiteurs. À l'exception des équipes de soutien, nous observons qu'elles se sont démobilisées et que les recommandations du CCASS n'ont été réalisées que dans l'année précédant la prochaine visite.

Les enjeux et la problématique liés à cette situation ont été identifiés et le projet mis en œuvre vise à assurer la pérennité des équipes agrément. Une hypothèse de travail a guidé le projet. Ainsi, avant la visite, nous avons identifié les causes rendant difficile la pérennité des équipes qualité-agrément et mis en place une stratégie axée sur la communication. Puis après la visite, le point a été fait sur l'état institutionnel de la démarche qualité par l'entremise de rencontres des équipes qualité-agrément par la direction, l'analyse des plans d'amélioration proposés par les équipes et la complétion d'un questionnaire sur la démarche qualité de l'établissement. Des recommandations prioritaires et ordonnancées selon les différents aspects organisationnels sont adressées au Comité de gestion de l'établissement.

Des indicateurs de résultats ont été identifiés afin de permettre de suivre l'évolution du projet et d'apprécier la pérennité des équipes qualité-agrément.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction</b> .....	8
<b>Chapitre premier - Le contexte : l'hôpital Louis H. Lafontaine</b> .....	10
1.1. Présentation de l'établissement	
1.2. Dix années de changement	
1.3. Une planification stratégique 2002-2007	
<b>Chapitre II - La problématique</b> .....	16
2.1. L'évolution des programmes du CCASS	
2.2. Les principaux acteurs qualité ou le périmètre d'intervention	
2.3. Les constats et les enjeux	
2.4. Le problème	
<b>Chapitre III – Le projet</b> .....	25
3.1. Justification et limites du projet	
3.2. L'analyse des risques	
3.3. Une hypothèse de travail	
<b>Chapitre IV – Littérature pertinente</b> .....	30
4.1. Qualité et services	
4.2. Amélioration continue de la qualité et CCASS	
4.3. Des conditions facilitantes	
4.4. Et comment apprécier l'implantation de l'amélioration continue de la qualité	
<b>Chapitre V – Mise en œuvre du projet</b> .....	39
5.1. Définition des termes	
5.2. Méthodologie	
5.2.1. Des préalables	
5.2.2. Les phases du projet	
5.3. Recueil et analyse des données, stratégies d'action	
5.3.1. Avant la visite du CCASS (Juin-Déc. 2001)	
a) Identification des causes rendant difficile la pérennité des équipes qualité-agrément	
b) Stratégie d'action	
5.3.2. Après la visite du CCASS (Janv.-Juillet 2002)	
a) Les activités de soutien aux EQA	
b) L'état des lieux de la démarche qualité et recommandations	
c) Mesures d'amélioration du programme de gestion de la qualité	
5.4. Les indicateurs de résultats	

<b>Chapitre VI - Discussion.....</b>	<b>62</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>66</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>68</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>70</b>

## Liste des figures et tableaux

**Tableau 1.** Les principaux acteurs de la qualité en Juin 2001.

**Tableau 2.** Cohérence entre les différents référentiels qualité.

**Tableau 3.** Regroupement des causes selon leurs affinités.

**Tableau 4.** Stratégie d'action axée sur les causes rendant difficile la pérennité des EQA

**Tableau 5.** Activités du CPCA après la visite du CCASS.

**Tableau 6.** Analyse des plans d'amélioration des EQA des soins et services.

**Figure 1.** Organismes et systèmes internes et externes concourant à la gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux selon Patrice et Rhéaume.

**Figure 2.** Roue de Deming.

**Figure 3.** Positionnement d'activités de gestion de la qualité ayant cours dans l'établissement.

## Liste des abréviations

<b>AFNOR</b>	Association française de normalisation
<b>CCASS</b>	Conseil Canadien d'agrément des services de santé
<b>CII</b>	Conseil des infirmières et infirmiers
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CM</b>	Conseil multidisciplinaire
<b>CMDP</b>	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
<b>CQA</b>	Conseil Québécois d'agrément
<b>CU</b>	Comité des usagers
<b>EQA</b>	Équipe qualité-agrément
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>MQQ</b>	Mouvement québécois pour la qualité
<b>EFQM</b>	European Foundation for Quality Management
<b>PQS</b>	Programme qualité par service
<b>PQT</b>	Programme qualité transversal
<b>ACQ</b>	Amélioration continue de la qualité
<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
<b>QI</b>	Quality Improvement
<b>HLHL</b>	Hôpital Louis H. Lafontaine
<b>CA</b>	Conseil d'administration
<b>MFQ</b>	Mouvement français pour la qualité
<b>MBF</b>	Malcolm Baldrige Foundation

## INTRODUCTION

Le concept qualité a énormément évolué au cours des dernières années. Nous sommes passés du contrôle qualité, auquel s'est ajoutée l'assurance qualité puis la gestion de la qualité, à la qualité totale pour certains et pour d'autres, à l'amélioration continue de la qualité.

La relation client-fournisseur est à la base de ces deux derniers courants et la qualité est définie comme l'aptitude d'une organisation à répondre aux attentes et aux besoins des usagers et même à les anticiper.

Le Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (CCASS) a également adapté ses programmes à ces nouvelles tendances. Ainsi, en 1995, l'organisme passait d'un programme d'agrément basé sur la conformité à des normes par direction (silo) à un programme présentant une approche centrée sur le client puis en 2000, adoptait le programme MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation) résolument tourné sur les besoins des clients, des partenaires et de la communauté et ce, tout en introduisant et en favorisant dans les établissements de santé, l'amélioration continue de la qualité.

Ce projet d'intégration postule l'importance des équipes qualité-agrément pour l'amélioration continue de la qualité des soins et services et vise, à partir des réalités mêmes de l'établissement, à rendre pérennes ces équipes par la mise en place de stratégies d'action. D'ailleurs, si un tel projet avait eu cours dans le cadre d'une recherche, cette dernière serait sans doute du type recherche-action tellement ce projet a dû également s'adapter aux réalités organisationnelles présentement en mouvance; peut-on alors parler d'un projet intégration-action ?

De façon générale, ce projet sera traité de la façon suivante. En premier lieu, nous présenterons le contexte dans lequel il se déroule et nous préciserons la problématique qui nous préoccupe. Puis, nous relèverons les éléments de littérature susceptibles de nous

guider dans sa réalisation, à savoir, comment assurer la pérennité des équipes qualité-agrément. Nous adopterons une stratégie d'action basée sur la communication avant la visite du CCASS et après la visite de celui-ci, nous nous positionnerons par rapport à l'état des lieux de la qualité dans l'établissement. Enfin des indicateurs de résultat quant à la pérennité des équipes qualité-agrément seront définis.

## CHAPITRE PREMIER

### Le contexte : l'hôpital Louis H. Lafontaine

Dans ce chapitre, nous désirons faire part du contexte dans lequel se déroule le présent projet. Cette présentation témoigne également de la détermination des dirigeants, du personnel et des médecins à maintenir des standards de qualité et ce, tout en réalisant dans le milieu des transformations majeures qui ont une incidence importante sur la qualité des soins et services.

#### 1.1. Présentation de l'établissement.

Le projet se déroule à l'hôpital Louis H. Lafontaine. Fondé en 1873, cet établissement psychiatrique, alors l'Hôpital St-Jean de Dieu, est situé dans l'est de l'île de Montréal. Jusque dans les années 70, il desservait la clientèle adulte et francophone de Montréal et sa région. Celle-ci s'est précisée davantage avec la création de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et la sectorisation. Aujourd'hui, l'hôpital dessert quelque 275,000 personnes sises sur six territoires de Centres Locaux de Santé Communautaire (CLSC) et offre pour la région concernée ainsi que pour le Québec des soins surspécialisés.

Depuis sa fondation, la philosophie générale a évolué en trois phases :

- Phase asilaire (1873-1960) : modèle religieux et familial axé sur la garde des personnes souffrant de troubles mentaux.
- Phase humaniste (1960-1990) : modèle basé sur une approche thérapeutique individuelle avec traitement de courte et longue durée.
- Phase réadaptative (depuis 1990) : modèle de traitement-réadaptation-réhabilitation basé sur une approche bio-psycho-sociale.

Ces dernières années, l'hôpital a connu un important plan de transformation à la fois influencé, d'une part, par la nécessité d'une réponse moderne aux besoins des personnes

atteintes de troubles mentaux et d'autre part, par des impératifs d'ordre financier. Les principes directeurs qui ont guidé cette transformation sont les suivants :

- Offrir une réponse de qualité, efficace et adaptée aux besoins des patients et à leur potentiel.
- Reconnaître et valoriser la contribution du milieu naturel dans le traitement des personnes atteintes de maladies mentales en plus de considérer l'importance d'y effectuer, dans la mesure du possible, l'ensemble des actions thérapeutiques.
- S'assurer de la pertinence d'utilisation du milieu intra hospitalier.
- Agir dans le cadre d'un réel réseau intégré de services et de soins en misant sur la continuité et la complémentarité.

Dans ce contexte, la mission actuelle de l'établissement comporte principalement quatre volets et est présentement en révision dans le cadre du projet de devenir un Institut Universitaire de Santé Mentale. Il s'agit des missions *de traitement et de réadaptation, d'hébergement dans la communauté, d'enseignement* et de *recherche*. Afin de réaliser ses missions de ***traitement-réadaptation-réhabilitation et d'hébergement dans la communauté***, l'établissement dispose des ressources suivantes :

- **Des lits d'hospitalisation :**

7 unités de traitement intensifs dont :

4 unités de traitement des territoires	<u>96 lits</u>
1 unité de traitement intensif en géro-psycho-geriatrie	<u>25 lits</u>
1 unité de soins intensifs	<u>15 lits</u>
1 unité d'intervention brève	<u>10 lits</u>

17 unités de réadaptation dont :

9 unités en psychiatrie tertiaire	<u>235 lits</u>
3 unités en géro-psycho-geriatrie	<u>95 lits</u>
4 unités en psychiatrie-déficience intellectuelle	<u>109 lits</u>
1 unité médico-chirurgicale	<u>29 lits</u>

**Total**      **614 lits**

Service de psychiatrie des urgences      12 civières

- **Des équipes de secteur :**  
7 cliniques externes implantées dans les six territoires de CLSC  
2 équipes surspécialisées (jeunes adultes et géro-psycho-geriatrie).
- **Hôpital de jour :**  
60 places
- **Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) :**  
30 intervenants
- **Des cliniques spécialisées :**
  - Clinique d'électro-convulsivo-thérapie
  - Clinique cognitivo-comportementale
  - Clinique de bioéthique
  - Clinique de psychopharmacologie
  - Clinique des patients en CHSLD (Centre d'hébergement et de soins de longue durée)
- **Des ressources de réadaptation et d'hébergement :**
  - 190 ressources (pavillons, foyers de groupes, résidences familiales, résidences en géro-psycho-geriatrie, appartements supervisés et satellites accueillant au-delà de 1300 personnes.
  - Centres et modules de réadaptation accueillant 611 personnes.

La mission ***d'enseignement*** se réalise par l'affiliation de l'établissement à l'Université de Montréal (Facultés de médecine, de sciences infirmières, de pharmacie, de psychologie, d'ergothérapie, etc.) et les contrats de services avec les établissements d'enseignement du réseau collégial. En 2000-2001 l'hôpital a offert plus de 106,000 heures de stage dans les différentes disciplines de la santé.

Quant à la mission de ***recherche***, celle-ci s'actualise principalement autour des axes de recherche suivants :

- Neurobiologie fondamentale

- Neurobiologie humaine
- Recherche clinique
- Psychiatrie sociale et recherche sur les services

Cette mission prend vie par le travail de 20 chercheurs et quelque 115 étudiants des 2ièmes et 3ièmes cycles et du post-doctorat, ainsi que par la reconnaissance du Centre de recherche Fernand Seguin par le Fonds de Recherche en Santé du Québec.

Sous la gouverne du Conseil d'administration, la direction de l'établissement est assumée par une Direction générale de qui relèvent la direction des soins infirmiers, la direction des services professionnels, la direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, la direction des ressources humaines et services administratifs. L'établissement mise sur un personnel composé de 2780 employés, 70 gestionnaires, et 116 médecins, dont 69 psychiatres. Le budget annuel 2001-2002 est de 119 M\$ pour les soins et l'enseignement et de 3,5 M\$ en recherche.

L'organigramme qu'on retrouve en annexe I situe les différentes directions ainsi que leurs champs d'action et les principaux conseils de l'établissement relevant du Conseil d'administration :

- **CMDP** : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- **CM** : Conseil multidisciplinaire
- **CII** : Conseil des Infirmières et Infirmiers
- **CU** : Comité des usagers

## **1.2. Dix années de changement**

Au cours des dix dernières années, l'établissement a fait l'objet de plusieurs changements organisationnels qui ont modifié sa trajectoire. Plusieurs d'entre eux ont été influencé par des exigences économiques lesquelles, sont devenues bien souvent des opportunités au développement d'une réponse davantage adaptée aux besoins des usagers.

Sous une forme synthétique, voici les principaux changements survenus dans le milieu :

- Un important conflit médico-administratif en 1990 qui se conclura par la mise en tutelle de l'établissement et des changements à la direction générale de l'établissement.
- Une direction générale assumée par quatre personnes différentes au cours de ces années.
- La fin des programmes clientèles en 1993 et le retour à une structure organisationnelle de type traditionnelle.
- Des changements structuraux majeurs qui ont nécessité trois plans d'organisation.
- Le départ en 1997 de l'adjointe au directeur général ayant initié le programme qualité et son remplacement qui n'aura lieu qu'en janvier 1999.
- Le début de la transformation de l'établissement en 1991 et consolidée par un plan de transformation en 1997.
- Durant ces années, le nombre d'usagers hospitalisés est passé de 1992 en 1990 à 614 présentement et le nombre d'unités de soins, de 42 à 22.
- Afin d'assurer des soins et services accessibles et adéquats, différentes formes d'intégration des services ont été réalisées par les développements suivants : un hôpital de jour de 60 places, un centre de crise et d'intervention dans la communauté (l'Appoint), une aire de débordement de l'urgence et de nombreuses ressources dans la communauté telles des résidences de réadaptation et de réinsertion, des appartements regroupés et supervisés, un modèle de suivi intensif dans la communauté à l'intention des personnes présentant des troubles sévères et persistants et une ligne Info santé mentale disponible 7 jours par semaine, 24 heures durant..
- De multiples supplantations du personnel consécutives à la fermeture de ces 20 unités de soins, conjuguées à deux importants programmes de départ à la retraite, l'un en 1996 de 225 personnes et l'autre, en 1997 de 340 personnes. Ces déplacements et départs ont déstabilisé la majorité des équipes soignantes.

### **1.3 Une planification stratégique 2002-2007.**

Nonobstant tous ces changements, l'établissement entreprenait récemment de modifier à nouveau sa trajectoire afin de mieux répondre à des problèmes de santé mentale de plus

en plus complexes notamment par une réelle synergie et un enrichissement mutuel entre les soins et les traitements, la recherche et l'enseignement, et ce, tout en prenant en compte les technologies dont les nouvelles molécules de la pharmacopée psychiatrique, le travail en réseau et l'interdisciplinarité. Il a adopté en juin dernier une planification stratégique intitulée « Un établissement universitaire dédié à la santé mentale au service de la personne et de la communauté ».

Là encore, la trame de fond de cette planification stratégique est l'accessibilité des soins et services ainsi que l'intégration de ceux-ci par l'entremise de l'interdisciplinarité, le fonctionnement en réseau et l'amélioration continue de la qualité.

## CHAPITRE II

### La problématique

Afin de bien situer le problème lié à ce projet, nous présenterons les programmes du CCASS pour ensuite dégager les constats suite aux visites du Conseil depuis 1995.

#### 2.1. L'évolution des programmes du CCASS

Les récents programmes du CCASS sont élaborés sur une période de trois ans.

L'établissement doit alors :

1. Se préparer à une visite d'experts du CCASS
2. Effectuer son auto évaluation
3. Planifier et tenir la visite
4. Utiliser le rapport
5. Apporter des améliorations continues

À ce stade, il importe de souligner l'importance de l'auto évaluation que doit réaliser l'établissement.

Lors de l'adhésion de l'établissement au Conseil Canadien en 1995, l'auto évaluation était alors réalisée en fonction de normes déterminées par direction et service tels que le service de psychologie, le service des soins infirmiers, les archives, etc. L'auto évaluation correspondait alors à la structure organisationnelle d'un hôpital de type traditionnel et était alors réalisée de façon unidisciplinaire.

