

# **CADRE DE RÉFÉRENCE**

## **SUR LA GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ**

## Table des matières

INTRODUCTION .....	3
LES PRÉMISSSES ORGANISATIONNELLES .....	4
LES DÉFINITIONS DES CONCEPTS .....	5
MISE EN ŒUVRE POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ.....	6
LES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ .....	8
LES PERSPECTIVES DE LA QUALITÉ .....	10
LA GESTION DU CHANGEMENT ET L'AMÉLIORATION CONTINUE.....	11
LES OUTILS POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ .....	14
CONCLUSION.....	14
RÉFÉRENCES .....	15
ANNEXE 1.....	16

## **INTRODUCTION**

Ce document est la première étape d'une recherche continue d'amélioration. Il est entendu qu'annuellement ce cadre de référence sera bonifié à la lumière de sa mise en œuvre et des expériences vécues dans l'organisation. L'appropriation d'une telle démarche et son application au quotidien représentent un défi de taille. Ainsi, ce document se veut un outil de référence et de mobilisation pour développer une vision commune de la qualité des soins et services.

La gestion intégrée de la qualité est une approche qui implique que chaque personne est responsable et active dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Cette approche nécessite une volonté et une collaboration de tous les acteurs concernés, soit le conseil d'administration, le comité de direction, les gestionnaires, l'ensemble du personnel, les médecins, stagiaires et bénévoles.

L'élaboration de notre cadre de référence vise à proposer une démarche qui intègre les différentes composantes de la qualité. Il vise aussi à assurer la réalisation de stratégies pour mener notre établissement vers une culture de la qualité et de la sécurité. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés du modèle proposé par l'AQESSS en 2009 (1).

# **LES PRÉMISSSES ORGANISATIONNELLES**

## **La mission du CISSS des Îles**

Le CISSS des Îles a pour mission de prévenir, guérir, soigner et soutenir pour le mieux-être et la santé de la population des Îles-de-la-Madeleine en offrant, en collaboration avec ses partenaires, des services de santé, des services sociaux et des services de réadaptation de qualité, sécuritaires, accessibles, intégrés et en continuité.

## **La vision**

Le CISSS des Îles est animé par une volonté d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts à sa clientèle. Le CISSS des Îles est reconnu pour ses activités de promotion de la santé et de prévention, pour son offre de soins et d'un continuum de services adaptés aux besoins de la population et pour son leadership dans la mise en place du réseau local de services. L'approche humaine fait sa renommée auprès des usagers, des employés et des médecins et contribue à créer un milieu de travail stimulant et valorisant.

## **Les valeurs organisationnelles**

Pour guider la prise de décision et la conduite des actions qui en découlent, l'établissement retient des principes généraux fondés sur six valeurs organisationnelles soit l'humanisme, l'intégrité, l'engagement, l'excellence, le savoir-être et le savoir-faire. Ces valeurs constituent une assise tant pour l'intervention clinique que pour l'exercice des fonctions administratives et de soutien.

## **Les principes de gestion**

Le CISSS des Îles retient les principes de gestion portant sur les dimensions suivantes : l'orientation client, la qualité, la sécurité, la performance, le partenariat, l'autoresponsabilisation de l'utilisateur (empowerment) de même que la responsabilisation et la reconnaissance du personnel.

## **Les objectifs**

Le présent cadre de référence vise à favoriser :

- l'intégration de l'ensemble des activités liées à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services ;
- le soutien d'une approche centrée sur l'expérience patient ;
- la mobilisation de tout le personnel vers l'excellence des soins et des services dispensés ;
- l'évaluation du degré de conformité des processus de travail ;
- la mesure des résultats ;
- l'encadrement de la démarche de notre établissement pour assurer le maintien de son statut d'agrément ;
- la transmission de l'information au conseil d'administration sur l'ensemble des activités d'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

# LES DÉFINITIONS DES CONCEPTS

## La qualité des services

La qualité est un concept qui peut prendre un sens différent selon l'interlocuteur. Par exemple, le client qui obtient un service d'aide à domicile, un représentant de la population au conseil d'administration, un professionnel qui donne un soin, un directeur, chacun mettant l'accent sur certaines dimensions de la qualité (1).

Le CISSS des Îles adopte la définition suivante : « **la qualité des services représente la capacité de notre établissement à rendre des services pour répondre aux besoins et satisfaire les attentes des clients (usagers), par l'utilisation des meilleures pratiques conformes aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque dans un contexte de ressources limitées** ». Ainsi la qualité se reflète tant au niveau des attitudes, des comportements et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus.

