

## Cadre de gestion intégrée de la qualité

La santé dans le Nord-du-Québec :

**B**âtir ensemble notre **A**venir

**Rédaction**

Jean Fraser, directeur de la qualité, des risques et des ressources informationnelles

**Révision linguistique**

Marie-France LeBlanc, réviseure

Présenté au conseil d'administration le 16 mars 2010

**Conception graphique**

Imprimerie Nord Graphique

**Citation suggérée :**

FRASER, Jean. *Cadre de gestion intégrée de la qualité*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2010, 26 p.

**Vous pouvez vous procurer un exemplaire du document auprès du**

CENTRE DE DOCUMENTATION

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

312, 3<sup>e</sup> Rue

Chibougamau (Québec) G8P 1N5

Téléphone : 418 748-3575

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque nationale du Canada, 2010

ISBN 978-2-922250-77-0

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le sens le justifie.



TABLE DES MATIÈRES

Introduction ..... 3

Fondements ..... 5

Modèle intégrateur ..... 9

Plan d’organisation ..... 17

Conclusion ..... 19

Bibliographie ..... 21









## INTRODUCTION

En avril 2007, le Centre régional de santé et de services sociaux (CRSSS) de la Baie-James a créé la Direction de la qualité, des risques et des ressources informationnelles. Cette direction est née d'un souci du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale de l'établissement de soutenir la démarche d'agrément au sein de laquelle s'inscrivait le CRSSS pour répondre aux impératifs législatifs, mais surtout pour répondre aux besoins des usagers afin de leur assurer les meilleurs services possible, compte tenu des ressources humaines et financières limitées de l'organisation, qui, faut-il le rappeler, couvre le tiers de la superficie du Québec, pour une population d'environ 20 000 personnes.

Ces deux préoccupations de l'organisation passent par une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette démarche d'amélioration continue de la qualité repose sur le cadre présenté dans ce document. Ce cadre s'inspire en grande partie de celui élaboré par Agrément Canada, de celui du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale de même que de celui du guide de la gestion intégrée de la qualité élaboré par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. De plus, le cadre du présent document s'appuie sur de saines pratiques de gestion, pratiques qui interpellent de plus en plus les gestionnaires des organisations publiques.





## FONDEMENTS

Pour la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, tous les acteurs de l'établissement sont visés, soit le conseil d'administration, la présidente-directrice générale, le comité de direction, les gestionnaires, l'ensemble du personnel, les intervenants, les professionnels, les médecins et les partenaires contractuels. De plus, l'action de tous ces acteurs doit être guidée par les cinq fondements suivants :

- Tous doivent être à l'écoute des utilisateurs des services de santé.

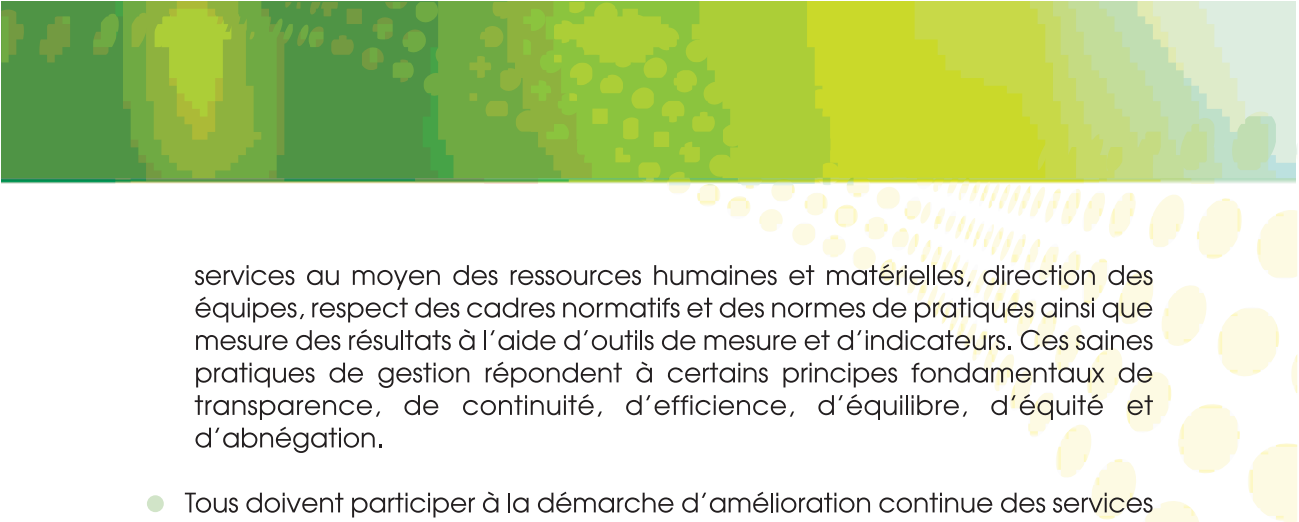
Ce fondement vise à permettre aux usagers de l'établissement de recevoir des soins et services de qualité et sécuritaires. Pour cela, les usagers doivent être consultés et écoutés.