En 1998, le CCASS modifiait son programme d'agrément. Il s'orientait alors résolument vers une approche centrée sur le client par l'entremise de l'étude des divers processus auxquels étaient accolés des normes de conformité pour différents secteurs :

- \_ Élaboration des orientations stratégiques
- \_ Mise en œuvre des orientations stratégiques
- \_ Gestion des ressources humaines
- \_ Gestion de l'information
- \_ Prestation des soins et des services

La section des normes « Prestation de Soins et de Services » est complétée pour chacun des types de soins dispensés par l'établissement. Les normes de conformité visent à apprécier l'aptitude de l'établissement à répondre aux besoins des usagers tout au long de l'épisode de soins : examens et test préalables à l'hospitalisation, admission et accueil à l'unité de soins, identification des besoins et évaluation diagnostique, consentement aux soins et confidentialité, planification des soins et services, mise en œuvre des interventions et évaluation, enseignement au patient, tenue de dossier, continuité et suivi post-hospitalisation. Il introduit également la notion d'indicateurs de résultats.

Cette approche centrée sur le client oblige l'établissement à créer pour chaque secteur de normes une équipe d'auto évaluation différente de celle que l'on retrouve dans une structure traditionnelle. Elle n'est plus « en silo » mais transversale aux différentes directions de l'établissement, elle ne relève plus d'une seule direction mais comprend des membres de différentes directions et de différentes disciplines : soins infirmiers, psychiatrie, médecine, travail social, psychologie, éducation spécialisée, diététique etc. Elle met également en présence cadres et syndiqués, professionnels et non professionnels et inclus également des usagers et des partenaires.

La création de telles équipes nécessaires à l'auto évaluation commande beaucoup d'énergie, d'autant plus que la chimie entre ces personnes s'installe progressivement. Chaque équipe doit également s'efforcer de comprendre chacune des normes, de visualiser chaque processus et s'entendre sur la cotation à attribuer.

Puisque ces équipes avaient procédé tant à l'identification des points forts que des points faibles, il était logique que ce soient elles qui réalisent les améliorations qualité nécessaires. Ce ne fut pas le cas, à l'exception des équipes de soutien : gestion des ressources humaines, gestion de l'information, gestion de l'environnement. Est-ce dû à la place occupée par les transformations majeures vécues par l'établissement, le peu de suivi post-visite accordé à ces équipes par la direction, est-ce lié à l'aspect virtuel de ces équipes par rapport à la structure organisationnelle de l'établissement ?

En 2000, le CCASS poursuivait à nouveau la révision de son programme et adoptait le programme d'agrément MIRE : Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation.

Ce nouveau programme conserve les secteurs de normes de 1998 sauf qu'il fusionne les secteurs Élaboration des orientations stratégiques et Mise en œuvre en un secteur, celui du Leadership et Partenariat. Mais surtout, il définit la qualité par l'entremise de quatre dimensions et leurs composantes, par une approche fondée non seulement sur les besoins et attentes des clients mais aussi sur la santé de la population, sur l'utilisation d'indicateurs de résultats<sup>1</sup> et introduit dans l'établissement qui adhère à ce programme « l'amélioration continue de la qualité ».

Nous avons dû, pour réaliser l'auto évaluation, créer à nouveau des équipes pour les différents secteurs de soins et services. Dû à l'avènement de ces nouvelles équipes, aux multiples changements et à la nouveauté du programme MIRE et ses nombreux critères, les membres de ces équipes interdisciplinaires et transversales ont mis beaucoup d'énergie à comprendre et à compléter l'auto évaluation, sans omettre les efforts qu'ils ont dû déployer au cours de l'année précédant la visite du CCASS pour donner suite aux recommandations de 1998.

L'approche basée sur la santé de la population qui s'exprime par les normes 1 à 4 du secteur de *prestation de soins et services* a également posé des difficultés de compréhension et des résistances de la part des équipes. Faut-il rappeler que ces normes réfèrent à l'aptitude de l'organisation à anticiper les besoins et les attentes de la communauté et oblige l'hôpital, ses médecins et son personnel à dépasser le « care and cure » pour s'intéresser aux besoins de la population, à connaître l'impact des déterminants de la santé notamment en santé mentale en ce qui nous concerne, à anticiper ces besoins de manière à informer, prévenir et être proactifs. En somme, délaisser son hospitalo-centrisme !

---

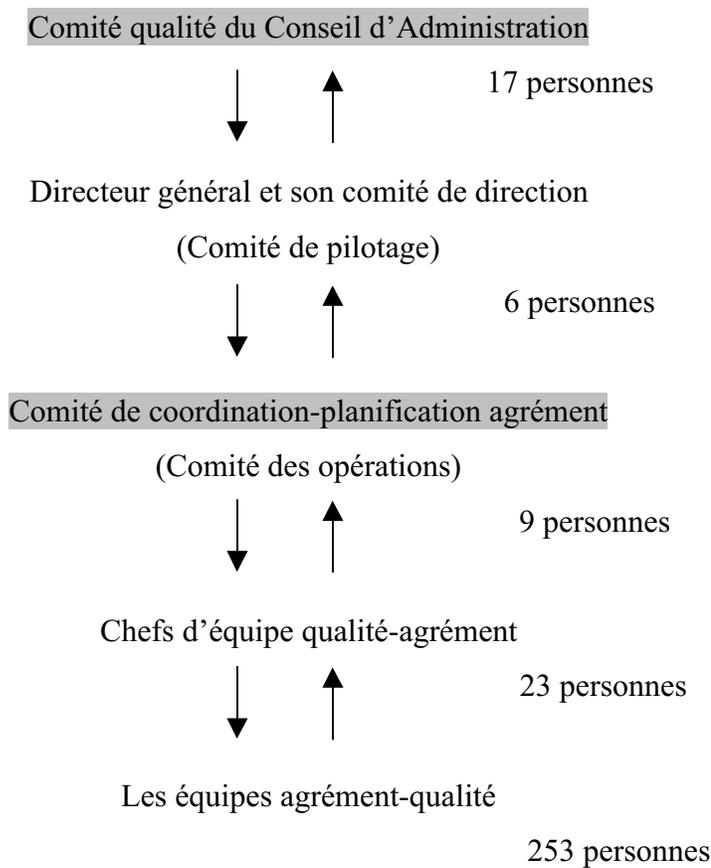
<sup>1</sup> Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé. « Fondements du Programme MIRE ». Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation. Ottawa, 2001, p.2.

## 2.2. Les principaux acteurs qualité ou le périmètre d'intervention.

Les principaux acteurs de la qualité dans le milieu sont illustrés par le tableau qui suit :

**Tableau 1**

**Les principaux acteurs qualité en Juin 2001**



N.B. Les parties ombragées visent à attirer l'attention sur deux comités au sujet desquels nous aurons l'occasion de discuter.

Le Comité qualité relève du Conseil d'administration. Il est présidé par un membre du conseil d'administration et comprend quelque 17 membres dont le directeur général, son adjoint et les directeurs, des représentants du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du Conseil des infirmières et infirmiers, du Conseil multidisciplinaire, du comité des usagers, et des chefs de département de psychiatrie et de médecine.

Ce comité avait d'ailleurs adopté en 1997 une politique de la gestion de la qualité <sup>2</sup> et représentait au début de ce projet un appui intéressant. Il a principalement comme mandat de recommander au conseil d'administration les orientations et les priorités qualité, de recevoir les rapports qualité des différents comités et de s'assurer de l'application des recommandations du CCASS. Toutefois, ce comité fut aboli en Janvier 2002 par le Conseil d'administration afin d'accroître les responsabilités de chacun de ses membres en matière de prise de décision et d'implication au profit de quatre comités dont chacun d'eux devant traiter des aspects de la qualité le concernant. Il s'agit des comités suivants : Comité des ressources financières et matérielles, Comité des ressources humaines et de l'enseignement, Comité des soins et services à la clientèle, Comité d'éthique et de la recherche.

La qualité étant un tout, comment celle-ci peut-être traitée de façon morcelée par l'un ou l'autre des comités ci-haut mentionnés ? Nous reviendrons sur ce sujet à la phase deux du projet, soit après la visite du CCASS dans l'établissement.

Le comité de gestion est composé du directeur général, de son adjoint et du chef de département de psychiatrie. Il s'agit d'un comité de pilotage qui oriente et approuve les activités du Comité de coordination-planification agrément. (CPCA).

Le Comité de coordination-planification agrément est le comité pivot de la présente structure. Ce comité propose au comité de gestion les équipes à mettre sur pied et offre à celles-ci soutien, coaching, formation et liaison avec la direction générale. Il est centré sur les opérations. Présidé par l'adjoint au directeur général, il est composé de médecins et de gestionnaires oeuvrant dans la sphère des soins et des services ainsi qu'au niveau de la gestion de l'environnement, de l'information et des ressources humaines. L'auteur est membre de ce comité lequel comprend 9 personnes.

---

<sup>2</sup> H.L.H.L. Politique de gestion de la qualité. Manuel des politiques et procédures. (D.G.), Janvier 1997.

Les chefs d'équipe qualité-agrément sont au nombre de 23. Parmi eux, des professionnels de la santé, des gestionnaires et un médecin. Ils ont la responsabilité d'assurer la réalisation de l'auto évaluation, de recevoir les visiteurs du conseil et de voir à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'amélioration. Pour ce faire, ils déterminent l'ordre du jour des réunions de l'équipe, font les convocations, animent les rencontres de l'équipe, véhiculent les préoccupations et les difficultés auprès de leur coach membre du CPCA.

Deux cent cinquante trois personnes composent les 23 équipes qualité-agrément. On peut noter que l'appellation qualité-agrément témoignait déjà de notre désir que ces équipes soient permanentes. La distribution de ces équipes est la suivante :

1 Équipe de direction : Leadership - Partenariat

3 Équipes de soutien : Gestion des ressources humaines

Gestion de l'environnement

Gestion de l'information

19 Équipes de Prestation de soins et services.

Psychiatrie- déficience intellectuelle

Géronto-psychiatrie (traitement intensif)

Géronto-psychiatrie (unité de réadaptation)

Psychiatrie tertiaire et résidence de réinsertion sociale

Psychiatrie tertiaire

Urgence, Unité d'intervention brève et attente de lits

Unité de soins intensifs

Clinique des jeunes adultes

Clinique cognitivo-comportementale

Clinique de consultation pour les CHSLD

Services médicaux et chirurgicaux

Hôpital de jour

Unité de soins et clinique Hochelaga Maisonneuve

Unité de soins et clinique St- Léonard

Unité de soins et clinique Rivière-des-Prairies

Hébergement familial et spécialisé

Hébergement en groupe

Centres et modules de réadaptation

### **2.3. Les constats et les enjeux.**

Suite aux deux premières visites du Conseil Canadien et en regard de la troisième en préparation, voici les principaux constats découlant des observations du milieu ou encore des réactions du personnel :

**A)** Le peu, sinon l'absence de suivi accordé par la direction générale et les directions, à l'exception de la direction des services de réadaptation, aux plans d'amélioration et aux recommandations découlant de la visite du CCASS en 1998.

Pour plusieurs, le message perçu est que le paraître de l'établissement est plus important que les plans d'amélioration des équipes et surtout, pourquoi se donner tant de mal à élaborer des plans d'amélioration si les directions ne se préoccupent pas de connaître les réalisations et d'exiger des résultats ? Le fait que ces équipes interdisciplinaires et transversales, dont le personnel relève de différentes directions, pose la difficulté à savoir qui est imputable de l'orientation et du suivi de ces équipes. Cette difficulté est présente dans une structure organisationnelle traditionnelle par opposition à une structure matricielle comprenant des programmes de soins et services axés sur des clientèles spécifiques.

**B)** La dissolution et la démobilisation de la plupart des équipes sauf celles des services de réadaptation et de soutien ont reporté la réalisation des recommandations du CCASS à la troisième année, c'est-à-dire l'année précédant la visite suivante.

Nous sommes alors loin de l'amélioration continue de la qualité si l'on se prive d'agir durant deux ans face à des recommandations précises. Le coût d'une visite d'agrément est déjà dispendieux en capital humain et financier qu'il importe de la rentabiliser.

C) Des difficultés importantes à recréer des équipes d'agrément en 2001.

Bien sûr, une part de ces difficultés est imputable aux supplantations dans les équipes soignantes ainsi qu'aux nombreux départs à la retraite du personnel. Toutefois, plusieurs ne désiraient tout simplement pas revivre l'expérience précédente décourageant ainsi d'autres collègues. Plusieurs des personnes prêtes à s'engager nous mentionnaient également qu'elles ne le feraient que pour la partie auto évaluation. Il est également déploré le manque d'investissement des médecins dans ces équipes. Le cas de l'établissement n'est pas unique à ce sujet comme en témoigne la littérature.

D) La compréhension du programme MIRE, de ses normes et critères ainsi que l'auto évaluation ont été énormément exigeantes.

À ce sujet, citons entre autres la norme sur l'approche centrée sur la communauté avec laquelle le personnel hospitalier est loin d'être familier :

« L'équipe travaille avec la communauté pour promouvoir la santé, prévenir les problèmes de santé et les dépister le plus précocement possible, et pour maximiser le bien-être de ceux qu'elle dessert ».<sup>3</sup>

En plus, les équipes ont dû comprendre et s'approprier les dimensions de la qualité introduites dans ce programme ainsi que les fondements de l'amélioration continue de la qualité tels que la connaissance de leurs clients et fournisseurs, ainsi que les processus qu'ils appliquent afin d'être en mesure de sélectionner des points à améliorer, de les prioriser et de proposer des plans d'amélioration.

Nous y gagnerions en efficacité si les mêmes équipes réalisaient les plans d'amélioration qu'elles ont élaborées et que toute cette compréhension acquise du processus était directement mise à contribution lors de l'évaluation subséquente.

---

<sup>3</sup> CCASS. « Santé mentale ». Programme MIRE. (Ottawa, 2<sup>ième</sup> édition, 2001) Norme 4, p. 7

Ainsi nous identifions cinq grands enjeux pour l'établissement.

1. Maintenir la confiance du personnel envers le processus d'agrément et sa motivation.
2. Déterminer la responsabilité des directions dans le suivi des équipes qualité-agrément dans le cadre d'une structure organisationnelle de type traditionnelle (silo).
3. Faciliter l'intégration de l'amélioration continue de la qualité en aidant les équipes qualité agrément à mettre rapidement en œuvre leurs plans d'amélioration ainsi que les recommandations du CCASS.
4. Intégrer les activités des équipes qualité agrément dans la gestion courante de l'établissement.
5. Maximiser le retour sur l'investissement humain et financier occasionné par une visite d'accréditation.

#### **2.4. Le Problème**

Suite à ces constats et à ces enjeux, nous misons sur les équipes qualité-agrément en posant le problème de la façon suivante :

*Suite à trois visites du Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé, comment rendre pérennes les équipes qualité-agrément ?*

## CHAPITRE III

### LE PROJET

Le présent projet concerne donc la pérennité des équipes qualité-agrément. Il pose la question des stratégies d'actions à développer en vue de rendre ces équipes permanentes, actives et engagées dans les processus d'amélioration continue de la qualité.

#### 3.1. Justifications et limites du projet.

Le projet apparaît hautement pertinent dans le milieu et il l'est certes pour d'autres établissements susceptibles de vivre des difficultés similaires. Il viendra donc s'actualiser dans les réalités d'un établissement en mouvance avec les forces et les faiblesses des expériences passées.

Il est intéressant de noter qu'au Québec, Raymond Coulombe, à Gaspé, s'est attardé à une problématique similaire sauf que le Centre hospitalier a choisi de différer la visite du CCASS et d'instaurer une nouvelle dynamique qualité avant la prochaine visite. Entre temps, il a réalisé dans son milieu un état institutionnel de la qualité afin de déterminer les points à améliorer. Il propose un modèle opérationnel d'un projet intégré de management de la qualité : <sup>4</sup>

- La démarche débute avec les dirigeants qui doivent insuffler l'élan nécessaire à l'émergence de ce projet institutionnel.
- Les orientations stratégiques en matière de qualité doivent être cristallisées dans une politique qualité.
- L'application de cette politique qualité est assurée par un comité de pilotage constitué d'un représentant des usagers, du directeur général, des présidents du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du Conseil des Infirmières et

---

<sup>4</sup> Raymond Coulombe. Cadre de référence et démarche opérationnelle pour l'implantation d'un projet intégré de management de la qualité. Document inédit. Diplôme d'études supérieures spécialisées, QUÉOPS, Juillet 2001, p. 43 à 46.

Infirmiers et du Conseil multidisciplinaire. La présence du directeur général est significative car elle symbolise l'importance du projet.

- Le projet qualité s'inscrit de deux façons : le projet qualité- service et le projet qualité-transversal. Le premier est propre au fonctionnement d'un centre d'activité, d'une discipline tandis que le second est multidisciplinaire de par sa pénétration dans les différents rouages du fonctionnement du centre hospitalier.
- La formation est un pré requis incontournable au développement des projets.