Le CISSS des Îles se réfère aux huit dimensions de la qualité telles que définies par Agrément Canada :

- 1) Accent sur la population : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre ;
- 2) Accessibilité : M'offrir des services équitables, en temps opportun ;
- 3) Sécurité : Assurer ma sécurité ;
- 4) Qualité de vie au travail : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi ;
- 5) Services centrés sur l'utilisateur : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins ;
- 6) Continuité des services : Coordonner mes soins dans le continuum de soins ;
- 7) Pertinence : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats ;
- 8) Efficience : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

## L'amélioration continue de la qualité

L'amélioration continue de la qualité nécessite l'implication de toutes les personnes œuvrant au CISSS des Îles et vise une réponse optimale aux besoins et aux attentes des clients en regard de la mission et de l'offre de services du CISSS des Îles. Cette démarche, adaptée à notre contexte, s'appuie sur des principes d'évaluation, d'action et de suivi des résultats obtenus. L'amélioration continue de la qualité est plus que l'amélioration d'un processus à un moment donné. C'est un effort continu pour améliorer les processus de façon permanente afin d'atteindre les résultats escomptés. L'amélioration continue se trouve dans la prémisse qu'il est toujours possible d'améliorer les soins et les services offerts. Par étapes successives, un apprentissage continu, le développement des compétences du personnel, la production d'indicateurs de performance et des normes de pratique à atteindre visent à bonifier constamment les processus en cours.

## **La gestion intégrée de la qualité**

Le concept de gestion intégrée de la qualité vise avant tout la création d'une synergie et d'une approche où chaque personne de l'organisation est responsable et pleinement active dans le processus d'amélioration de la qualité. Devant le nombre important d'acteurs et d'instances qui détiennent des rôles en matière de qualité et de sécurité, l'intégration de la qualité à travers notre organisation vise à contrer le travail en silo, les chevauchements, la fragmentation des activités, les dysfonctionnements dans les processus. Elle favorise une vue d'ensemble pour notre organisation, pour tous les employés et médecins et facilite l'adhésion à la culture de la qualité.

## **MISE EN ŒUVRE POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ**

### **Les conditions de réussites**

- **Investir dans une culture de qualité**

Un changement de culture organisationnelle implique un travail à long terme et des transformations progressives. Afin de faciliter l'émergence d'une culture de la qualité, le CISS des Îles privilégie une démarche participative et le travail d'équipe. Notre organisation a la conviction que tous les membres de son personnel sont concernés par la qualité et la prise de décision quant aux améliorations à apporter et ce, de la façon la plus décentralisée possible. Cela favorise la mobilisation autour d'objectifs collectifs.

Une culture de la qualité implique aussi l'acceptation et la prise en compte du point de vue de notre clientèle pour cibler les pistes d'amélioration. La satisfaction des besoins et des attentes des clients et de leurs proches exprimées par les sondages, les plaintes ou les comités sont des sources d'information précieuses pour l'évaluation de la qualité des services rendus.

Finalement une communication fluide et transparente est nécessaire pour faciliter la compréhension du message, identifier les besoins d'amélioration et stimuler le partage d'idées. Cela encourage l'adhésion et l'implication de tous les intervenants en plus de susciter un sentiment de responsabilité et d'appartenance envers notre organisation.

- **Instaurer une gouvernance optimale et miser sur le leadership mobilisateur**

Quatre groupes d'acteurs se partagent le pouvoir et des responsabilités, soit : le MSSS, le conseil d'administration et son comité de vigilance, la présidence-direction générale et son équipe de direction et le personnel et les médecins. La population et les acteurs externes (agrément, ordres professionnels, etc.) exercent une influence sur ces acteurs. La « bonne gouvernance » en matière de qualité est considérée comme une responsabilité partagée par ces 4 groupes d'acteurs.

Le leadership et le développement d'une vision de la présidence-direction générale et des cadres supérieurs facilitent le maintien d'une continuité dans la démarche d'amélioration de la qualité et permettent de situer l'amélioration de la qualité comme un enjeu de planification stratégique de notre établissement.

- **Mettre en place un plan de gestion du changement**

La gestion du changement désigne généralement la manière dont les équipes mettent en œuvre le changement organisationnel. Souvent considéré comme la seule constante, le changement (et sa gestion) est un processus en évolution permanente qui touche tous les collaborateurs d'une organisation. Le CISSS des Îles s'appuie sur le modèle PDCA (la roue Deming) qui est un processus cyclique et itératif de changement et d'amélioration continue. Ainsi, ce processus guide les actions du CISSS des Îles pour qu'il puisse apporter des changements en suivant un processus simple.