Être à l'écoute des usagers comprend deux volets. Le premier volet concerne la connaissance du milieu couvert par l'organisation. Les études menées par la Direction de santé publique sur les collectivités que sont Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson sont d'excellents outils pour acquérir cette connaissance. Le second volet touche à la satisfaction des usagers quant aux services qui leur sont offerts en fonction de leurs propres attentes. Des mécanismes comme les sondages de satisfaction des usagers lors d'une prestation de soins ou services, la gestion et le traitement des plaintes par la commissaire aux plaintes, le comité des usagers et la consultation des tiers dans le cadre d'une démarche de planification stratégique sont des moyens de s'assurer de la satisfaction des usagers.

- Tous doivent exercer un leadership mobilisateur.

Bien que les usagers soient les premiers visés par leur propre état de santé, tous les acteurs de l'organisation doivent converger vers une culture organisationnelle axée sur la qualité et la sécurité. Ainsi, pour passer d'une culture axée sur le blâme à une culture axée sur la qualité et la sécurité, il faut non seulement y adhérer, mais l'exprimer clairement, par exemple au sein d'orientations stratégiques ou de code d'éthique quant aux comportements attendus dans l'établissement.

Le leadership mobilisateur s'exprime par de saines pratiques de gestion : planification des services et soins offerts aux usagers, organisation des



services au moyen des ressources humaines et matérielles, direction des équipes, respect des cadres normatifs et des normes de pratiques ainsi que mesure des résultats à l'aide d'outils de mesure et d'indicateurs. Ces saines pratiques de gestion répondent à certains principes fondamentaux de transparence, de continuité, d'efficacité, d'équilibre, d'équité et d'abnégation.

- Tous doivent participer à la démarche d'amélioration continue des services offerts.

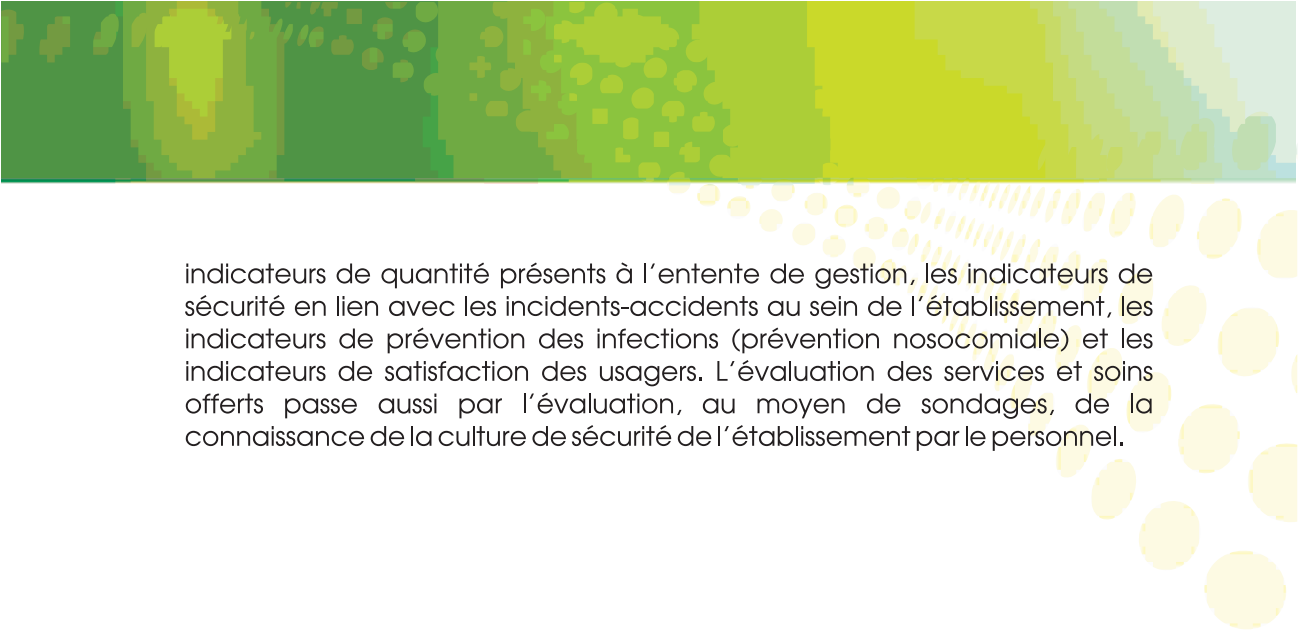
L'amélioration continue de la qualité demande la participation de tous les acteurs de l'établissement. Cette participation doit être signifiée clairement. Ainsi, les **actions** suivantes doivent être communiquées à tous :