En France, suite à une première accréditation obligatoire de son établissement de santé, Sylvie Foissaud<sup>5</sup>, dans son projet d'intégration QUÉOPS 2001, se demande également quelle stratégie adopter pour une démarche qualité intégrée et pérenne.

Il semble que son projet se distingue de celui de l'auteur en ce sens qu'elle mise sur la démarche tandis que le présent projet mise sur les personnes, les équipes et une structure pertinente pour maintenir la démarche.

Le Conseil Canadien d'Agrément<sup>6</sup> s'attend pour sa part à ce que les équipes d'agrément soient permanentes :

*« Les équipes ne devraient pas être formées uniquement aux fins de l'auto évaluation et des rencontres qui ont lieu pendant la visite d'agrément. Le CCASS les encourage à poursuivre leur travail après la visite afin de donner suite aux recommandations, de continuer à apporter des améliorations et de mettre à jour l'auto évaluation »*

D'autres établissements de santé du Québec, tel que nous le relatent François et Rhéaume<sup>7</sup>, ont misé également sur la pérennité des équipes d'agrément :

*« Au-delà du processus d'accréditation, les équipes multidisciplinaires restent en activité dans tous les établissements étudiés et se réunissent*

---

<sup>5</sup> S. Foissaud. Suite à l'accréditation de l'établissement, quelle stratégie pour une démarche qualité intégrée et pérenne? QUÉOPS, Septembre 2001.

<sup>6</sup> Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé. Les fondements du programme MIRE. (Ottawa, 1<sup>ère</sup> édition) 2000, p. 12.

<sup>7</sup> François, P. et Rhéaume, J. Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec. Ruptures : revue transdisciplinaire en santé. 1999, p. 17.

*tous les deux mois en moyenne pour mettre en œuvre les actions d'amélioration et pour participer aux autres activités du système qualité »*

Compte tenu que ce projet est élaboré à partir des réalités spécifiques à un établissement, il comporte en soi des limites et ne peut être généralisable. Toutefois, la méthodologie et les actions mises en œuvre peuvent représenter des pistes de solution intéressantes pour d'autres établissements.

### **3.2. L'analyse des risques.**

C'est l'essence même de ce projet que d'assurer la pérennité des équipes. Le plus grand risque de l'établissement serait de ne rien faire. Un membre du CPCA mentionnait suite à une rencontre avec une équipe qualité-agrément :

« J'ai investi tellement d'efforts et d'énergie à démarrer et à soutenir mes équipes que j'imagine mal la grosseur de la pompe que ça va prendre pour les remotiver s'il n'y a pas de suivi à leur plan d'amélioration ».

L'inventaire des risques liés à la réalisation de ce projet ont été identifiés dans le cadre du cours « Gestion de projet » en novembre 2001 à Compiègne. Je reprends ici les risques les plus critiques et le traitement que j'avais envisagé pour ceux-ci.

#### **1. Engagement « frileux » de la direction envers la qualité.**

- ✓ Le comité coordination planification agrément, par l'entremise de l'adjoint au directeur général, fait part au comité de gestion du manque de conviction et de priorisation de la direction à l'égard de l'agrément et de la qualité.
- ✓ Le directeur général propose au Conseil d'administration d'adopter les normes du Conseil Canadien comme cadre qualité de l'établissement.
- ✓ Le directeur général rencontre les cadres et les employés de l'établissement sur les trois quarts de travail pour expliquer et prioriser le dossier qualité au niveau de l'établissement.
- ✓ Les résultats des plans d'amélioration qualité feront partie des objectifs annuels de l'établissement.
- ✓ Révision de la politique qualité de l'établissement et identification des acteurs qualité.

## **2. Absence de prise en charge réelle des équipes agrément-qualité et des plans d'amélioration par les directeurs.**

- ✓ La prise en charge des équipes agrément-qualité est répartie entre les directeurs lors d'un comité de gestion.
- ✓ La prise en charge de ces équipes fait l'objet d'une attente explicite du directeur général à chacun de ces directeurs.
- ✓ Le comité coordination planification agrément met de façon statutaire à son ordre du jour le suivi des équipes par les directeurs afin de faire part des résultats au directeur général.

## **5. Démobilisation de plusieurs équipes agrément-qualité après la visite du CCASS.**

- ✓ Avant la visite du Conseil, dîner de travail du directeur général avec les membres du comité planification coordination agrément ainsi que les 23 chefs d'équipe agrément-qualité pour :
  - Entendre le point de vue des chefs d'équipe sur le processus d'auto-évaluation ;
  - Assurer les chefs d'équipe que des suivis seront attendus de la part des équipes agrément-qualité.
- ✓ Demande de l'adjoint au directeur général aux chefs d'équipe agrément-qualité de remettre un plan d'amélioration qualité portant sur deux ou trois objectifs.
- ✓ Activités de reconnaissance à l'intention de toutes les équipes agrément-qualité suite à la visite du CCASS et certification de participation.
- ✓ Pérenniser le comité planification coordination agrément.

## **3. Implication mitigée des médecins dans les équipes agrément-qualité.**

- ✓ Reconnaître et accepter cet état de fait dans les équipes concernées ainsi que la difficulté majeure d'intervenir à ce niveau.
- ✓ Négociation du chef d'équipe avec le médecin quant aux hypothèses de travail suivantes :

- Chef d'équipe fait des comptes-rendus des travaux de l'équipe lors des moments stratégiques (jalons) et recherche l'adhésion du médecin.
  - Présence du médecin à des rencontres déterminantes
- ✓ Présenter les travaux ou les résultats de ceux-ci sous forme quantitative tout en mettant en évidence ce que la pratique médicale gagnerait si l'équipe, par exemple, modifiait un processus donné ; en fait, leur faire voir la possibilité qu'ils puissent être gagnants.

#### **4. Disparition des équipes agrément-qualité au profit de nouvelles équipes dites de programmation clinique.**

- ✓ En principe, le projet fait du sens, mais pas à ce moment car les équipes se sont peu investies dans l'écriture de la programmation clinique. Le danger serait que les plans d'amélioration qualité soient reportés aux calendres grecques confirmant encore une fois aux employés la perception de sauter d'un projet à l'autre.
- ✓ Reporter ce projet après que la programmation clinique soit écrite et avant de la mettre en œuvre. Ainsi, les deux projets avanceraient et l'un viendrait aider l'autre sans être lui-même ralenti.

Je me surprends à constater que plusieurs des suggestions pour traiter les risques sont devenues des actions posées par le CPCA avant et après la visite du CCASS.

#### **3.3. Une hypothèse de travail.**

Lorsque le projet a débuté, il était escompté de ne travailler qu'au niveau des équipes qualité-agrément. Après la visite du CCASS en décembre 2001, il devenait évident qu'il nous fallait également travailler sur la gestion de la qualité dans le milieu.

L'hypothèse de travail qui suit a orienté les étapes de ce projet :

*« Plus nous accorderons du soutien aux équipes qualité-agrément et plus celles-ci baigneront dans un environnement favorisant la gestion de la qualité, plus nous augmenterons la probabilité qu'elles deviennent pérennes. »*

## CHAPITRE IV

### Littérature pertinente et définition des termes

#### 4. Littérature pertinente

Le concept qualité n'est pas facile à définir ; il a à la fois un caractère subjectif, il peut prendre différentes formes et surtout, il évolue dans le temps. La qualité dans les soins et services de santé n'échappe pas à cette réalité.

##### 4.1. Qualité et services de santé.

À partir de son étude amorcée en 1994 dans douze hôpitaux du Québec, Lozeau<sup>8</sup> traçait un portrait sombre de la qualité en parlant de l'effondrement tranquille de la gestion de la qualité dans ces milieux. Il mentionnait entre autre que les normes d'avant 1995, principalement axées sur les structures et les services ainsi que sur l'existence de politiques et procédures, ont certainement contribué à développer une approche bureaucratique et démobilisante pour le personnel. C'était une critique virulente mais qui n'explorait pas les différentes représentations de la qualité dans les établissements de santé.

En ce sens, le texte de Haddad, Roberge et Pineault<sup>9</sup> est beaucoup plus instructif. Les auteurs nous rappellent que l'intérêt croissant porté à la qualité des services de santé découle dans une large mesure – et c'est toujours d'actualité - des enjeux économiques, professionnels et politiques. C'est le débat des différentes logiques ! Par conséquent, la qualité accompagne les changements survenant dans les différents savoirs médicaux et professionnels, les techniques et technologies et l'environnement technocratique et politique. Il est également indissociable du rôle des acteurs.

---

<sup>8</sup> D. Lozeau. « L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité ». Ruptures. 1996, Vol. 3, No 2.

<sup>9</sup> S. Haddad, D. Roberge, R. Pineault. « Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité ». Ruptures, revue transdisciplinaire en santé. Vol.4, No 1, p. 59-78.

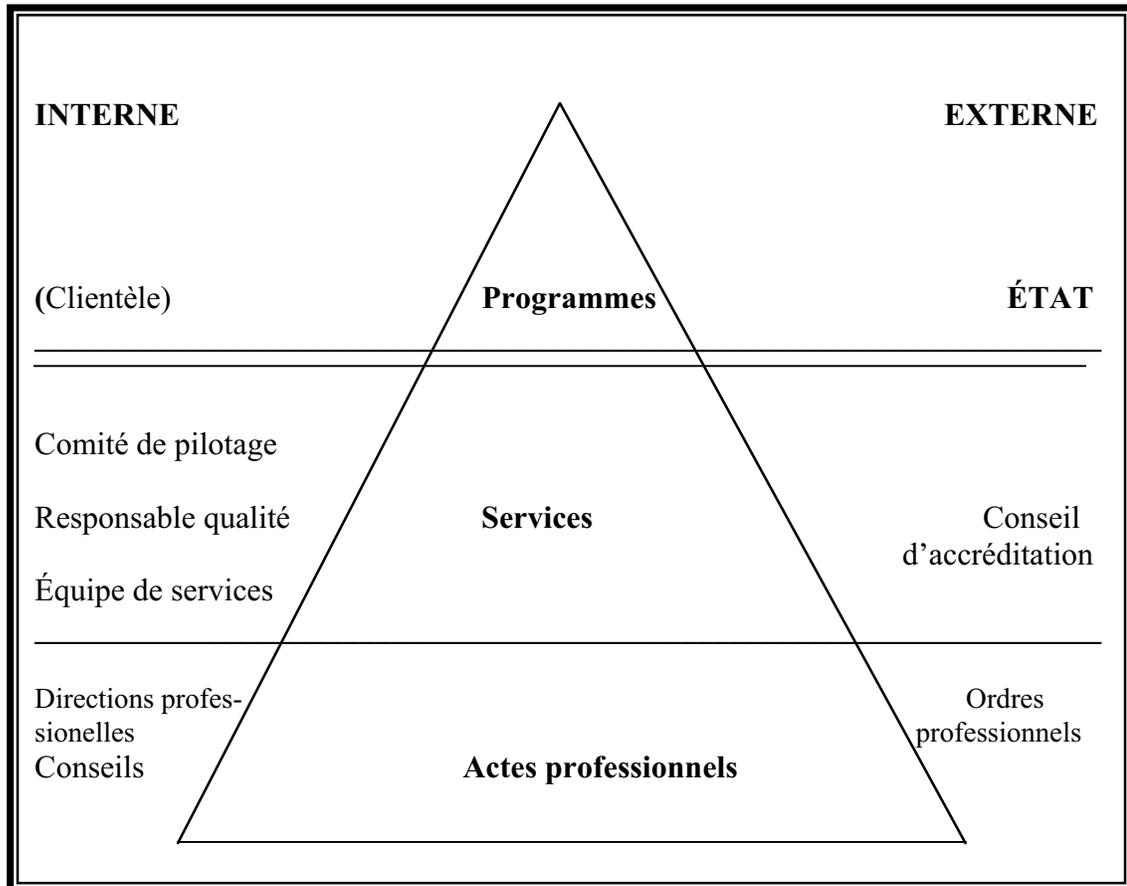
On comprend plus aisément l'expression de cette qualité à l'aide de la grille élaborée par ces auteurs et qui comprend quatre pôles : celui des finalités, (bien-être collectif, reconnaissance publique, utilisation rationnelle des ressources), celui des représentations, (accessibilité aux soins, compétence des intervenants, respects des droits des usagers, continuité, suivi dans la communauté), celui des acteurs (inspection professionnelle, les différents intervenants, les proches, les partenaires) et enfin, le pôle instrumental (audit qualité, plans d'actions pour le maintien de la compétence, traitement des plaintes).

En 1999, François et Rhéaume <sup>10</sup> ont fait le point sur la gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec. Ils donnent une description intéressante de l'ensemble des systèmes qui concourent dans quatre hôpitaux universitaires de Montréal à la gestion de la qualité des soins qu'ils soient internes ou externes. D'ailleurs tous les gestionnaires d'établissements de santé seront d'accord avec la grille qui suit.

---

<sup>10</sup> P. François et J. Rhéaume. « Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec ». Ruptures : revue transdisciplinaire en santé. 1997, Tiré à part. p. 6 à 22.

**Figure 1 : Organismes et systèmes internes et externes concourant à la gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux selon Patrice et Rhéaume**



Nous notons que nous avons ajouté au contrôle de la qualité et des actes professionnels, l'idée d'assurance qualité par l'entremise de la gestion des risques et des audit pour parvenir à l'amélioration continue de la qualité induits par les récents programme d'agrément du CCASS intitulés « Approche centrée sur le client et MIRE ».

Cette évolution du concept qualité n'a pu se faire qu'en recentrant la qualité sur la relation client-fournisseur.

La qualité devient selon la norme ISO 8402 l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés et implicites. Dans le milieu hospitalier, le client revêtira dorénavant différentes personnalités. Le client premier sera toujours le patient mais pour bien le desservir, il faut également être en mesure de

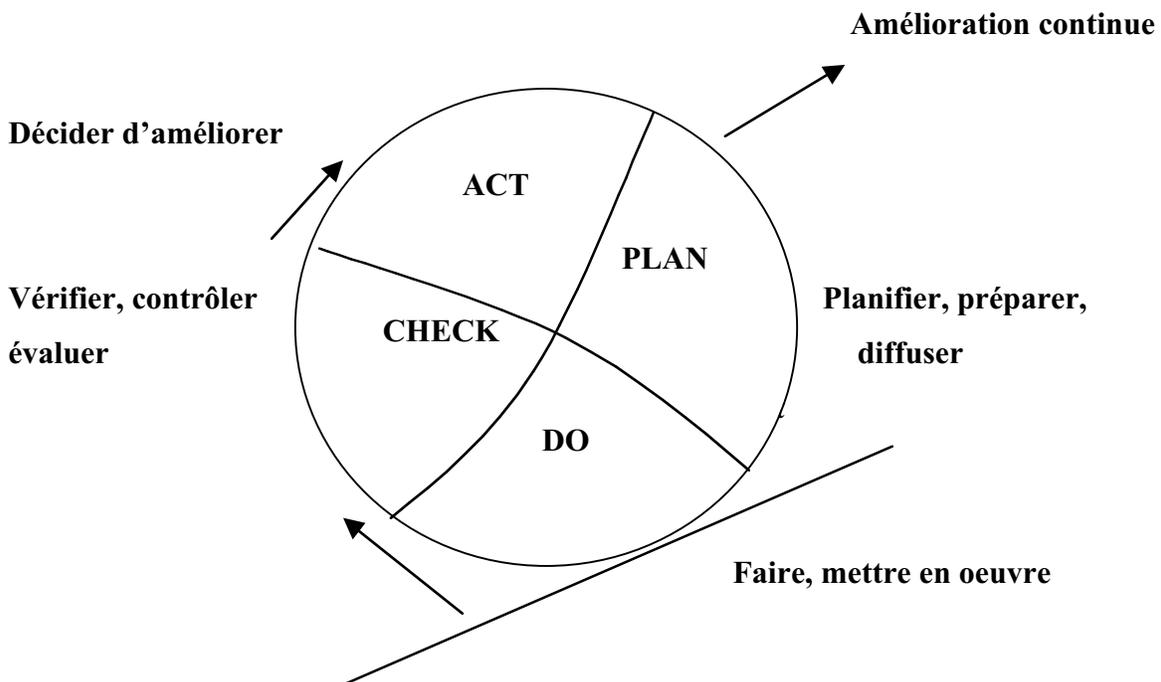
répondre aux besoins et attentes de ses proches, de nos partenaires (ex. CLSC, organismes communautaires) et fournisseurs. À ce stade, est-ce que la notion de qualité est claire pour autant ? En guise de réponse, je rappelle un schéma de Patrice Roussel<sup>11</sup> où sous l'angle du fournisseur, la qualité voulue correspond-t-elle à la qualité délivrée puis, la qualité ressentie par le client correspond-t-elle à la qualité qu'il attendait ?...