- **Assurer les ressources nécessaires**

Au CISSS des Îles, la Direction de la qualité de l'évaluation, de la performance et de l'éthique porte le dossier de la qualité et de la sécurité en étroite collaboration avec toutes les autres directions. Pour mettre en place des conditions favorables pour améliorer la qualité et la sécurité au sein de notre organisation, les moyens suivants sont identifiés : la formation continue des cliniciens et du personnel, le développement des compétences basées sur l'évolution des connaissances, la présence de mécanismes appropriés d'évaluation des pratiques et une formulation claire des attentes quant à la qualité. La reconnaissance par les gestionnaires de la contribution du personnel à l'amélioration de la qualité est reconnue comme un levier de mobilisation.

Les ressources informationnelles représentent un élément essentiel à toute démarche qualité. Elles servent à étudier les problèmes, à identifier les meilleures solutions, à planifier et à évaluer les actions en cours. Développer une culture de la mesure par l'utilisation des informations et des indicateurs adéquats permet la prise de décision clinique et administrative pertinente. Les données sur la clientèle, les activités et les pratiques font partie intégrante d'une démarche qualité. Le défi est de les rassembler et de bâtir des systèmes d'information fiables qui permettent d'avoir un portrait en temps réel de la situation.

La diffusion des données probantes de nature clinique ou administrative, des guides de pratiques cliniques et des stratégies de transfert des connaissances qui s'y rattachent favorisent l'émergence des nouveaux savoirs ce qui influence et modifie les pratiques.

- **Innover en utilisant des méthodes et des outils**

Pour résoudre certains problèmes ponctuels ou récurrents ou pour répondre à certaines exigences de qualité ou de sécurité, il s'avère utile de recourir à des méthodes structurées et reconnues. L'utilisation d'outils en gestion de la qualité permet d'obtenir des améliorations grâce à une démarche cohérente et logique.

L'audit clinique est un exemple de méthode et une feuille de collecte de données représente un outil de base de la qualité, car il permet de structurer la collecte d'information. L'analyse des causes potentielles en gestion des risques est une méthode permettant d'identifier le problème et ses causes possibles en tenant compte de l'ensemble des faits de la situation.

- **Les principes de la qualité**

Les sept principes qui guident l'action de notre établissement dans la mise en œuvre des activités d'amélioration continue de la qualité des soins et des services sont :

- 1) **Orientation client** : Le client est au cœur de toute activité. Satisfaire le client est crucial pour sa fidélisation et pour préserver la réputation de l'organisme. Comprendre et répondre aux attentes des clients est primordial ;
- 2) **Leadership** : La direction doit définir les orientations de l'organisme, assurer la disponibilité des ressources nécessaires et impliquer le personnel. Elle guide l'organisme vers ses objectifs ;
- 3) **Implication du personnel** : Le personnel doit être compétent, valorisé et impliqué dans les processus. L'apprentissage se fait par l'implication active ;
- 4) **Approche processus** : Les activités doivent être gérées comme des processus interconnectés. Identifier, comprendre et améliorer ces processus est essentiel ;
- 5) **Amélioration continue** : L'organisme doit chercher constamment à s'améliorer. Cela inclut l'innovation, la prévention des problèmes et l'optimisation des performances ;
- 6) **Prise de décision fondée sur des preuves** : Les décisions doivent reposer sur des données et des faits concrets. Éviter les décisions arbitraires ;
- 7) **Management des relations avec les parties intéressées** : L'organisme doit gérer ses relations avec les parties prenantes (clients, fournisseurs, employés, etc.) de manière efficace et transparente.

## LES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

- **Les activités d'évaluation de l'expérience patient**

Situés au cœur de notre cadre de référence, les usagers sont la raison d'être de la recherche de la qualité en plus d'être des acteurs importants dans la gestion intégrée de la qualité. Leur contribution se fait principalement par un sondage accessible en ligne qui vise à connaître l'opinion des usagers sur leur expérience à l'égard des services et des soins reçus ; les recommandations du comité des usagers et résidents ; et finalement les plaintes des usagers, résidents ou leurs représentants adressées au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le code d'éthique du CISSS des Îles précise aux usagers leur engagement, leurs droits et devoirs, notamment en ce qui concerne la gestion de la qualité, en participant à la prise de décisions à la suite des informations reçues, en utilisant nos services de façon judicieuse et en signalant leur insatisfaction aux personnes concernées.