- L'implantation d'une culture de sécurité passe par le respect des pratiques organisationnelles requises établies par Agrément Canada, pratiques qui sont mieux connues sous l'acronyme *POR*.
  - L'implantation d'une culture de qualité passe par l'appropriation des diverses normes de qualité définies par Agrément Canada.
  - Tous les prestataires de soins et services doivent être sensibilisés au respect des normes de sécurité pour la sauvegarde et l'intégrité des actifs informationnels.
- Tous les partenaires contractuels de l'organisation doivent avoir ce même souci d'offrir des services et soins de qualité.

La gestion intégrée de la qualité ne concerne pas uniquement les prestataires de l'établissement. Elle concerne aussi tous les fournisseurs de biens de toutes sortes de l'organisation de même que les ressources contractuelles avec qui l'établissement fait affaire. Dorénavant, il importerait donc d'inclure dans les ententes contractuelles avec ces tiers ou dans les appels d'offres un engagement à se préoccuper de la qualité et de la sécurité des biens et services fournis.

- Tous les acteurs de l'établissement doivent contribuer à l'évaluation des services et soins rendus en alimentant les indicateurs de qualité mis à leur disposition.

L'évaluation des services et soins offerts doit être soutenue par la mise en place d'indicateurs et de données probantes, plus spécifiquement les



indicateurs de quantité présents à l'entente de gestion, les indicateurs de sécurité en lien avec les incidents-accidents au sein de l'établissement, les indicateurs de prévention des infections (prévention nosocomiale) et les indicateurs de satisfaction des usagers. L'évaluation des services et soins offerts passe aussi par l'évaluation, au moyen de sondages, de la connaissance de la culture de sécurité de l'établissement par le personnel.



## MODÈLE INTÉGRATEUR

Le CRSSS de la Baie-James fait sien le modèle élaboré par Agrément Canada dans le cadre de l’agrément d’un établissement de santé et de services sociaux.

Le modèle d’Agrément Canada intègre deux grands principes en lien avec les projets cliniques de tout établissement. Le premier en est un de responsabilité populationnelle, alors que le deuxième en est un de hiérarchisation des services des première, deuxième et troisième lignes.

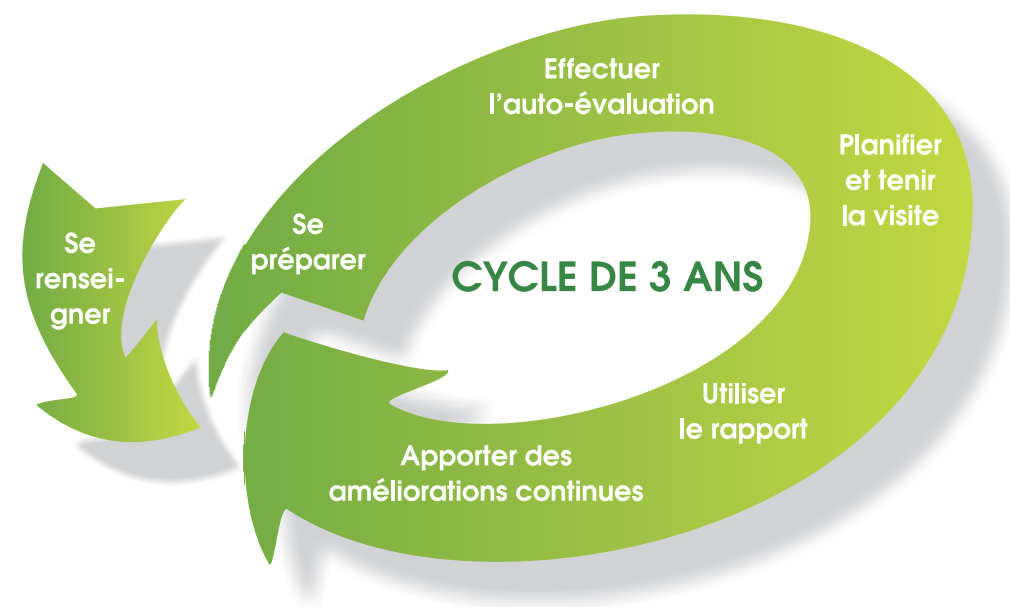
Ce modèle est également associé à huit dimensions de la qualité intégrées aux normes de qualité.