#### 4.2. Amélioration continue de la qualité et CCASS.

C'est à Deming et Juran que nous devons le concept d'amélioration continue de la qualité (ACQ) par opposition à celui de qualité totale. L'ACQ prend ses assises sur le fait que la qualité peut être améliorée de façon continue, qu'elle peut progresser à petits pas pour autant qu'on étudie les processus et qu'on corrige les anomalies à l'aide de techniques fiables. La célèbre roue de Deming en est la parfaite illustration.

FIGURE 2

#### Roue de Deming



<sup>11</sup> Roussel, P. Cours : Amélioration continue de la qualité. ENSP, (Rennes), Mars 2002, p.6

Depuis la révision de ses programmes en 1995 et 2000, le CCASS s'est résolument orienté vers une approche centrée sur le client et la communauté et a adopté l'amélioration continue de la qualité. Ce faisant, il introduisait chez ses clients-établissements de santé ces deux approches, lesquelles devront être mises en application ou en devenir de l'être pour qu'un établissement soit agréé.

La définition de la qualité a été également atomisée en quatre dimensions. Ainsi, la réponse aux besoins définit la capacité de l'organisme à anticiper l'évolution du milieu ainsi que les besoins et attentes des clients ou de la population et y répondre. La compétence du milieu, quant à elle, traite de la capacité de l'organisme d'offrir en tout temps ses services de la meilleure façon qui soit. Par ailleurs, l'approche centrée sur le client et la communauté vise à renforcer les liens avec ceux-ci et enfin, la dimension milieu de travail réfère à la capacité de l'organisme à offrir une atmosphère de travail favorisant l'excellence du rendement, l'entière participation, la croissance organisationnelle et personnelle. Chacune de ses dimensions est ensuite éclatée en composantes telles que l'accessibilité, la sécurité, la continuité, l'efficacité, la compétence, la communication, le respect, etc.

Le CCASS <sup>12</sup> définit l'amélioration continue de la qualité comme suit :

*« Philosophie et système de gestion visant à répondre aux besoins et à surpasser les attentes des clients en se servant d'un processus systématique de définition et d'amélioration continue de tous les aspects des services offerts, y compris les résultats qui découlent des services offerts aux clients ».*

On comprend donc alors la rationnelle qui sous-tend le désir du CCASS de voir les établissements pérenniser les équipes agrément.

---

<sup>12</sup> CCASS. Fondements du programme MIRE. MIRE, 2<sup>ième</sup> édition, (Ottawa), 2002, p.2.

### 4.3. Des conditions facilitantes.

S'agit-il simplement d'adopter et d'induire l'ACQ dans les établissements de santé ? Existe-t-il des conditions qui facilitent son implantation et qui favorisent la pérennité des équipes d'agrément ?

En France, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale devenue l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) a sélectionné et accompagné 64 projets d'amélioration de la qualité et en a tiré des enseignements fort utiles : <sup>13</sup>

1. La méthodologie de l'amélioration continue est transposable au secteur de la santé.
2. La constitution d'un groupe pluriprofessionnel est un support majeur pour le changement des mentalités.
3. L'intégration progressive de la démarche d'amélioration dans l'institution se fait grâce à la conduite de projets transversaux démonstratifs.
4. Une bonne gestion de projet est un soutien fort à la motivation des personnes impliquées dans un projet.
5. La mesure se généralise si chaque professionnel l'intègre peu à peu à ses activités.
6. C'est par la pratique que les professionnels se forment aux outils et concepts de l'amélioration continue de la qualité.
7. L'investissement associé à une démarche d'amélioration continue de la qualité ne doit pas être sous-estimée.
8. La qualité des aspects non médicaux d'une prise en charge est importante pour le patient.
9. L'implication des médecins est fondamentale pour la crédibilité de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

---

<sup>13</sup> ANAES. « Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français ». Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : Paris : Avril 1999.

10. La cohérence et la continuité des messages autour de la qualité sont gages de pérennité.
11. Seul un engagement fort et continu des responsables du projet permettra d'impulser le changement.
12. La motivation réelle et sincère des professionnels à s'améliorer doit être soutenue et accompagnée.

D'autre part, la Joint Commission Accreditation of Health Care Organization,<sup>14</sup> a visité six hôpitaux réputés pour avoir réussi le Quality Improvement (Amélioration continue de la qualité) et a identifié 6 constantes présentes dans tous ces établissements :

1. Le directeur de l'administration doit faire la démonstration d'un leadership en ayant, en promouvant et en articulant une perspective QI pour l'hôpital.
2. Les responsables administratifs doivent être des gens de communication.
3. Vous devez avoir des comportements de pédagogue et être vous-mêmes des élèves.
4. Les responsables administratifs ne doivent pas avoir une attitude figée. Il ne suffit pas seulement d'entretenir le savoir. Il faut toujours garder à l'esprit le souci de renforcer la culture de l'hôpital dans le support du soin au malade.
5. Les responsables administratifs doivent être intimement persuadés des capacités de l'individu. Cette conviction inclut le respect pour les personnes les plus proches d'un travail. Ce principe empêche le leader d'avancer une solution précipitamment sans prendre la précaution de consulter.
6. La capacité de tolérer le changement et le chaos qui va avec.
7. Il faut une grande énergie et la volonté de prendre le temps nécessaire à l'effort du QI : celui d'un long parcours.
8. Vous devez être capable de faire partager cet engagement aux autres dans l'organisation.

---

<sup>14</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. (Traduit par G. Mchet) Une table ronde : Des leaders d'hôpitaux discutent des résultats de l'implantation de l'amélioration de la qualité. Remis à U.T.C., Octobre 2001.

#### **4.4. Et comment apprécier l'implantation de l'amélioration continue de la qualité.**

L'amélioration continue de la qualité, c'est la quête vers l'excellence. Alors comment apprécier la qualité de ces organisations ou de ces hôpitaux ?

Différents référentiels prônant la qualité ont cours tels que celui de l'European Foundation for Quality Management, celui de la Malcolm Baldrige Foundation aux Etats-Unis et celui du Mouvement Québécois de la qualité.

Chacun de ces organismes propose un référentiel comportant des thèmes précis ainsi qu'un pourcentage de points à atteindre.

Il nous sera utile lors de la méthodologie appliquée au projet de noter les similitudes entre ces différents référentiels.

##### **Malcolm Baldrige<sup>15</sup>**

1. La qualité du management
2. La planification stratégique de la qualité
3. Le management et développement des ressources humaines
4. La maîtrise de la qualité des processus
5. Les besoins des clients
6. Les résultats qualité
7. Le traitement de l'information

##### **European Foundation<sup>16</sup>**

1. Le leadership
2. La politique et stratégie
3. La gestion du personnel
4. La maîtrise des processus
5. La satisfaction des clients
6. Les résultats
7. Le management des processus
8. La satisfaction du personnel
9. La crédibilité et rôle social

Quant au **Mouvement Québécois de la qualité**,<sup>17</sup> il s'appuie sur les éléments suivants :

1. Le leadership
2. L'information et l'analyse

<sup>15</sup> Malcolm Baldrige Foundation . <http://www.quality.nist.gov/>.

<sup>16</sup> European Foundation for quality Management. <http://www.efqm.org/new> website/

<sup>17</sup> Mouvement Québécois de la qualité « Le qualimètre : un modèle intégré ». Les outils de la qualité. Québec, 1998

3. La planification stratégique
4. La gestion et le développement des ressources humaines
5. La gestion des processus
6. Les résultats de l'organisation
7. L'orientation client et la satisfaction de la clientèle

Ces dernières informations sur les systèmes qualité nous seront utiles pour s'assurer de la pertinence d'utilisation du questionnaire élaboré à partir du référentiel du Mouvement Français pour la qualité.

## Chapitre V

### Mise en œuvre du projet

Dans ce chapitre, nous aborderons la mise en œuvre du projet. Au préalable, nous définirons les termes et la méthodologie.

#### 5.1. Définition des termes.

Voici les définitions des termes auxquels nous référerons au cours du projet.

##### **Contrôle qualité** :<sup>18</sup>

Intervention par laquelle la conformité à une procédure ou à des résultats attendus est vérifiée.

##### **Assurance qualité** :<sup>19</sup>

Ensemble organisé et structuré des activités de planification, de contrôle et de prévention dont le but est d'assurer l'atteinte des objectifs qualité.

##### **Amélioration continue de la qualité** :<sup>20</sup>

Philosophie et système de gestion visant à répondre aux besoins et à surpasser les attentes des clients en se servant d'un processus systématique de définition et d'améliorations continues de tous les aspects des services offerts, y compris les résultats qui découlent des services offerts aux clients.

##### **Équipes qualité-agrément** :

Équipes transversales et multidisciplinaires, dont les équipiers sont issus de différents services et directions, constituées en vue de réaliser l'auto évaluation du CCASS.

##### **Pérennité des équipes agrément-qualité** :

État des équipes qualité-agrément qui demeurent engagées, actives au-delà de la visite du CCASS et dont les membres se réunissent en vue d'élaborer et de réaliser des plans d'amélioration de la qualité.

---

<sup>18</sup> G. Legault. Réussir la qualité totale. Montréal; Éditions Vermette, 1991, p. 19.

<sup>19</sup> Mouvement Québécois de la Qualité. Mouvement. Vol. 2, Numéro 1, Janvier 2002, p. 4.

<sup>20</sup> CCASS. « Fondements du programme MIRE ». MIRE, 2<sup>ième</sup> édition, Ottawa, 2001, p. 2.

**Comité planification-coordination agrément :**

Comité qui a réalisé les opérations liées à la planification et à la coordination de la visite du Conseil et qui a orienté et contribué aux démarches visant la pérennité des équipes qualité-agrément.

**Indicateur de résultat :**

Un indice exprimé sous forme d'évènement ou de ratio qui est utilisé afin de vérifier, d'assurer un suivi et d'évaluer la réalisation du projet.

**5.2. Méthodologie**

La présente partie a pour objet de rappeler le rôle essentiel du Comité planification-coordination agrément et son articulation avec les autres acteurs dans la conduite du projet.

Elle permet aussi de décrire les étapes du projet et d'identifier les instruments qui seront utilisés.

**5.2.1. Des préalables.**

En Février 2001, l'établissement était avisé par le CASS à l'effet qu'il serait visité en Décembre prochain.

En Mars 2000, le Directeur général confie à l'adjoint au directeur général le mandat de planifier, coordonner et réaliser la visite du CCASS. Celui-ci fait alors appel au Comité de planification-coordination agrément dont plusieurs membres avaient vécu la visite précédente du CCASS, dont l'auteur, alors directeur des soins infirmiers. Tous les membres sont des gestionnaires cliniques ou des gestionnaires administratifs crédibles dans le milieu ainsi qu'un médecin délégué par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Toutes ces personnes étaient habilitées à jouer le rôle de « coach » auprès des chefs et de leurs équipes agrément.

Très rapidement, le comité fut préoccupé de la continuité des travaux des équipes d'une visite à l'autre et il fut décidé et approuvé par le Directeur général que celles-ci seront dorénavant des équipes qualité-agrément. Toutefois, pour les rendre permanentes, il fallait plus que simplement le dire. Suite à des échanges, le président du CPCA et le

conseiller à la direction générale ont proposé au comité et au directeur général d'ajouter au mandat : D'identifier et de mettre en œuvre les moyens d'assurer la pérennité des équipes qualité-agrément.

Le CPCA a également proposé au Comité de gestion trois objectifs attendus de la part du CCASS dans le cadre de sa visite :

- Reconnaissance pour les équipes de l'excellence de leur travail.
- Soutien à la mise en place d'une démarche permanente et intégrée de gestion de la qualité en lien avec le plan de transformation de l'établissement.
- Soutien au développement de l'hôpital, dont la désignation du statut d'institut universitaire.

À titre de modalités de travail du CPCA, soulignons que les membres du CPCA sont alimentés directement par les chefs et leurs équipes qualité- agrément. Le comité identifie les difficultés vécues par les EQA, les solutions à préconiser et le cheminement proposé pour discussion au niveau des équipes qualité-agrément et adoption par le Comité de gestion de l'établissement.

En Juin 2001, le Conseil d'administration<sup>21</sup> adoptait les objectifs annuels de l'établissement dont :

« 4. Assurer le rayonnement de l'hôpital en s'appuyant sur ses réalisations, notamment en :

4.1. Obtenant l'accréditation du Conseil Canadien d'Agrément de Services de Santé.

Direction générale :

- Faire une auto évaluation des pratiques actuelles
- Accueillir les visiteurs du CCASS
- Préciser le rôle et le soutien requis pour assumer une permanence des équipes qualité-agrément.
- Rencontrer les équipes.

Toutes les directions :

- Supporter les équipes qualité-agrément »

---

<sup>21</sup> Conseil d'administration de HLHL. Priorités et objectifs 2001-2002. Adopté le 19 juin 2001.

Cette prise de position du C.A. sera importante car elle vient officiellement légitimer le travail du CPCA en vue de rendre ces équipes permanentes et intégrer leurs activités dans la gestion courante de l'établissement.

### **5.2.2 Les phases du projet**

Suite à la mise en place des équipes qualité-agrément, le projet visant à assurer la pérennité des équipes qualité-agrément débute en quelque sorte en Juin 2001. Toutefois, il devenait évident pour l'auteur que l'action ne devait pas uniquement porter sur le soutien à apporter aux équipes qualité-agrément mais que nous devons renforcer le système de gestion de la qualité en vigueur dans l'établissement.

Ainsi, le projet sera-t-il découpé en deux phases : avant et après la visite du CCASS.

#### **Avant la visite du CCASS (Juin-Déc. 2001)**

Durant cette période, le CPCA s'est intéressé aux causes rendant difficile la pérennité des équipes du point de vue des équipiers et des « coaches ». Il a identifié et mis en place une stratégie d'action basée sur les communications.

Les premiers instruments utilisés seront le brain storming du CPCA et le diagramme des affinités, ainsi que l'analyse des trois priorités d'action retenues par les équipes qualité-agrément lors de leurs auto évaluations.

#### **Après la visite du CCASS (Janvier-Juin 2002)**

Après la visite du CCASS, nous pouvons dégager deux étapes, la première venant enrichir la seconde.

Ainsi, à l'Étape 1, chaque équipe qualité-agrément sera rencontrée par l'adjoint au directeur général et le parrain de l'équipe ; par la suite, le CPCA prendra connaissance de l'analyse des plans d'amélioration soumis par chaque équipe qualité-agrément.

À l'Étape 2, nous recevrons les observations d'une stagiaire en qualité de France, présente dans l'établissement pendant trois mois, de même que les résultats du questionnaire sur l'état institutionnel de la démarche qualité réalisé par l'auteur. Cette approche est plus rationnelle que la précédente.

Les résultats découlant de ces deux outils seront par la suite priorisés et reformulés en terme de recommandations au Comité de gestion de l'établissement.

Le questionnaire sur l'état institutionnel de la démarche qualité nous apparaît pertinent. Il s'agit d'un questionnaire basé sur le référentiel du « Mouvement Français pour la qualité » et adapté aux établissements de santé par l'École Nationale de Santé publique de Rennes. Nous notons sa cohérence avec d'autres types de référentiels et son caractère précis et plus complet, tel qu'indiqué par le tableau, nous autorisant à l'utiliser pour faire l'état des lieux de la démarche qualité en établissement.

**Tableau 2 : Cohérence entre les différents référentiels qualité**

<b>Malcolm Baldrige</b>	<b>European Foundation</b>
1. La qualité du management	1. Le leadership
2. La planification stratégique de la qualité	2. La politique et stratégie
3. Le management et développement des ressources humaines	3. La gestion du personnel
4. La maîtrise de la qualité des processus	4. La maîtrise des processus
5. Les besoins des clients	5. La satisfaction des clients
6. Les résultats qualité	6. Les résultats
7. Le traitement de l'information	7. Le management des processus
	8. La satisfaction du personnel
	9. La crédibilité et rôle social
<b>M.Q.Q.</b>	<b>M.F.Q.<sup>22</sup></b>
1. Leadership	1. Engagement de la direction
2. Information et analyse	2. Stratégie et objectifs qualité
3. Planification stratégique	3. Écoute des clients et des usagers
4. Gestion et développement des R.H.	4. Maîtrise de la qualité
5. Gestion des processus	5. Mesure de la qualité
6. Résultats de l'organisation	6. Amélioration de la qualité
7. Orientation client et satisfaction de la clientèle	7. Participation du personnel
	8. Les résultats

<sup>22</sup> Patrice Roussel. Guide pour l'observation de la démarche d'amélioration de la qualité en établissement de santé. Rennes : ENSP, Janvier 2002.