- **Les activités de gestion des risques**

La sécurité est une des dimensions de la qualité qui occupe une place importante dans notre établissement. La prestation sécuritaire des soins et des services implique le développement d'une culture de sécurité ainsi que la mise en place d'un processus de gestion des risques. Les



secteurs d'activités de gestion des risques comme les chutes, les erreurs de médicaments, les plaies de pression, les mesures de contrôle, les taux d'infection font l'objet d'un suivi par le biais d'indicateurs spécifiques des tableaux de bord.

- **Les activités d'évaluation externes**

Que ce soit aux fins d'inspections professionnelles, d'agrément, d'enquête ou de vigie, des organismes externes évaluent en partie ou globalement les activités de notre organisation et prennent part à la qualité et à la sécurité de la prestation des soins et des services offerts au CISSS des Îles. Ils aident les différents acteurs de notre établissement à poser un regard critique sur leurs activités. De plus, certains organismes génèrent des normes et des standards qui incitent notre établissement à tendre vers la recherche de l'excellence et de pratiques exemplaires.

- **Les activités de gestion de la performance**

Des indicateurs de qualité et de rendement sont élaborés au sein de notre organisation afin d'évaluer la pertinence, l'efficacité et l'efficience des processus de travail. Différents processus sont en place pour assurer le suivi et le contrôle, notamment :

- le suivi budgétaire ;
- les analyses financières ;
- les rapports de résultats ;
- les données sur la clientèle ;
- les ententes de gestion.

- **Les activités de gestion des ressources humaines**

Des activités sont mises en place afin de s'assurer que les ressources humaines soient compétentes et mobilisées :

- l'évaluation du climat organisationnel ;
- la mise en place d'un plan de développement des ressources humaines ;
- la préparation de la relève des cadres ;
- le programme de santé et sécurité ;
- la gestion de la présence au travail ;
- le programme d'appréciation de la contribution et les activités de reconnaissance.

- **La gestion de l'information et des communications**

La gestion de l'information et des communications joue un rôle important dans l'organisation. Par ce processus, notre organisation s'assure de :

- diffuser l'information pour la prise de décisions basées sur des données probantes ;
- conserver la confidentialité et la sécurité des données et de l'information ;
- fournir l'information pertinente aux différentes personnes qui exercent une fonction dans l'organisation et vérifier que cette information soit comprise et intégrée.

- **L'évaluation des activités d'accueil, d'orientation et de formation**

Différentes activités d'évaluation telles que l'évaluation de l'accueil, de l'orientation, du contenu des formations et de l'encadrement, sont mises en place afin d'assurer un apprentissage répondant aux attentes du personnel qui bénéficie de ces activités.

- **L'appréciation de la qualité de l'acte professionnel**

Les conseils professionnels sont responsables envers le conseil d'administration de contrôler et d'apprécier la qualité des actes professionnels. Le comité d'appréciation de la qualité de l'acte professionnel relevant du CMDP a le mandat d'apprécier et de contrôler la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans l'organisation. Le CII a le mandat d'apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers et le CM doit instituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres.

- **Tableau de bord stratégique**

Un tableau de bord stratégique est mis en place afin d'assurer le suivi de ces différentes activités d'évaluation de la qualité, ce qui permet d'identifier des pistes d'amélioration dans les secteurs ciblés.

## **LES PERSPECTIVES DE LA QUALITÉ**

La qualité étant un concept qui peut prendre un sens différent selon l'interlocuteur, notre cadre de référence reprend les quatre perspectives de la qualité telles que définies par l'AQESSS.

**La qualité attendue** est celle qui est souhaitée par la population. Ces personnes ont une idée de ce que doit représenter une qualité de prise en charge ou de prestation de services selon leurs expériences passées, les informations reçues sur l'organisation des services et de leurs besoins immédiats de santé.

**La qualité voulue** est celle que les professionnels et les gestionnaires recherchent en fonction de l'état de leurs connaissances, des normes professionnelles et administratives ainsi que des guides de bonnes pratiques.

**La qualité rendue** est celle organisée par l'établissement, basée sur des critères et des normes établies à l'interne et rendue par les professionnels avec les moyens disponibles. Elle est évaluée à partir de processus formels, dont l'agrément, les visites des ordres professionnels, les visites ministérielles, les activités des conseils professionnels, etc.

**La qualité perçue** se mesure lorsqu'un soin ou un service a été rendu et que les personnes soignées ou leurs familles témoignent de la qualité obtenue à partir de leur expérience par des sondages, des plaintes ou autres.