DIMENSIONS DE LA QUALITÉ	
DIMENSION	TEXTE D'ACCOMPAGNEMENT
 ACCENT SUR LA POPULATION	▶ Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.
 ACCESSIBILITÉ	▶ Offrir des services équitables, en temps opportun.
 SÉCURITÉ	▶ Assurer la sécurité des gens.
 MILIEU DE TRAVAIL	▶ Favoriser le bien-être en milieu de travail.
 SERVICES CENTRÉS SUR LE CLIENT	▶ Penser d'abord aux clients et aux familles.
 CONTINUITÉ DES SERVICES	▶ Offrir des services coordonnés et non interrompus.
 EFFICACITÉ	▶ Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.
 EFFICIENCE	▶ Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Source :  
CONSEIL CANADIEN D’AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ et CONSEIL QUÉBÉCOIS D’AGRÈMENT, *Programme conjoint d’agrément : favoriser l’excellence dans les soins de santé et les services sociaux*, Ottawa et Montréal, Les conseils, 2007, p. 25.

Dans le cadre de la démarche d'agrément, l'amélioration continue de la qualité s'inscrit dans un cycle continu d'apprentissage et d'amélioration qui s'échelonne sur une période de trois ans.

Ainsi, il faut se renseigner, se préparer, effectuer l'auto-évaluation, planifier et tenir la visite, utiliser le rapport reçu, puis apporter des améliorations continues, et ainsi de suite.

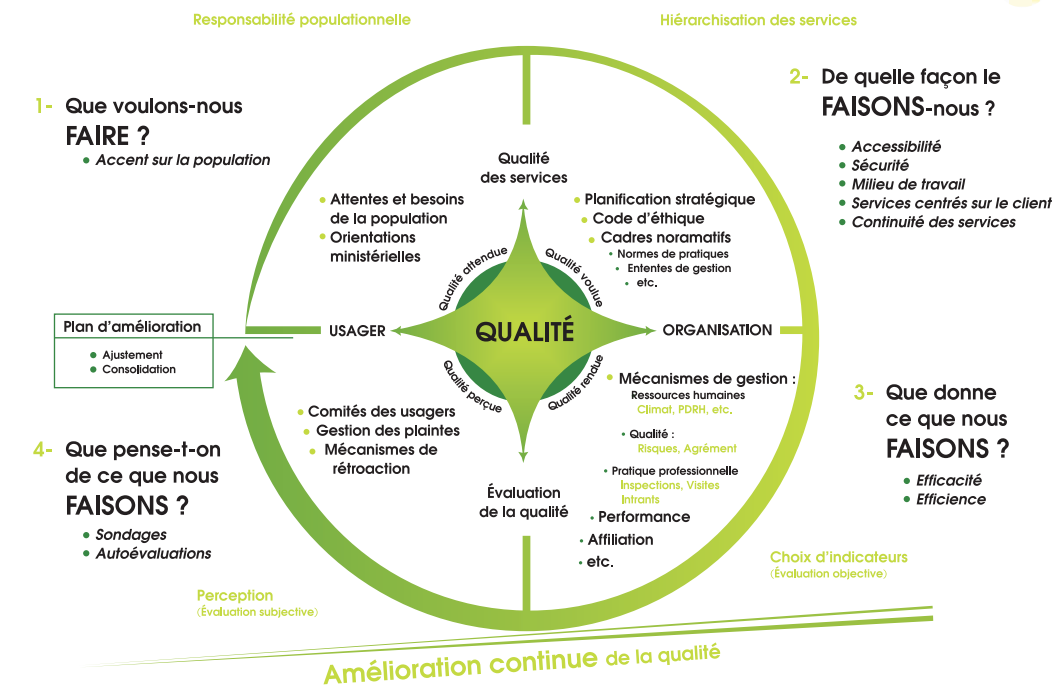


**Source :**  
Michel ARSENAULT, *Cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008, p. 4.



Quant au modèle intégrateur proprement dit, il se résume comme suit :

- « Que voulons-nous faire? »
- « De quelle façon le faisons-nous? »
- « Que donne ce que nous faisons? »
- « Que pense-t-on de ce que nous faisons? »