### **5.3. Recueil et analyse des données, stratégies d'action.**

Tel que mentionné, le recueil des données, leur analyse et la mise en œuvre de stratégies d'action sera présentée selon deux phases : avant et après la visite.

#### **5.3.1 Avant la visite du CCASS (Juin-Déc. 2001)**

A) Identification des causes rendant difficile la pérennité des équipes qualité-agrément.

Les causes rendant difficile la pérennité des équipes agrément-qualité ont été identifiées suite aux échanges au niveau du Comité planification-coordination agrément et à un brain storming.

Voici la liste des 30 causes énumérées telles qu'elles ont été exprimées :

- Conflits d'horaires, agenda difficile
- Engagement discret de la direction générale
- Pas facile de comprendre MIRE
- Les indicateurs de rendement sont difficiles d'application
- Beaucoup trop de critères dans MIRE
- Nombreux départs à la retraite
- Plusieurs supplantations occasionnent l'instabilité des équipes
- Souvent les mêmes personnes qui participent
- Peu de participation des médecins
- Sentiment d'iniquité devant les équipes qui ont refusé de s'engager
- Pas de support clérical
- Manque de suivi après la visite
- Engagement variable des directeurs face à l'agrément
- Manque de reconnaissance de la direction
- Manque de leadership de comité qualité du C.A.
- Existence de conflits dans certaines équipes
- Dossiers concurrentiels dans l'établissement comme le plan de transformation
- Directions qui privilégient les activités « en silo »
- Pas de soutien des membres de l'équipe élargie

- Pas facile d'animer certaines équipes
- Normes 1 à 4 pour les équipes de soins et de services ne sont pas faciles à comprendre
- Les activités d'agrément sont en marge de la gestion courante
- Nombreux départs à la direction générale
- Manque de reconnaissance du personnel
- Travail des équipes méconnu du personnel
- Difficile d'associer l'équipe élargie
- Manque de disponibilité du personnel
- Personnel n'a pas le temps; les fermetures d'unités ont occasionné plus d'ouvrage
- Pas de remplacement pendant les rencontres
- Arrivée de nouveaux directeurs.

Ces causes sont regroupées selon le diagramme d'affinités. Quatre ensembles de causes ont été identifiés. Nous les retrouvons dans le Tableau 3 à la page suivante.

**Tableau 3 : Regroupement des causes selon leurs affinités**

<b>Peu d'engagement de la direction</b>		<b>Manque de reconnaissance à l'égard du travail des ÉQA</b>	
Manque de suivi après la visite	Arrivée de nouveaux directeurs	Manque de reconnaissance par la direction	
Engagement variable des directeurs face à l'agrément	Directeurs privilégient les activités en silo	Travail des équipes méconnu du personnel	
Départs à la direction générale	Sentiment d'iniquité face aux équipes qui n'embarquent pas	Manque de leadership du Comité qualité du C.A.	
Activités agrément en marge de la gestion courante		Pas de soutien des membres de l'équipe élargie	
Engagement discret de la direction		Difficulté d'associer l'équipe élargie	
<b>Outils de travail</b>		<b>Surcharge de travail</b>	
Indicateurs de rendement difficile à appliquer		Manque de disponibilité des équipiers	Pas de remplacement dans les équipes
Difficile d'animer certaines équipes		Nombreux départs à la retraite	Pas de support clérical
Présence de conflits dans certaines équipes		Fermetures d'unités de soins : plus de travail	
Normes 1 à 4 du CCASS difficiles à comprendre		Dossiers concurrentiels qui repoussent celui de la qualité	
Beaucoup trop de critères à répondre dans MIRE		Conflits d'horaire : agendas des rencontres difficiles	
Difficulté d'associer l'équipe élargie			

Nous avons opté pour regrouper « Surcharge de travail et Outils de travail » et avons considéré que les trois causes étaient importantes tout en reconnaissant que « Peu d'engagement de la direction » était une cause de fond. Ainsi nous retrouvons trois groupes de causes :

1. Peu d'engagement de la direction
2. Manque de reconnaissance à l'égard des E.A.Q.
3. Besoin de soutien des E.A.Q. et outils de travail

#### B) Stratégie d'action.

Dans un second temps et suite à quelques rencontres, les membres du CPCA convenaient d'une stratégie de communication afin d'influencer les causes identifiées. Celle-ci a donc porté sur :

1. Le leadership et les communications de la direction
2. Les information dans le milieu tant à l'interne qu'à l'externe
3. Le soutien aux équipes agrément-qualité.

Le tableau qui suit présente cette stratégie d'action.

Tableau 4

**Stratégie d'action axée sur les causes rendant difficile la pérennité des E.Q.A.**  
**(Avant la visite du CCASS)**

**Trois groupes de causes**

Pas d'engagement de la direction	Manque de reconnaissance à l'égard des ÉQA	Besoins de soutien et outils de travail
↓	<b>Actions</b> ↓	↓
<b><u>Leadership et communication</u></b>	<b><u>Information dans le milieu</u></b>	<b><u>Soutien</u></b>
. Intervention du CPCA auprès du comité de gestion	. Publication dans le Journal Information	. Développement des « coaches » et formation aux EQA
. Rencontres du D.G.	. Affiches	. Soutien des « coaches » aux EQA
. Rôle modèle du D.G. et attentes	. Lettre de remerciement aux chefs d'équipe et équipiers	. Bulletin Agrément qualité personnalisé à chaque équipe
. Parrainage des EQA par les directeurs	. Planification d'une journée reconnaissance après la visite du CCASS	. Disponibilité accrue du secrétariat
. Objectif annuel de l'établissement		. Planification de rencontre de la direction avec chacune des EQA
		. Manuel qualité-agrément spécifique à chaque EQA

Voici une brève description de chacune de ces activités :

- Intervention du CPCA auprès du comité de gestion

Suite à des discussions au niveau du CPCA sur les perceptions qu'avaient les membres et les EQA quant à l'engagement de la direction à l'égard de l'agrément, le point est amené au comité de gestion par l'adjoint au directeur général.

- Rencontres du directeur général

Le directeur général fait un dîner rencontre avec les 23 chefs EQA pour entendre les difficultés et les besoins de soutien. Il rencontre également l'ensemble des cadres puis, et c'est une première, il rencontre les employés Jour, Soir et Nuit de l'établissement.

Ces rencontres soulignaient l'importance de l'agrément ainsi que la pérennité des EQA.

**Messages du D.G. :**

« Maintenir dans l'établissement la dynamique qualité induite par le CCASS et auquel nous avons choisi d'adhérer.

Équipe du CPCA :

Assurer la pérennité de nos EQA afin qu'elles donnent suite à leur Plan d'amélioration de la qualité ainsi qu'aux recommandations du CCASS en :

- Identifiant et mettant en œuvre les moyens traduisant l'engagement de la direction
- Identifiant et mettant en œuvre les moyens visant à mobiliser et à supporter nos EQA »

- Rôle modèle du D.G. et attentes

Au terme de l'auto évaluation des activités de son EQA – Leadership et Partenariat -, le Directeur général a présenté les résultats de celle-ci aux chefs des EQA, aux membres du CPCA, aux gestionnaires ainsi qu'aux membres du C.A.

Il a rappelé aux chefs des EQA qu'il attendait de ces dernières qu'elles :

1) Identifient des objectifs et des plans d'amélioration de la qualité des services et qu'elles devront s'assurer de leur réalisation.

2) Se dotent d'indicateurs de rendement.

- Parrainage des EQA par les directeurs.

Compte tenu que les EQA sont « transversales » et que les membres de ces équipes relèvent de directeurs différents, le directeur général a assigné un directeur à chacune des EQA afin d'assurer à la fois le suivi des équipes et des plans d'amélioration, le soutien de celles-ci et la liaison avec les autres directions.

- Objectifs annuels de l'établissement.

Engagement du Directeur général à l'effet d'inscrire les activités des EQA dans les objectifs annuels de l'établissement et de voir à ce que ceux-ci se répercutent dans les objectifs annuels des différents services de l'hôpital.

- Publication dans le Journal Information.

Il s'agissait de produire dans notre journal corporatif une série d'articles (7) visant à faire connaître à notre personnel, tant de l'interne que de l'externe, nos EQA ainsi que leurs travaux et réalisations. Exemplaires à l'annexe 2.

- Affiches.

Il s'agit d'affiches colorées 11.5x 17 pouces produites par le CPCA et présentes dans chacun des services de l'établissement. Annexe 3 : affiche qualité-agrément 2001-2004.

- Lettres de remerciements.

Il s'agit de lettres de remerciements adressées à chacun des 253 membres des équipes qualité-agrément par le directeur général les remerciant du travail accompli.

- Planification d'une journée reconnaissance après la visite du CCASS.

Cette journée a eu lieu après la visite du CCASS et tous les équipiers étaient invités. Le directeur général ainsi que le directeur général adjoint du CCASS ont remis à chaque équipier une représentation personnalisée du certificat d'agrément de l'établissement.

- Développement des « coaches » et formation aux EQA.

Les rencontres du CPCA ont été l'occasion de partage et de co-développement. Des formations aux EQA ont porté sur MIRE ainsi que sur les indicateurs de rendement. (Sept. À Nov. 2001)

- Bulletin Qualité-Agrément.

Il s'agit d'un document mettant principalement les membres du CPCA à contribution et adressé à chacun des membres des EQA. Il a véhiculé auprès d'eux les réalisations des équipes, ainsi que les « trucs » qu'ils ont pu développer ou encore des informations

pouvant les aider en cours d'auto évaluation. (Annexe 4 : exemplaires du Bulletin Agrément Qualité).

- Disponibilité accrue du secrétariat.

Disponibilité effectivement augmentée de secrétaires ou autres formes d'aide pour rédiger l'auto évaluation et composer avec le logiciel du CCASS.

- Planification d'une rencontre de chacune des équipes avec la direction.

Cette rencontre aura lieu après la visite du CCASS et permettra à l'adjoint au directeur général accompagné du directeur, parrain de l'équipe, de rencontrer chacune des équipes en présence de l'observateur externe (stagiaire en qualité) et de prendre connaissance des objectifs et des plans d'amélioration.

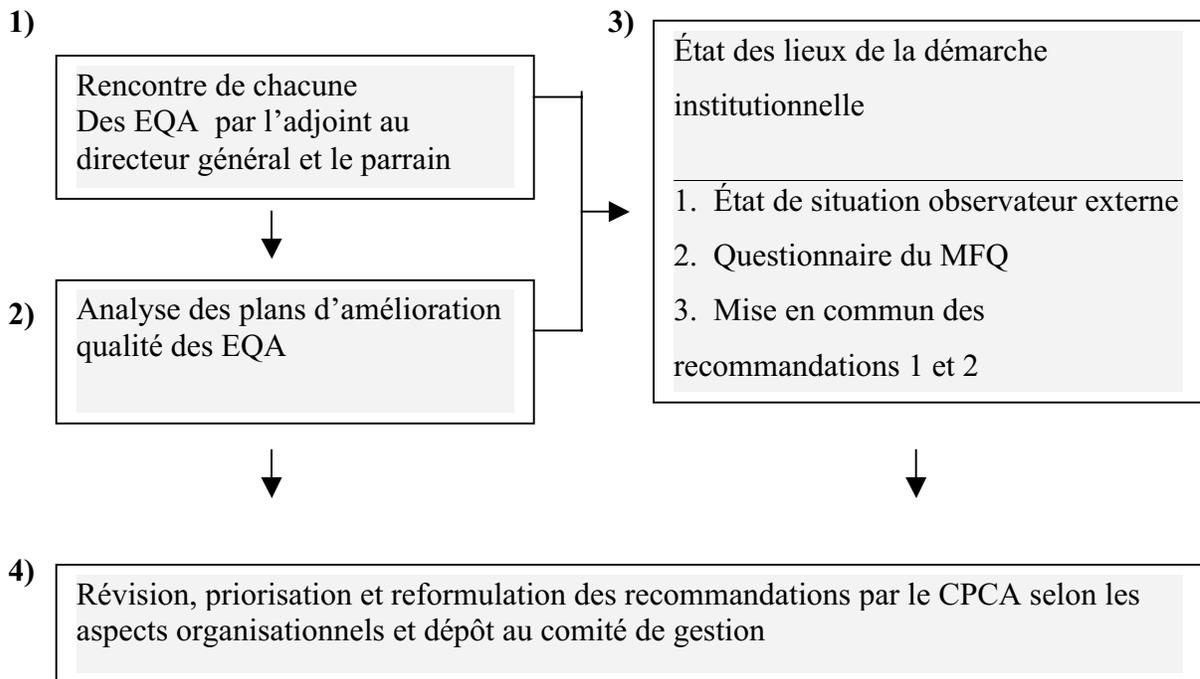
Nous aurons l'occasion lors du prochain chapitre sur les indicateurs de faire le point sur les résultats de l'ensemble de cette phase.

### **5.3.2. Après la visite du CCASS (Janv. – Juillet 2002)**

Suite à la visite du CCASS, le CPCA a mené deux types d'activités; les premières ont pris la forme de soutien aux EQA tandis que les secondes ont davantage porté sur l'état des lieux de la démarche qualité dans l'institution. Le tableau qui suit représente schématiquement ces activités :

Tableau 5

## Activités du CPCA après la visite du CCASS

Représentation schématique**A) Les activités de soutien aux EQA.**

Les rencontres de chacune des EQA par l'adjoint au directeur général et le parrain de l'équipe ont été des points forts de l'ensemble de ces actions.

Ces rencontres ont permis à chaque EQA de présenter trois objectifs de leur plan d'amélioration et de discuter avec les directeurs de leur faisabilité. Ils ont eu l'occasion d'identifier leurs forces spécifiques et de nommer les difficultés rencontrées ou anticipées pour les prochains mois. Les équipiers ont été également invités à coter individuellement sur une échelle de 1 à 5 leur niveau de confiance à l'égard de la réalisation de leur plan d'amélioration (N.C.). Chacun était invité à présenter sa cotation et à la justifier. Cet exercice a eu un effet dynamisant auprès de chacune des EQA. (Le bilan de ces rencontres est disponible sur demande).

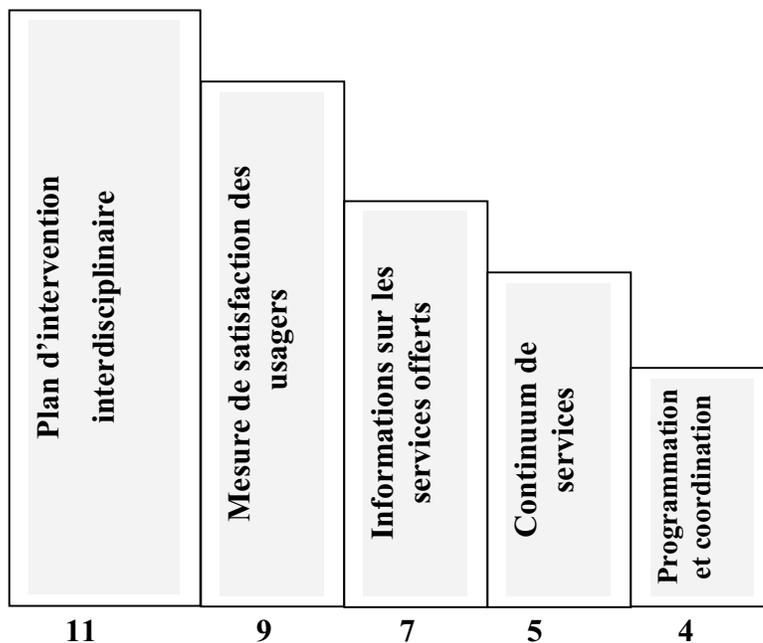
Nous notons que les scores moyens de chaque équipe s'étalent entre 3 et 4.9 et une moyenne des scores des EQA est un NC de 3.8/5, soit 76%.

De même, les plans d'action des EQA de prestation de soins et services ont été analysés. Le tableau qui suit présente les domaines d'intérêt des équipes.

**Tableau 6**  
**Analyse des plans d'amélioration des EQA des Soins et Services**

**Champs d'intérêt des EQA**

N=17



Il est intéressant de constater qu'il y a adéquation entre les champs d'intérêts des EQA et les objectifs de l'établissement dans sa poursuite de son plan de transformation. Aussi, la mise en place des plans d'interventions interdisciplinaires, la mise à disposition de questionnaires sur les attentes et satisfaction des usagers et l'appui à la révision de la programmation clinique seront fortement pris en compte dans nos recommandations au comité de gestion.