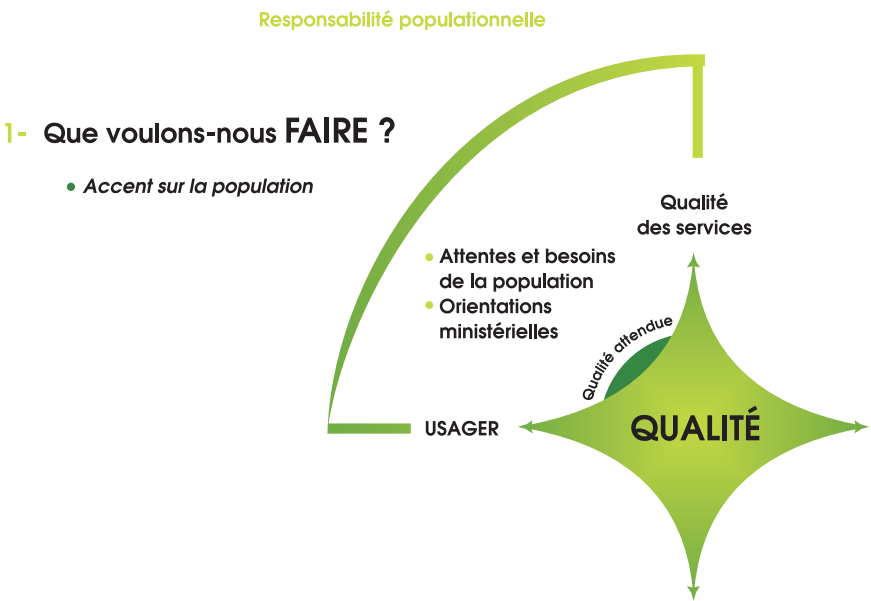


Infographie :  
Lucie Demers  
CSSS de la Vieille-Capitale

Source :  
Michel ARSENAULT, *Cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008, p. 5.

Ce modèle met en relation l’usager et l’établissement.

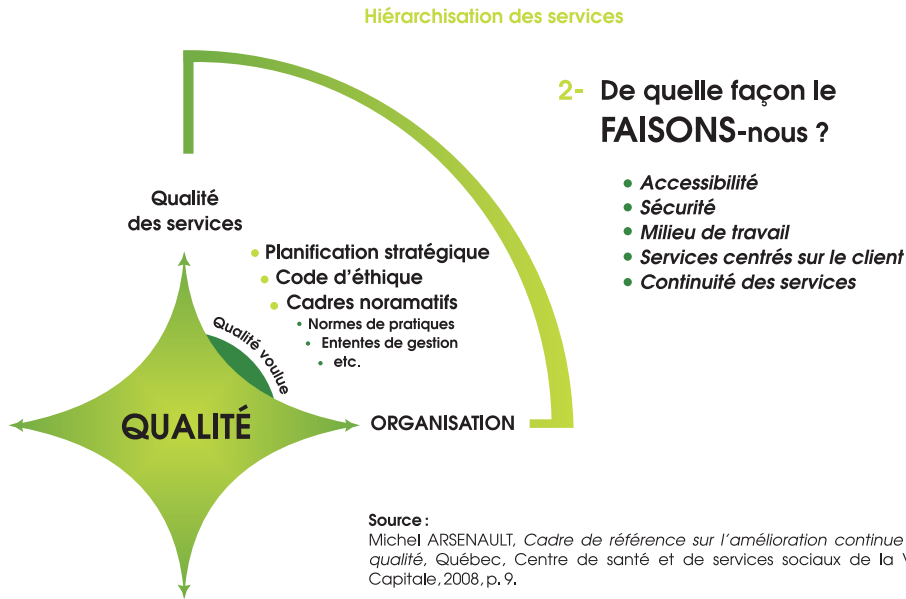
La première question, « **que voulons-nous faire?** », correspond à la première dimension de la qualité donnée dans le tableau précédent, soit celle de l’accent sur la population où il faut travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre. La première question réfère en somme aux attentes et aux besoins des usagers ou, en d’autres mots, à la **qualité attendue** des usagers.



Source :  
Michel ARSENAULT, *Cadre de référence sur l’amélioration continue de la qualité*,  
Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008, p. 8.

La qualité attendue des usagers interpelle particulièrement le conseil d’administration. Pour tendre à cette qualité attendue des usagers, celui-ci possède divers leviers, notamment les études populationnelles produites par la Direction de santé publique (monographies des collectivités), les projets cliniques en place dans chacune des communautés, les échanges avec ses partenaires par l’intermédiaire du forum ouvert ou du comité des usagers et les orientations ministérielles. Tous ces véhicules sont autant d’éléments d’information qui doivent alimenter la réflexion du conseil d’administration.