**B) L'état des lieux de la démarche qualité et recommandations.**

Deux outils seront utilisés pour faire état des lieux de la démarche qualité dont les résultats seront discutés au CPCA. Il s'agit des :

- Résultats au questionnaire du MFQ adapté aux établissements de santé et recommandations
- Recommandations de l'observateur français.

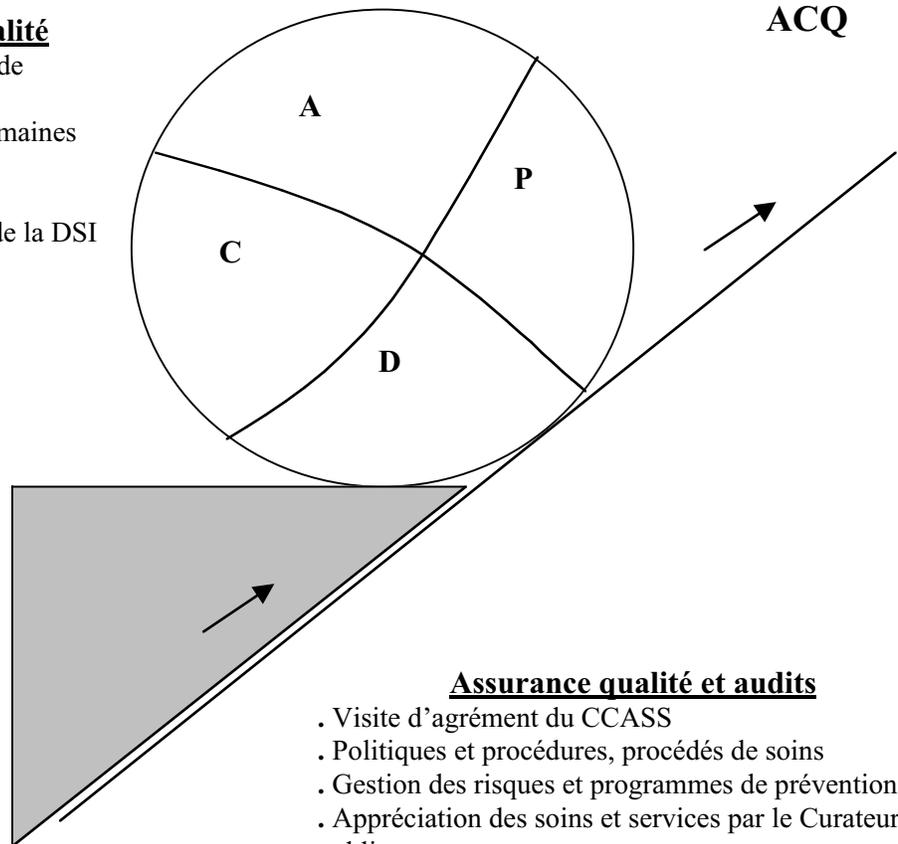
**Résultats au questionnaire du MFQ et recommandations**

Afin de réaliser le questionnaire du MFQ l'auteur s'est appuyé sur sa connaissance du milieu, sa participation au CPCA ainsi que sur la description de quelque 15 activités de gestion de la qualité selon qu'ils sont de l'ordre de l'amélioration de la qualité ou de l'assurance qualité. La figure qui suit présente et positionne ces activités en tenant compte de la roue de Deming.

Figure 3

**Positionnement d'activités de gestion de la qualité  
Ayant cours dans l'établissement**

**Amélioration continue de la qualité**  
 . Elaboration et suivi des objectifs annuels de l'établissement  
 . Plan de développement des ressources humaines  
 . Étude des mouvements de la clientèle  
 . Comité qualité du C.A.  
 . Programmes de soins et d'enseignement de la DSI  
 . Tableau de bord clinico-administratif  
 . Institut universitaire de santé mentale  
 . MDP, CII, CU, CM



- Assurance qualité et audits**
- . Visite d'agrément du CCASS
  - . Politiques et procédures, procédés de soins
  - . Gestion des risques et programmes de prévention
  - . Appréciation des soins et services par le Curateur public
  - . Traitement des plaintes
  - . Gestion des activités d'isolement et contrainte
  - . Inspections professionnelles
  - . CMDP, CII, CU, CM.

L'exercice a permis de dégager des points forts ainsi que des points à améliorer. (Annexe 5 : Points forts et points à améliorer suite à l'état des lieux de la démarche qualité). Voici par ailleurs les recommandations :

### **Dimension stratégique**

1. Que soit redéfinie la politique qualité de l'établissement en mettant l'accent sur l'amélioration continue de la qualité et en y intégrant les fonctions des sous-comités du Conseil d'Administration. Cette politique devrait être présentée par la direction et diffusée à tous les employés de l'établissement.
2. Que soit mis en place de façon prioritaire et ce, avec les moyens pour y parvenir, un processus de mesure de satisfaction des usagers.
3. Que soient étudiés l'opportunité et les avantages pour les usagers et nos partenaires de passer d'une structure de direction basée sur des disciplines à une structure de programme-clientèle plus cohérente avec des équipes soignantes transversales.

### **Dimension structurelle**

5. Que l'établissement, nonobstant la recommandation 3, se donne une structure qualité clairement définie et disponible pour soutenir les équipes et les activités qualité. Cette structure devra tenir compte de la politique qualité et contribuer à alimenter les quatre sous-comités du Conseil d'administration.
6. Que soient prévues les sommes nécessaires à l'implantation d'un processus de mesure de satisfaction de la clientèle.

### **Dimension technique**

7. Que l'on procède à l'identification des besoins de formation des équipes qualité-agrément ou autres équipes travaillant à la résolution de problèmes concernant les outils qualité et qu'un plan de formation soit établi avec les budgets nécessaires.

### **Dimension culturelle**

8. Que le milieu et son personnel apprennent à nommer explicitement leurs activités qualité et à les situer dans une perspective d'amélioration continue. Le milieu doit également apprendre à reconnaître et à valoriser les acteurs de la qualité; celle-ci n'allant pas de soi, mais se construisant aux prix d'efforts devant être reconnus.

9. Qu'une étude soit réalisée auprès de notre personnel pour faire le point sur la qualité : leurs perceptions, leurs attentes, l'adhésion à la culture qualité de l'établissement.

### **Recommandations de l'observateur français.**<sup>23</sup>

Les recommandations de l'observateur français porteront principalement sur les points suivants :

1. Remettre en place les équipes qui n'ont pas embarqué
2. Consolider les bases Qualité (poser un cadre de référence et partager ce cadre)
3. Aider les équipes pour leur fonctionnement en réunion
4. Impliquer et soutenir la motivation du personnel dans la réalisation de leur plan d'amélioration
5. Apporter des outils pour faciliter la mise en place de leur plan d'amélioration
6. Fournir des outils communs (plan d'intervention interdisciplinaire, questionnaire d'évaluation de la satisfaction de la clientèle).
7. Reconnaître et encourager les équipes à poursuivre
8. Accroître la coordination par la mise en place d'un système de coordination/suivi/soutien/formation continue de ces équipes
9. Coordonner et soutenir les équipes et étendre la qualité.

Tel que déjà mentionné, les résultats de ces travaux ont été discutés en CPCA, les recommandations de ceux-ci mises en commun, reformulées, priorisées puis ordonnancées selon les dimensions organisationnelles et déposées au Comité de gestion de l'établissement. Voici donc les mesures que nous proposons pour améliorer le programme de gestion de la qualité de l'établissement.

### **C) Mesures d'amélioration du programme de gestion de la qualité.**

#### **Au plan stratégique :**

1. Réviser la politique qualité et se doter d'un programme cadre en gestion de la qualité en mettant l'accent sur l'amélioration continue de la qualité et en y

---

<sup>23</sup> Anne Thierré. Rapport de stage qualité. HLHL. Avril 2002.

- intégrant les fonctions des comités du CA. Cette politique devra être largement diffusée.
2. Mettre en place de façon prioritaire et ce avec les moyens pour y parvenir, un processus de mesure de satisfaction des usagers.

**Au plan de la culture organisationnelle :**

3. Encourager le personnel à nommer explicitement les activités Qualité et à les situer en lien avec les valeurs et les dimensions de la qualité et à reconnaître les acteurs qui y contribuent.
4. Valoriser le rôle des équipes qualité-agrément et faire connaître leurs progrès et les résultats de lieux travaux.
5. Développer une compréhension partagée de la qualité et de l'amélioration continue de la qualité et la faire connaître.

**Au plan structurel :**

6. Transformer le rôle et le mandat du CPCA pour en faire une instance de coordination des activités et pour assurer un suivi des indicateurs de gestion de la qualité.
7. Recruter un conseiller en gestion de la qualité pour assurer la coordination des activités et le soutien aux coachs et aux équipes pour dispenser de la formation et pour véhiculer les valeurs liées à la gestion de la qualité.
8. Consolider les équipes qualité-agrément, afin qu'elles reflètent bien l'ensemble des soins et services offerts par l'établissement et qu'elles soient fonctionnelles.

**Au plan technique :**

9. Rendre disponible des outils de travail utiles à plusieurs, tels les plans d'intervention interdisciplinaire, des questionnaires de satisfaction de la clientèle.
10. Dégager et rendre accessible un budget spécifique dédié au remplacement ou au soutien pour les équipes qualité-agrément.
11. Fournir des outils et de la formation sur divers aspects de la gestion de la qualité tel le fonctionnement d'équipe, le processus d'amélioration de la qualité, des méthodes de résolutions de problèmes, les indicateurs...

#### 5.4. Les indicateurs de résultats.

L'indicateur de résultat est défini comme étant un indice exprimé sous forme d'évènement ou de ratio permettant de vérifier, d'assurer le suivi et d'évaluer le degré de réalisation d'un projet.

Nous proposons des indicateurs concernant a) les EQA avant et après la visite du CCASS ainsi que des indicateurs s'adressant à l'actualisation des « Mesures d'amélioration du programme de gestion de la qualité » dé posées au comité de gestion.

##### A) Les indicateurs de résultat avant la visite du CCASS.

Il s'agit des indicateurs suivants :

- Nombre d'auto évaluations réalisées par les EAQ avant la visite \_ 23 : **100%**
- Nombre de plans d'amélioration qualité rédigés et présentés au CCASS durant la visite (ceci n'étant pas une obligation) \_ 23 : **100%**
- Nombre d'actions appliquées découlant de la stratégie de communication (Leadership et communication, information et soutien), \_ 15 : **100%**

Même si ces actions ont été réalisées à 100%, la mesure exacte, c'est-à-dire l'impact de l'ensemble de ces actions sur la pérennité des EQA fait défaut. Toutefois, une première étape de pérennité des EQA est certes le fait que chacune d'entre elles a remis un plan d'amélioration de la qualité pour les prochaines années qui les engage vers un processus d'amélioration de la qualité.

Par ailleurs, nous savons par l'entremise des différents « feedback » que les actions suivantes ont été par ordre croissant les plus significatives :

- Les rencontres de chaque EQA par l'adjoint au directeur général et par le parrain de l'équipe ont été perçues comme une prise en compte réelle du travail accompli et surtout, comme le témoignage de la direction à l'effet que des résultats sont

attendus et que des suites seront données par l'organisation au plan d'amélioration des EQA.

- La rencontre du DG où celui-ci a présenté aux chefs des EQA les résultats des travaux de sa propre équipe et où il a précisé les responsabilités de chaque EQA : produire et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité.
- Les articles dans le Journal « Information » de l'établissement informant en continu le personnel de l'interne et de l'externe sur les préparatifs des EQA en vue de la visite du CCASS ont également contribué à la reconnaissance de celles-ci. Par ailleurs, même si le personnel était mieux informé, il n'a pas pour autant offert davantage de collaboration aux travaux des EQA.
- Le Bulletin Agrément Qualité (BAQ) a été très apprécié de chacune des équipes d'abord parce qu'il favorisait le partage d'informations entre les 253 équipiers et surtout, tout comme les lettres de remerciements du directeur général, il représentait la reconnaissance du travail particulier de chacun à l'évolution et à la reconnaissance de l'établissement par un agent externe.

#### B) Les indicateurs de résultat après la visite du CCASS .

À l'exception du niveau de confiance de l'équipe quant à la réalisation de son plan d'amélioration, les autres indicateurs seront à mettre en œuvre d'ici la prochaine visite du CCASS, c'est-à-dire de Septembre 2002 à Décembre 2004. L'indice du niveau de confiance moyen de chaque équipe (N.C.) se situe à 3.85 avec le plus faible score d'une EQA à 3 et le plus fort à 4.9. Si l'on admet que le N.C. de l'équipe quant à la réalisation de son plan d'amélioration de la qualité indique la tendance des EQA vers une pérennité, le score moyen des équipes à 3.85 est alors encourageant. Toutefois, il est indéniable qu'un support continu et un suivi étroit devront être accordés aux EQA présentant les plus bas N.C.

Les indicateurs permettant d'assurer le suivi des EQA en Septembre prochain sont :

- Le pourcentage des réunions réalisées durant une année sur le nombre de réunions prévues.

- Le pourcentage mensuel d'avancement des travaux d'une EQA : C'est un type d'indicateur suggéré par Georges Maguerez<sup>24</sup>. À la fois simple et interactif, du fait qu'il met en contact le responsable du suivi des plans d'amélioration avec le chef de EQA. Ensemble, ils peuvent délimiter le travail à accomplir durant l'année (100%) et se rencontrer mensuellement pour évaluer le % des travaux réalisés. L'écart entre la planification et la réalisation fait l'objet d'explications et de mesures de soutien si nécessaire.
- La fréquence des présences des parrains aux réunions des EQA est également intéressante. Il s'agit là, pour les équipes, non seulement d'un reflet de l'importance de leur travail mais une forme de reddition des comptes qui devient alors gratifiante pour elles, tout en se mettant dans une position pour obtenir le soutien nécessaire.
- Le pourcentage des départs dans les EQA est à suivre. D'abord en identifiant les causes et en départageant celles qui ne relèvent pas du mandat des EQA (départs à la retraite, supplantation) de celles liées au mandat (absence de remplacement, conflit, manque d'intérêt, etc.) de manière à agir sur celles-ci et à consolider l'équipe.

C) Les recommandations portant sur les mesures d'amélioration du programme de gestion de la qualité.

Même avant que les recommandations ne soient acceptées par le comité de gestion de l'établissement, nous savons qu'elles sont attendues par ce dernier avec intérêt, qu'un budget de remplacement des EQA de 20,000\$ a été intégré à la planification budgétaire 2002-2003 et qu'un poste de responsable qualité est en voie de définition.

Pour que ces mesures conduisent au développement dans le milieu d'une structure permanente d'amélioration continue de la qualité intégrant les EQA, nous croyons que chaque mesure devrait faire l'objet d'un plan d'action et qu'un premier niveau d'indicateur de résultat pour la prochaine année pourrait être effectivement le nombre d'actions réalisées pour chacune des mesures.

---

<sup>24</sup> Georges Maguerez. Cours : Approche par processus. Conduite du projet d'amélioration. Rennes, ENSP, 2002.

## Chapitre 6

### Discussion

Le titre du projet pose la question du comment assurer la pérennité des EQA. Nous avons identifié un certain nombre de causes ayant trait aux EQA elles-mêmes et d'autres, mentionnant l'engagement discret de la direction.

Une stratégie d'action a influencé positivement ces causes dont les plus significatives ont été l'engagement qualité du directeur général, l'affectation d'un directeur à chaque EQA, les activités de reconnaissance des EQA, le Bulletin Agrément Qualité personnalisé et les articles dans le Journal Information. Nous avons d'ailleurs crû que ces articles, en plus d'informer le personnel, favoriseraient une collaboration accrue de la part de ce personnel. Ce ne fut pas le cas ! Il serait important que chaque EQA développe une approche permettant d'associer en continu les personnels qu'elle représente aux différentes étapes du processus : auto évaluation, identification des problématiques, priorisation de celles-ci, recherche de solutions, plan d'actions, mise en œuvre et évaluation des résultats. Ce faisant, les résistances seraient atténuées et la mobilisation de ce personnel, accrue.

Toutefois, en cours de projet, il devint évident que la pérennité des équipes ne pouvait être assurée que si celles-ci s'inscrivaient à l'intérieur d'une structure qualité bien définie. Il est intéressant de constater que lors de la première esquisse de ce projet à Montréal en Juin 2001, je posais les questions suivantes :

« Comment et à quels niveaux intervenir pour faire en sorte qu'une continuité et un suivi efficaces soient accordés aux travaux et aux recommandations des équipes qualité-agrément ?

Comment entrevoir les rôles et fonctions du comité planification-coordination agrément et celui du comité qualité de l'établissement ? »

L'état des lieux de la démarche qualité et les recommandations de l'observateur français ont permis de dégager une série de mesures organisationnelles visant à améliorer le programme de gestion de la qualité de l'établissement. Parmi celles-ci, certaines sont de premier plan, telle la révision de la politique qualité. En effet, si on ne peut améliorer que

ce qu'on évalue et mesure, il importe de définir la qualité et ses composantes afin de connaître les objets de la qualité. L'auteur joint d'ailleurs à l'annexe 6, à titre informatif, un travail réalisé à l'université de Technologie de Compiègne en Septembre 2001 et portant sur la norme ISO 9001. Cette norme s'intéresse à la politique qualité des organismes et à la façon de l'implanter dans le milieu. Le recrutement d'un conseiller en gestion de la qualité pour coordonner les activités des EQA, assurer le suivi et favoriser la formation du personnel apparaît essentiel surtout dans une structure hospitalière de type traditionnelle. Sur le plan culturel, la politique qualité devra être partagée par tous en prenant soin d'offrir au personnel de l'établissement un cadre de référence facilement compréhensible pour nommer les activités qualité.

Les mesures prévoient également de fournir des outils et de la formation sur divers aspects de la gestion de la qualité. Il y a lieu de préciser au préalable une stratégie de formation pour les équipes. Il ne s'agit pas tant d'offrir des formations théoriques mais plutôt des interventions sur mesure selon les difficultés rencontrées par les équipes.

Au niveau des outils de travail, le plan d'intervention interdisciplinaire est prêt et sera diffusé en septembre prochain.

Plus important que la prise en compte individuelle de ces mesures, est le fait qu'elles conduisent à l'atteinte de l'objectif 2002-2003 fixé par le Conseil d'administration de l'établissement, lequel constitue également l'engagement du directeur général envers les EQA.

« Qualité

2.1. Développer un processus permanent d'amélioration de la qualité et assurer le soutien aux Équipes Qualité Agrément.

2.3. Proposer aux équipes cliniques un outil d'intervention facilitant la coordination et du support pour son utilisation »

(Annexe 7 : Les objectifs de l'Hôpital Louis H. Lafontaine, 1<sup>er</sup> Avril 2002 au 31 Mars 2003)

Ultimement, ces objectifs de l'établissement visent à encadrer les activités qualité dans un programme global qui s'adresse à toutes les composantes de l'établissement et qui donne une direction aux travaux des équipes.

Le Comité planification-coordination agrément n'a pas retenu dans ces mesures l'opportunité de créer des programmes clientèles. L'auteur ne partage pas cet avis.

Nous rappelons que les EQA sont composées de personnes appartenant à la fois à des disciplines et à des directions différentes et que pour assurer un suivi efficace, la direction générale fut obligée de déborder le plan d'organisation de l'établissement lequel repose sur une structure traditionnelle en silo, afin d'attribuer à chaque EQA un directeur, responsable de son suivi.

D'autre part, le remplacement du sous-comité qualité du Conseil d'administration au profit de quatre autres sous-comités (comité des ressources matérielles et financières, comité des soins et services à la clientèle, comité de l'enseignement et des ressources humaines, comité d'éthique et de la recherche) ajoute des difficultés par rapport au concept qualité. Ainsi, dans un hôpital, la qualité, l'efficacité, et la pertinence des services sont intimement associées au milieu de travail (climat organisationnel, relations de travail), à la compétence du milieu (recrutement, qualification et développement de son personnel) et aux moyens dont il dispose (ressources humaines nécessaires, équipements adéquats). Est-ce que lorsqu'on parlera qualité, une EQA ou une direction devra voyager d'un sous-comité à l'autre ? La qualité ne se morcelle pas !

C'est pour l'ensemble de ces raisons que les programmes clientèles sont intéressants. Un programme clientèle regroupe des patients atteints de problématiques similaires et pour lesquels un programme spécifique de soins est développé. Des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles sont affectées directement à la gestion et à la mise en œuvre du programme. La direction du programme et son personnel sont responsables et imputables de la qualité des services rendus. Les membres des EQA appartiennent au programme et même s'ils sont de disciplines différentes, ces personnes relèvent d'un même directeur, le directeur du programme. Il s'agit d'intégration.<sup>25</sup> La qualité devient un tout et les quatre sous-comités du Conseil d'administration deviendraient alors caducs. Dans le cadre du projet de l'établissement à l'effet de devenir un Institut Universitaire de Santé Mentale, cette opportunité devrait être étudiée.

---

<sup>25</sup> A.P. Contandriopoulos, G. Pouvoirville, E. Menvielle, M. Kerleau. « Transformer l'hôpital : la conduite du changement ». Recueil de textes. Montréal. Administration de la Santé. Juin 2002.

En attendant et dans le but de bien s'assurer que les différents projets qualité seront d'une part bien menés, et d'autre part, discutés au niveau de chacun des sous-comités du Conseil d'administration, il serait intéressant que le comité de gestion de l'établissement se transforme à tous les trois mois en Comité de Revue de la qualité présidé par l'adjoint au directeur général.

Celui-ci aurait alors comme mandat :

- D'assurer le suivi de chacun des projets qualité de l'établissement ;
- D'apporter les ajustements nécessaires ;
- De faire le lien avec l'ensemble des composantes de l'établissement
- D'orienter les projets vers le sous-comité du C.A. concerné.

## Conclusion

En participant volontairement au programme MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation) du Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé, l'hôpital Louis H. Lafontaine adoptait le concept d'Amélioration Continue de la Qualité (ACQ) induit par ce programme.

Il appert qu'un des véhicules les plus prometteurs d'amélioration continue de la qualité dans l'établissement soient les Équipes Qualité Agrément (EQA); ces équipes multidisciplinaires et transversales ont procédé à l'auto évaluation des soins et des services qu'elles dispensent et proposé des plans d'amélioration de la qualité.

Encore faut-il qu'elles soient pérennes...

Le présent travail montre que l'on peut agir sur les causes qui influencent directement la pérennité des EQA, mais que ces actions sont à elles seules insuffisantes. Il faut en plus rendre visible l'engagement de la direction envers le CCASS et l'ACQ et favoriser le développement d'une structure permanente qui intègre et soutient de façon cohérente les activités des EQA ainsi que les autres activités qualité en cours dans l'établissement. À ce titre, une série de mesures d'amélioration du programme de gestion de la qualité de l'établissement sont proposées et ce, sur les plans stratégique, culturel, technique et structurel. Cette structure aurait entre autres responsabilités celles de favoriser la compréhension et la diffusion de la politique qualité de l'établissement, de développer un cadre de référence de la qualité permettant à la majorité des employés de nommer et situer leurs activités « qualité » et de rendre disponibles des outils qualité et des outils de travail (ex. plan d'intervention interdisciplinaire) aux différentes équipes.

Si des formations et des outils qualité sont proposés aux employés, et si, par ailleurs, nous acceptons que l'ACQ est une philosophie et un système de gestion, il importe de s'empresse à redéfinir le leadership et le rôle des cadres comme le montre le travail du Dr. Régis Duvauferrier du CHU de Rennes, dont le département de radiologie est en voie de certification ISO 9000.

Le projet d'intégration met également en évidence les incohérences entre une structure organisationnelle, par direction et par discipline et des équipes qualité-agrément et

soignantes transversales. Il propose des solutions et suggère fortement de réfléchir à une structure basée sur des programmes clientèles.

Des indicateurs de résultats sont également proposés. D'abord avant la visite du CCASS en Décembre 2001; ceux-ci indiquent davantage une tendance vers la pérennité des EQA car elles se sont engagées dans des planifications d'activités à court et moyen terme : le nombre d'auto évaluations réalisées, le nombre de plans d'action déposés.

D'autres indicateurs de résultats sont également prévus après la visite, soit à partir de Septembre 2002. Certains ont pour but de favoriser le suivi de la mise en application des mesures pour l'amélioration du programme de gestion de la qualité de l'établissement. Ultiment, la véritable pérennité des EQA selon notre définition : « *État des équipes qualité-agrément qui demeurent engagées, actives au-delà de la visite du CCASS et dont les membres se réunissent en vue d'élaborer et de réaliser des plans d'amélioration de la qualité* » se mesurera selon que :

- Les EQA se réuniront régulièrement en cours d'année;
- Les EQA conserveront leurs membres, ou encore remplaceront ceux qui quittent par obligation ;
- Les EQA associeront les membres de l'Équipe élargie aux différentes étapes du processus d'amélioration de la qualité ;
- Les EQA feront preuve d'avancement dans leurs travaux ;
- Les EQA présenteront des résultats et seront reconnues
- Les EQA seront fières et satisfaites.

La qualité apparaît donc comme une recherche incessante !

## Bibliographie

### Volumes

Breton, Bilodeau, Boyer. Planifier, implanter, évaluer : Guide pratique pour un programme en santé mentale. Montréal; H.R.D.P., 2001.

CCASS. Programme MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation). Ottawa; 2<sup>ième</sup> édition, 2002.

HLHL. Politique de la gestion des risques. Manuel des Politiques et procédures. (D.G.). Janvier 1997.

Kélada, J. Comprendre et réussir la qualité totale. Montréal; Éditions QUAFEC, 1992.

Koves, Lesage, Boisguérin, Fournier, Lopez, Ouellet, Planification et évaluation des besoins en Santé mentale. Paris; Éditions Flammarion, 2001.

Legault, G. Réussir la qualité totale dans une entreprise de services. Montréal; Éditions Vermette, 1991.

Mouvement Québécois pour la qualité. Les outils de la qualité. Montréal; MITC, 1998.

### Articles et textes

ANAES. « Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français ». Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Paris, 1999.

Caria, A., Kergall, C., Ryback, C. et all. Demander leur avis aux patients, qu'est-ce que cela change ? Dossier : Les droits de patients en psychiatrie et santé mentale. Document reçu à ENSP (Rennes), Mars 2002.

Contandriopoulos, A.P., Pouvoirville, E., Menvielle, E., Kerleau, M., Transformer l'hôpital : la conduite du changement. Recueil de textes, Mtl, Administration de la santé, Juin 2002.

Demers, Michel. Travail sur la Norme ISO 9001, réalisé dans le cadre du cours Pilotage du Progrès et de la Performance. Université de Technologie de Compiègne, Septembre 2001.

D'Hoore, William. « Enjeux de l'évaluation de la qualité des soins ». Perspective soignante. No 6, p 9 -28.

Duvaufferrier, R., Philippe C., Rolland B. et all. Gestion de la qualité dans un département de radiologie et imagerie médicale. Document inédit. Centre hospitalier de la ville de Rennes (Mars 2002).

Foissaud, Sylvie. Suite à l'accréditation de l'établissement, quelle stratégie pour une démarche qualité intégrée et pérenne ?, QUÉOPS, Septembre 2001.

Haddad, S., Roberge, D. et Pinault, R. « Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité ». Ruptures. Vol. 4, 1997, p. 59-78.

Joint Commission of Healthcare Organization. (Traduit de l'anglais par Machet et Rule). « Une table ronde : des leaders d'hôpitaux discutent des résultats de l'implémentation de l'amélioration continue de la qualité ». In Journal of Quality Improvement. Mars 1992. Vol. 18, No 3.

Lozeau, D. « L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité ». Ruptures. Vol.3, 1996, p. 187-208.

Mouvement Québécois de la Qualité. En mouvement. Bulletin trimestriel. Vol.2, Numéro 1, Janvier 2002, p. 1 à 4.

Mouvement Québécois de la Qualité. Les outils de la qualité. Montréal, 1998.

Patrice, F. et Rhéaume, J., Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec. Ruptures : revue transdisciplinaire en santé. Vol. 8, No 1, 2001, p. 6 à 26.

Roussel, Patrice. Cours d'amélioration de la qualité. QUÉOPS, ENSP, Rennes, Mars 2001.

Roussel, Patrice. « Guide pour l'observation de la démarche d'amélioration de la qualité en établissement de santé ». Adaptation du référentiel du M.F.Q. aux établissements de santé. Version 4, Janvier 2002.

Thierré, Anne. Rapport de stage qualité. HLHL. Avril 2002.

## **Sites Internet**

Malcolm Baldrige Foundation. <http://www.quality.ist.gov/>

European Foundation for Quality Management: [http://www.efkm.org/new\\_website/](http://www.efkm.org/new_website/)

## **Liste des annexes**

**Annexe 1.** Organigramme de l'établissement, Février 2002.

**Annexe 2.** Exemplaires du Journal Information.

**Annexe 3.** Affiche Qualité-Agrément 2001-2004.

**Annexe 4.** Exemplaires du Bulletin Agrément Qualité.

**Annexe 5.** Points forts et points à améliorer suite à l'état des lieux de la démarche qualité.

**Annexe 6.** Étude des Normes ISO 9001 portant sur la politique qualité.

**Annexe 7.** Les objectifs de l'hôpital Louis H. Lafontaine, 1<sup>er</sup> Avril 2002 au 31 Mars 2003.

**Annexe 1.**

**Organigramme de l'établissement, Février 2002**

**[Organigramme de l'établissement, Février 2002](#)**

**Annexe 2.**

**Exemplaires du Journal Information**

**[Extrait du Journal Information no 18 - 30 août 2001](#)**

**[Extrait du Journal Information no 19 – 13 septembre 2001](#)**

**[Extrait du Journal Information no 24 – 22 novembre 2001](#)**

**[Extrait du Journal Information no 25 – 6 décembre 2001](#)**

### **Annexe 3**

#### **Affiche Qualité-Agrément 2001-2004**

**[Affiche Qualité-Agrément 2001-2004](#)**

## Annexe 4.

### Bulletin Agrément Qualité #2

## Évolution de nos équipes Agrément- Qualité

La constitution de nos équipes Agrément-Qualité se poursuit. On se rappelle les responsabilités de ces équipes:

- ☞ Procéder à l'auto-évaluation des normes du CCASS pour les services couverts; compléter et rassembler la documentation; rencontrer les visiteurs du CCASS et assurer le suivi des recommandations.
- ☞ Identifier des objectifs et des plans d'amélioration de la qualité des services.
- ☞ Se doter d'indicateurs pertinents.

Pour ce faire, il était important que chaque équipe Agrément-Qualité se nomme un ou des chefs.

A l'heure actuelle, 23 équipes ont procédé à cette opération. Il a également été convenu d'attribuer un coach à chaque équipe. Le rôle de cette personne en est un de liaison entre les équipes et le comité de coordination-planification agrément (CPCA) de même qu'un rôle "ressource" auprès des chefs d'équipe.

Le tableau ci-joint identifie le ou les chefs des équipes Agrément-Qualité présentement en action ainsi que les "coaches".

Nous remercions bien chaleureusement ces personnes pour leur engagement envers l'Hôpital et la qualité. Des mercis tout aussi particuliers au quelque 233 personnes qui composent nos équipes Agrément-Qualité.

## Invitation à nos chefs d'équipe Agrément-Qualité

Monsieur Michel Desjardins, adjoint au directeur général convie tous les chefs d'équipe Agrément-Qualité ainsi que les membres du CPCA à un dîner-rencontre le 29 mars à la salle 5 du module d'enseignement.

Ce sera une excellente occasion pour échanger sur les travaux en cours dans les équipes et de "se souligner" notre participation. Monsieur André Lemieux sera avec nous, pas seulement comme directeur général mais aussi comme chef de l'équipe Leadership et Partenariat!

## Un outil pour aider les équipes de prestation de soins et services

Lorsqu'une équipe de prestation de soins et services discute des normes et critères, il arrive souvent que les membres s'interrogent à savoir si les contenus de discussion s'adressent à un critère plutôt qu'à un autre. C'est pas toujours évident d'autant plus que les normes et critères de cette section couvrent plusieurs pages.

Nous avons élaboré un document qui identifie les 6 domaines de cette section ainsi que les normes et critères appartenant à chacun des domaines lesquels sont:

- ☞ Élaboration et amélioration continue des soins et des services à la population
- ☞ Offre de prestation de soins et services
- ☞ Établissement de buts communs
- ☞ Mise en œuvre du plan d'intervention

- ☞ Utilisation des médicaments, enseignement et acquisitions
- ☞ Préparation au transfert ou au départ et suivi.

Ce document est disponible auprès des coaches des équipes de prestation de soins et services. On ne se gêne pas pour en faire la demande!!

## **Feedback des sessions de formation**

Lors des sessions de formation portant sur le processus d'auto-évaluation, différents exercices ont été réalisés dont l'un portait plus particulièrement sur l'identification en équipe des gains que chacun espérait suite à sa participation à une équipe Agrément-Qualité.

Nous avons conservé ces informations que nous vous remettons aujourd'hui, un reflet de vos attentes en quelques sorte!