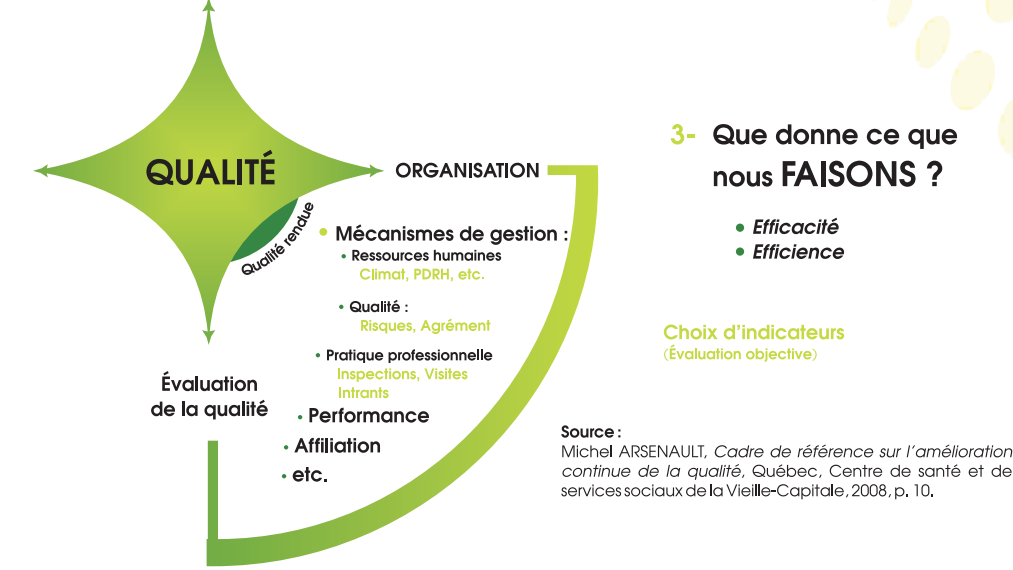
La deuxième question, « **de quelle façon le faisons-nous?** », correspond à cinq des huit dimensions de la qualité. Elle concerne l’accessibilité (offrir des services équitables, en temps opportun), la sécurité (assurer la sécurité des gens), le milieu de travail (favoriser le bien-être en milieu de travail), les services centrés sur le client (penser d’abord aux clients et aux familles) et, finalement, la continuité des services (offrir des services coordonnés et non interrompus). Cette deuxième question se rapporte à l’organisation des services. Quelle est la qualité que l’on veut au sein de l’organisation? Quelle est la qualité voulue? Pour parvenir à cette qualité voulue, un certain nombre de balises sont définies au sein du code d’éthique, des cadres normatifs, des normes de pratiques, de l’entente de gestion et de la planification stratégique.



Cette deuxième question concernant la **qualité voulue** interpelle tout particulièrement les intervenants, les professionnels, les gestionnaires, les médecins, les partenaires, bref tout le personnel et les tiers. La vision stratégique de l’organisation tout comme son code d’éthique et ses politiques doivent guider les membres du personnel dans leur rôle attendu au regard des cinq dimensions de la qualité visées (accessibilité, sécurité, milieu de travail, services centrés sur le client et continuité des services).

Sur le plan de la pratique professionnelle, les normes de pratiques et les cadres normatifs jouent un rôle important dans l’atteinte des meilleures pratiques au sein de l’établissement. Il en est de même des conseils professionnels.

La troisième question, « **que donne ce que nous faisons?** », correspond aux deux dernières dimensions de la qualité. Elle concerne l'efficacité (faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possible) et l'efficience (utiliser les ressources le plus adéquatement possible). Cette question réfère à la qualité rendue au sein de l'établissement.



Pour évaluer la qualité rendue au sein de l'établissement, divers mécanismes de mesure ou d'incitatifs doivent être mis en place.

Ainsi, sur le plan des ressources humaines, il y a lieu d'évaluer le climat organisationnel au moyen du sondage sur la mobilisation du personnel. Il y a aussi lieu de mettre en place un plan de développement des ressources humaines (PDRH), un programme de relèvement pour les cadres, un programme concernant la santé et sécurité au travail ainsi qu'un programme d'appréciation des contributions et des activités de reconnaissance.

Concernant la qualité et la sécurité, cette dimension passe par la gestion des risques, la prévention des infections, l'hygiène et la salubrité de l'environnement, l'entretien préventif des équipements et du matériel, les plans de mesures d'urgence et, finalement, la gestion des déchets biomédicaux.

Par rapport à la performance, les outils de gestion que sont les suivis budgétaires, les analyses financières, l'évaluation du panier de services, les indicateurs présents à l'entente de gestion concernant l'offre de services, les indicateurs de sécurité en lien avec les incidents-accidents, bref tout ce qui alimente les systèmes d'information, sont autant d'outils de mesure pour évaluer le niveau de performance de l'établissement.