- ☞ Occasion de se recentrer sur notre raison d'être et notre rôle; services plus adaptés pour diminuer les rechutes
- ☞ S'inscrire dans une culture d'amélioration continue; en faire un processus permanent: qualité de soins plus élevé
- ☞ Prendre conscience du travail que nous réalisons
- ☞ Développer ensemble une attitude positive
- ☞ Penser continuum de soins; meilleure coordination
- ☞ Remettre en question nos pratiques professionnelles; réflexion sur nos façons de faire
- ☞ Occasion d'échanges entre professionnels
- ☞ M'enrichir par des communications envers les autres; s'enrichir professionnellement; profiter des compétences des autres
- ☞ Connaissance de notre fonctionnement d'équipe; mieux se connaître: vision globale au sein de l'équipe
- ☞ Occasion de se centrer sur les vrais besoins du client; préciser les besoins de la clientèle; meilleure identification des besoins
- ☞ Augmenter la confidentialité et le respect du patient; penser aussi sécurité
- ☞ Meilleure connaissance des différents processus dans les différents services; meilleure coordination
- ☞ Développer un langage commun
- ☞ Meilleure connaissance de l'organisation de notre service; meilleure connaissance de l'ensemble des services
- ☞ Augmentation de notre efficacité dans le respect de l'autonomie de chacun
- ☞ Occasion de s'impliquer davantage; reconnaître son utilité
- ☞ Occasion d'impliquer l'utilisateur dans le processus d'agrément
- ☞ Prendre part à une démarche continue et structurée
- ☞ Être davantage complémentaire et éviter les doublons
- ☞ Exercice de mobilisation qui devrait se répercuter dans tous les services
- ☞ Être préoccupé de la satisfaction de la clientèle et des insatisfactions également
- ☞ Occasion de se faire entendre auprès de la direction: chance d'être entendu
- ☞ Augmenter la participation du patient à l'élaboration et à la mise en œuvre de son plan de soins
- ☞ Miser davantage sur les forces du patient; nous travaillons déjà beaucoup les faiblesses; l'impliquer dans les processus
- ☞ Exercice qui nous donne un cadre de travail
- ☞ Développer davantage de cohérence entre nous
- ☞ Augmenter notre satisfaction au travail en tant qu'équipe
- ☞ Évaluation externe: occasion d'être gratifié; reconnaissance
- ☞ Apprendre à être ensemble (interdisciplinarité)
- ☞ État de situation : chemin parcouru et perspectives d'avenir

## **Une omission quasi "impardonnable"**

Chacun sait combien Madame Danielle Dallaire des soins infirmiers est impliquée au niveau de cette visite du CCASS et ce, comme membre du CPCA et comme coach. Alors, imaginez que nous avons omis son nom lors du précédent BAQ lorsque nous avons nommé les membres du CPCA...

Nous avons encore beaucoup de difficultés à nous le pardonner... Mille Excuses!!

À bientôt!

Michel Demers,  
Conseiller en gestion, direction générale

Michel Desjardins,  
Adjoint au directeur général

## Annexe 4

### Bulletin Agrément Qualité # 3

## Un appel à tous!

Nous avons souhaité que nos différentes équipes Agrément-Qualité nous fassent parvenir des textes sur l'état des travaux dans les équipes, les difficultés rencontrées et les façons de les résoudre, les petites anecdotes, etc. ; le tout dans le but de partager de l'information, de se reconnaître, de s'entraider et de se solidariser. C'est avec plaisir que nous accueillons cette semaine un texte en provenance de l'équipe de gestion de l'environnement.

Ne vous gênez pas, c'est un appel à tous!

## Une équipe mobilisée

En effet, l'équipe *Gestion de l'environnement* a su poursuivre ses activités et ce depuis le début des démarches entreprises pour la visite de 1998. Cette équipe pluridisciplinaire a su relever les défis qui lui étaient destinés. Permettez-nous de vous présenter les membres de cette équipe :

Monsieur Daniel Chabot (membre sortant)	Madame Nicole Clément
Madame Claire Frenette	Madame Marie-Pierre
Gagnon (membre sortant)	Madame Sylvie Gignac
Monsieur Jean-Pierre Lafortune	Madame Dominique Landreville
Monsieur Maurice Leclair	Monsieur Luc Lemaire
Monsieur Pierre Lepage s'est ajouté à l'équipe cette année	
Madame Renée Lessard	Madame Marie Montpetit
Madame Michèle Quenneville	Monsieur Gilles Richard

Puisque cette équipe est formée de représentant de plusieurs secteurs de l'Hôpital, elle n'en est que plus riche. Dans le cadre de son dernier plan d'amélioration de la qualité des services, l'équipe a su solliciter la collaboration des services concernés pour sa réalisation.

Ainsi, nous notons que les services liés à l'environnement ont réalisé:

- L'installation et la mise en fonction des logiciels d'entretien et d'approvisionnement
- La finalisation du dossier "Politique pour piqûre accidentelle" et précaution universelle
- La réalisation dossier piqûre accidentelle, précaution universelle
- L'implantation du logiciel Nutritech. Ceci nous a permis de faire une révision complète des menus et l'élaborer de nombreuses nouvelles recettes mieux adaptées au besoin de la clientèle.
- L'élaboration de processus et procédures sur les produits toxiques.
- La réalisation d'implantation en réseau intégré des logiciels des systèmes financiers et d'approvisionnement.
- L'implantation du système de télésurveillance.
- La mise en place d'une nouvelle procédure de recherche d'individu sur les terrains de l'hôpital.
- La finalisation de la mise à jour du plan des mesures d'urgence dans son élaboration, formation, diffusion.

**Comme vous pouvez le constater, c'est toute une équipe, parce que la gestion de l'environnement c'est motivant et c'est important !**

**Andrée Daigle,  
Chef d'équipe environnement**

## **Le Directeur Général dîne en compagnie des chefs d'équipes agrément-Qualité.**

Le 29 mars dernier, chefs des équipes Agrément-Qualité, Directeur Général, membres du CPCA ont échangé autour d'un bon repas. Tous les participants ont eu l'occasion de s'exprimer sur les différentes réalités vécues par les équipes. Clairement, il s'est dégagé que les équipes Agrément-Qualité étaient en action !



Les échanges peuvent être regroupés principalement sous les vocables suivants : composition des équipes, le formulaire d'auto-évaluation du CCASS et l'échéancier.

Sur le plan de la composition des équipes, certaines ont été reconstituées presque en totalité tandis que d'autres sont nouvelles et d'autres équipes accueillent de nouveaux membres qu'il faut prendre le temps d'intégrer. Quant au formulaire d'auto-évaluation, il nécessite du temps pour le comprendre ; également des redondances sont notées. L'échéancier est court mais tous ont la conviction qu'ils vont y parvenir.

Il a également été mentionné l'intérêt suscité par la participation des usagers et l'apport de ceux-ci dans les équipes. Une équipe a rappelé le plaisir que les membres avaient à travailler ensemble de même que le plaisir à constater la convergence des préoccupations cliniques de chacun. Nous pouvons également constater que la visite du Conseil est l'affaire de tous d'autant plus que la diversité des disciplines et des personnes occupant le rôle de chef d'équipe est grande : psychologue, infirmier (ère), archiviste, psychiatre, ergothérapeute, infirmière-chef et assistante, technicien en laboratoire et travailleur social.

M. André Lemieux tient absolument à ce que le travail présentement en cours ne tombe pas à plat après le passage des visiteurs. Il a assuré les chefs d'équipes du fait qu'il verra à ce que des plans d'amélioration soient développés et qu'un suivi soit accordé aux recommandations du Conseil dès Janvier 2002.

Cette rencontre s'est déroulée dans un climat positif, positif et stimulant.

Michel Demers  
Conseiller en gestion  
Direction Générale

## **Des sessions de formation sur les indicateurs de rendement**

Le tableau de bord clinico-administratif est en voie de franchir la première étape. Il contient naturellement des indicateurs qui pourraient être utiles aux équipes de prestation de soins. D'autre part, les visiteurs du Conseil vous interrogeront sur les indicateurs que vous vous serez donnés. Aussi, nous sommes à mijoter une stratégie de formation

impliquant les équipes agrément-qualité et les gestionnaires visant à informer du contenu du tableau de bord de l'hôpital et à vous habileter à développer, au besoin, vos propres indicateurs de rendement selon ce que vous désirez améliorer au niveau des activités de votre équipe.

Nous espérons avoir des nouvelles positives à vous transmettre d'ici peu.

**DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DES CHEFS D'ÉQUIPE ET DES COACHES.**

Des changements sont survenus au niveau de l'animation des équipes et du soutien accordée à celles-ci. Suite au fait que Mme Louise Leclerc réintègre ses fonctions de chef d'unité dans le secteur de psychiatrie des territoires, c'est dorénavant Mme Nathalie Bernier qui agira à titre de chef d'équipe agrément-qualité de l'équipe psychiatrie-déficience intellectuelle.

Deux personnes succéderont à M. Michel Villemare à titre de coaches. Il s'agit de M. Sylvain Ratelle pour les équipes Montréal-Est, Pointe-aux-Trembles-unité 406, St-Léonard-unité 408 et Mercier-Ouest-unité 408 tandis que Mme Francine Simony assistera les équipes suivantes : Hôpital de jour, Clinique des jeunes adultes et le service médico-chirurgical, les services diagnostiques et la clinique des ECT.

Merci à ceux qui nous ont permis de faire un bout de chemin et bon succès à ceux qui prennent la relève!

**Michel Demers**

À bientôt!

Michel Desjardins,  
Adjoint au directeur général

**Annexe 5****Points forts et points à améliorer suite à l'état des lieux de la démarche qualité****La dimension stratégique**

<b><u>Points forts</u></b>	<b><u>Points à améliorer</u></b>
Engagement du Directeur général et le Conseil d'administration	Définition et politique qualité à réviser et à diffuser tout en tenant compte des sous-comités du Conseil d'administration
Conseil d'administration donne les orientations de l'établissement	Faire connaître les 4 sous-comités du C.A. et leurs mandats
La formulation des objectifs de l'établissement implique les directions et s'inscrit dans la perspective des orientations du C.A.	Rendre de plus en plus visible l'engagement de la direction
Les objectifs sont expliqués et diffusés aux employés	Accorder une écoute particulière à nos clients externes (partenaires de la première ligne notamment)
Cohérence entre le discours et l'action du Directeur général	S'assurer que les objectifs de l'établissement soient tous formulés en termes de résultats
Suivi des dossiers qualité des directeurs par le Directeur général	Informe peu la communauté et ses partenaires de ses bons coups
Rencontre du directeur général avec les employés jour, soir, nuit, sur le dossier qualité	
Présence d'un centre de recherche qui peut alimenter le milieu et venue de plusieurs étudiants qui questionnent le milieu	
Dossiers stratégiques et ralliant en cours : projet Institut universitaire, mouvement des clientèles	

### **La dimension structurelle**

<b><u>Points forts</u></b>	<b><u>Points à améliorer</u></b>
Plusieurs dossiers qualité pris en main directement par les directeurs	Support essentiel à la pérennité des équipes agrément-qualité
Prise en charge des rapports d'Inspection professionnelle par les disciplines concernées avec plans d'actions	Absence d'une structure qualité clairement définie, disponible, efficace et avec les ressources nécessaires. Le danger actuel est d'épuiser notre personnel le plus engagé.
Adjoint au Directeur général convaincu de l'importance de la qualité et engagé envers les équipes agrément-qualité	De façon générale, une organisation structurée par direction centrée sur des disciplines plutôt que sur des programmes (activités clientèles). Ce dernier type d'organisation se prêterait mieux à un modèle centré sur le client
Le traitement des plaintes relève du DG et présence d'un ombudsman et du comité des usagers	Les plans d'actions découlant des Inspections professionnelles se réalisent souvent la dernière année précédant la visite d'Inspection : il en est de même pour le CCASS
Une organisation qui véhicule les besoins des usagers et qui dit : « Si on place l'utilisateur au centre de nos activités, on ne se trompe pas »	Peu de moyens sont consentis au Comité des usagers pour mener à bien son mandat d'appréciation de la satisfaction des usagers

**La dimension technique**

<b><u>Points forts</u></b>	<b><u>Points à améliorer</u></b>
Modèle traitement-réadaptation-réhabilitation des usagers est partagé par l'ensemble du personnel ; encore du chemin à faire pour l'intégrer	Absence de mesure de satisfaction des usagers
Plan de développement des ressources humaines est bien fait (PDRH) ; il est évalué et mis à jour régulièrement. Existence d'un service de développement et formation des ressources humaines actif	Très peu de formation sur les outils qualité sauf indicateurs de rendement
Mise en place de plans d'actions suite à des visites d'Inspection professionnelles	Articulation déficiente entre les processus de différents services
Présence de tableaux de bord : clinico-administratif et Conseil d'administration	Assurer la pérennité des équipes agrément-qualité
	Évaluer l'efficacité des tableaux de bord de même que les résultats découlant d'un nouveau développement
	Pas de mesure d'adhésion du personnel à la pratique qualité

**La dimension culturelle**

<b><u>Points forts</u></b>	<b><u>Points à améliorer</u></b>
Importance des valeurs d'écoute, de respect et de qualité des communications	Pas d'évaluation formelle de la satisfaction des usagers ; absence également, dans le milieu, d'outil de mesure
Personnel dévoué à l'égard des usagers	Le personnel fait des activités et du travail de qualité sans pour autant le nommer ; d'autre part, la reconnaissance de ces gestes qualité est peu faite, comme si cela allait de soi
Niveau de participation élevé, tradition de consultation via des groupes et des comités et tradition de participation aux prises de décisions	Améliorer l'écoute des clients externes : milieu trop souvent hospitalo-centré qui a de la difficulté à travailler en réseau avec des groupes ou organismes ayant une philosophie de soins différente de l'établissement
Capacité élevée d'adaptation des employés	Nous entrons présentement dans une culture de résultats. À renforcer. Par le passé, l'hôpital avait les moyens. Maintenant, il doit évaluer pour faire les bons choix
	Au nom d'une culture qualité, difficulté pour les professionnels de changer leurs pratiques

## Annexe 6

### Étude des Normes ISO 9001

#### **5.3 Politique qualité.**

La direction *doit assurer* que la politique qualité : a) est **adaptée** à la finalité de l'organisme ; b) **comprend l'engagement** à satisfaire aux exigences et à l'amélioration continue ; c) **fournit un cadre** pour établir et revoir les objectifs qualité ; d) est **communiquée** et comprise à chaque niveau de l'organisme ; e) **est revue** quant à son adéquation permanente.

**Adapter :** (La politique a été établie en 5.1.)

- Vérification par le comité qualité si la politique qualité est cohérente avec la mission de l'établissement et son plan de transformation.

**Comprendre l'engagement :**

- Rédaction d'un énoncé de principe clair traduisant la volonté de l'établissement quant à son engagement aux exigences de sa politique.
- Signature de l'énoncé de principe conjointement par le Directeur général et le Président du Conseil d'administration et allocation des ressources.

**Fournir un cadre :**

- Production de l'organigramme qualité de l'établissement avec ses lignes hiérarchiques et responsabilités.
- Description du mandat et du rôle du comité qualité de l'établissement à l'égard des objectifs de l'établissement.
- Identification des cibles qualité ainsi que des modalités d'établissement des objectifs aux différents niveaux de l'établissement.

**Communiquer :**

- Vérification auprès de petits groupes de la facilité de lecture et de compréhension de la politique ; faire les ajustements requis.

- Planification de la diffusion de cette politique en tenant compte de l'importance qu'elle soit comprise par les différents groupes.
- Prévion de moyens de communication correspondant à chaque groupe afin de s'assurer de sa compréhension et recevoir un feed-back immédiat.

**Revoir :**

- Prise en compte dans la politique des temps où le comité de gestion et le comité qualité de l'établissement revoient la politique à la lumière a) de l'évolution des patients et b) de ses missions et de l'évolution de son plan de transformation.

**5.4.1 Objectifs qualité.**

Il convient de *fixer* les objectifs de l'organisme au cours du processus de planification. Ces objectifs sont cohérents avec la politique qualité et quantifiables.

**S'assurer que :**

- Détermination par chaque direction sur une base annuelle d'objectifs qui s'inscrivent à l'intérieur des objectifs qualité de l'établissement.
- Identification des éléments que devront inclure les objectifs des services de la direction : (cohérence avec ceux de la direction, faits par le personnel, mesurables, échéancier, porteurs).
- Planification de la présentation des objectifs de la direction et des objectifs attendus de la part de chacun des services.
- Identification des moments de remise des plans d'actions de chaque direction.

**Valider :**

- Vérification par la direction de la conformité des objectifs par rapport à la demande.
- Acceptation par la direction des objectifs des gestionnaires de service et transmission des attentes de la direction quant à l'évaluation des résultats et du suivi.

## **Annexe 7**

### **Les objectifs de l'Hôpital Louis H. Lafontaine 2002-2003**

[Objectifs annuels de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2002-2003](#)