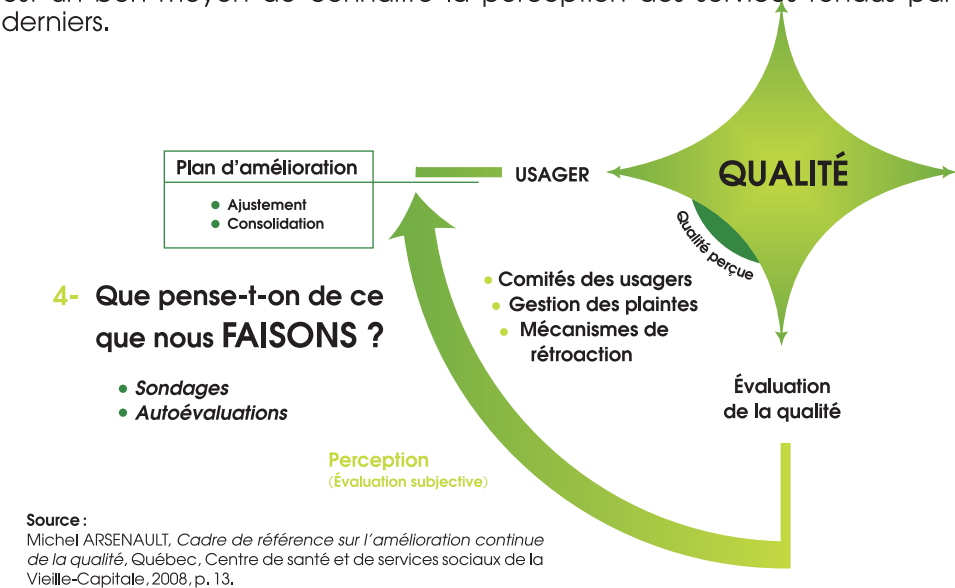
Pour ce qui est de la gestion de l’information et des communications, elle doit assurer la confidentialité, la sécurité et l’intégrité des données. L’information doit reposer sur des données probantes.

Sur le plan de la pratique professionnelle, les directions visées doivent exercer leur rôle de surveillance, de contrôle et d’évaluation des actes professionnels.

Enfin, pour le volet éthique, le souci du respect des usagers, des collègues et des professionnels doit se manifester par des comportements et attitudes dignes, des tenues vestimentaires conformes à l’environnement de travail et des propos courtois autant envers les usagers qu’envers le personnel.

La quatrième et dernière question, « **que pense-t-on de ce que nous faisons?** », est le retour vers l’usager pour connaître sa perception de la qualité rendue. Cette question concerne ainsi la **qualité perçue** par l’usager. La gestion des plaintes, le comité des usagers et les sondages de satisfaction auprès des usagers sont tous des moyens de rétroaction pour connaître la perception des usagers.

De même, l’autoévaluation auprès des employés et des prestataires de services est un bon moyen de connaître la perception des services rendus par ces derniers.



À la suite des sondages auprès des usagers et des évaluations par les employés et les prestataires de services, l’établissement, en collaboration avec les équipes qualité, établit, au moyen des plans d’action, des pistes d’amélioration à mettre en œuvre au sein de ses activités.





## PLAN D'ORGANISATION

---

Le plan d'organisation de même que l'organigramme présentent les acteurs visés par la prestation des soins et services. Avec la nouvelle réorganisation des directions des services à la clientèle, les équipes de professionnels, les médecins, les intervenants, les employés de soutien et les directions de soutien ont tous la responsabilité de contribuer au mieux-être des usagers, mais aussi à l'amélioration du milieu de travail.

Également, le conseil d'administration, le comité des usagers, le comité de vigilance, la commissaire aux plaintes, les conseils professionnels, le comité d'éthique clinique, le comité de direction, les partenaires et toutes les équipes doivent viser ce mieux-être et l'amélioration continue de la qualité.







## CONCLUSION

---

Pour la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, tous doivent avoir un souci de s'améliorer, et ce, de façon continue.

De plus, les usagers, les partenaires et tous les intervenants de l'établissement doivent être sensibilisés à cette préoccupation de la qualité en fonction des ressources matérielles, humaines et financières de l'organisation.

Deux moyens s'offrent à l'établissement pour que tous participent à cette démarche d'amélioration continue de la qualité :

- Que le conseil d'administration fasse de la prestation des soins et services sécuritaires un enjeu stratégique et qu'il en diffuse l'importance, au moyen de communications, à l'ensemble de l'établissement, de ses partenaires, de son personnel et des usagers.
- Que les activités de formation comme celles sur les facteurs humains, la gestion des risques, le maintien à jour des compétences et le respect des politiques de l'établissement, des codes d'éthique tant des ordres professionnels que de l'établissement et de la protection des actifs informationnels soient considérées comme prioritaires pour le maintien de cette amélioration continue de la qualité.





## BIBLIOGRAPHIE

---

ARSENEAULT, Michel. *Cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008, 22 p.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ et CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÈMENT. *Programme conjoint d'agrément : favoriser l'excellence dans les soins de santé et les services sociaux*, Ottawa et Montréal, les conseils, 2007, 104 p.

COUILLARD, Jacques. *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009, 106 p.





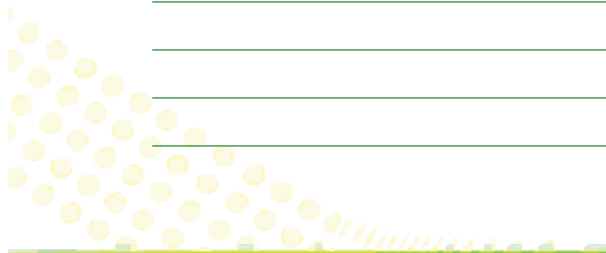
NOTES

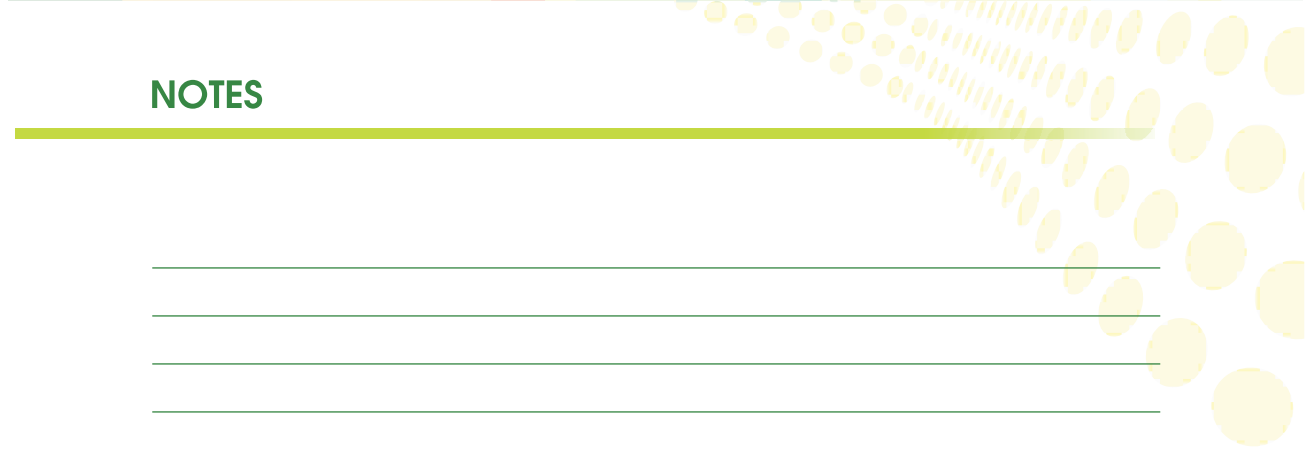
A large rectangular area for taking notes, bounded by a thin green line on the top and a thin green line on the bottom. The area is filled with horizontal green lines for writing. The right side of the area is partially obscured by a pattern of overlapping yellow and green circles.





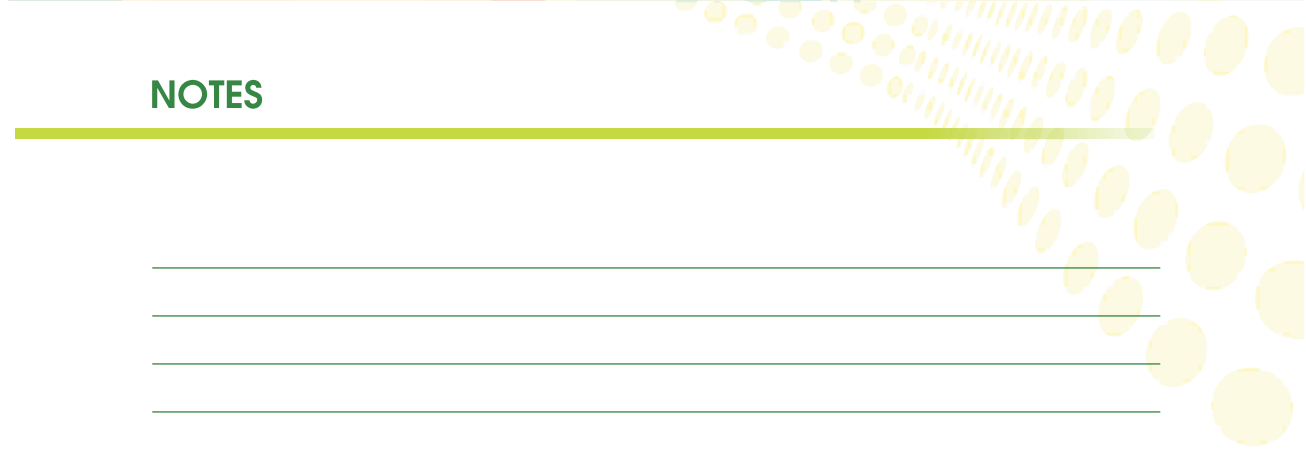
1. **Identify the problem.** The first step in the problem-solving process is to identify the problem. This involves recognizing the issue, understanding its scope, and determining the impact it has on the organization.





---





---