## **L'INTERPRÉTATION DES ÉCARTS**

L'analyse des écarts entre les différentes perspectives de la qualité est une façon d'identifier des pistes d'amélioration pouvant avoir un impact sur le niveau de satisfaction des clients.

### **L'écart de satisfaction**

L'écart de satisfaction nous renseigne sur l'existence d'une problématique qui peut provenir soit d'un écart de qualité, d'un écart d'attente ou d'un écart de perception.

### **L'écart d'attente**

Cette situation se produit lorsque les attentes des usagers dépassent l'offre de service. Dans cette situation, les usagers peuvent exprimer une moins grande satisfaction parce que les services, bien qu'ils soient rendus en conformité avec les bonnes pratiques, ne rencontrent pas leurs attentes et leur conception des services. En matière d'amélioration continue de la qualité, l'écart d'attente nous invite soit à mieux communiquer et à clarifier notre offre de service auprès des clients, soit à évaluer la pertinence de la modifier afin de mieux répondre aux besoins des clients.

### **L'écart de qualité**

Lorsque les services n'ont pas été rendus en conformité avec les bonnes pratiques ou tel que convenu, on parle d'une problématique par rapport à la qualité du service. Ceci nous invite à identifier les causes, proposer des améliorations, les mettre en œuvre et évaluer les résultats.

### **L'écart de perception**

L'écart de perception résulte d'une interprétation erronée de la part des clients. Cela se produit lorsque les clients n'ont pas été en mesure de percevoir que les services ont été rendus en conformité avec les bonnes pratiques. L'écart de perception nous invite à nous améliorer en mettant en place des mécanismes afin d'assurer une meilleure communication avec les clients et à donner ainsi une meilleure visibilité à la qualité des services rendus.

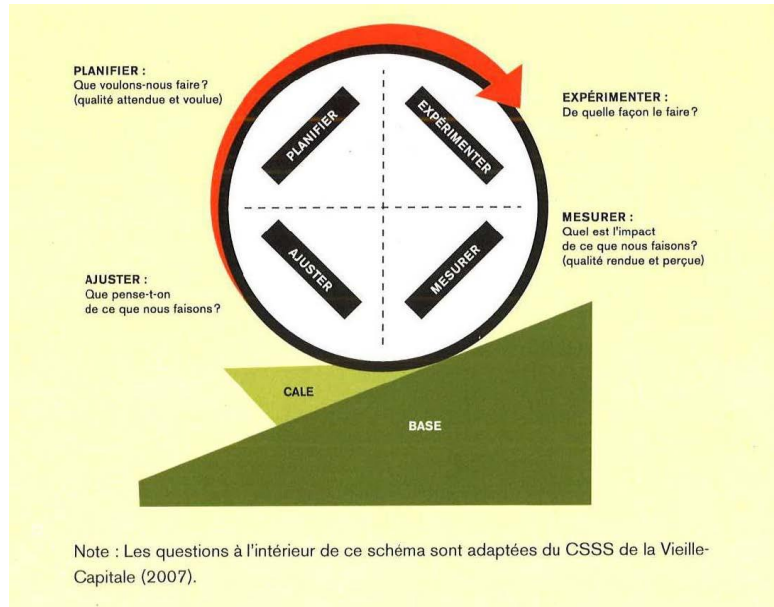
## **LA GESTION DU CHANGEMENT ET L'AMÉLIORATION CONTINUE**

### **Modèle PDCA**

Également appelé roue de Deming ou cycle de contrôle, le modèle PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) a été développé par William Deming dans les années 1950. Il consiste en un processus cyclique et itératif de changement et d'amélioration continus.

Il permet aux organisations d'apporter des améliorations en suivant un processus simple : concevoir un plan, tester le plan, mettre en œuvre le plan, évaluer le succès du plan et apporter les changements nécessaires. La majorité des organisations souhaitent s'améliorer. Mais en pratique, beaucoup ne parviennent pas à réaliser les changements nécessaires.

## La Roue de Deming (Deming, 2002)



La roue de Deming est un outil pratique, dont les applications sont multiples :

- Explorer et tester différentes solutions dans le cadre d'un essai contrôlé de petite envergure ;
- Éviter le gaspillage en repérant et en adaptant les solutions inefficaces avant de les déployer à grande échelle ;
- Mettre en œuvre le changement et l'amélioration continue ;
- Développer ou améliorer un processus.

Le cycle PDCA, peut être appliqué à tous les secteurs d'activité et à tous les types d'organisation.

### Principe de la roue de Deming

#### 1. *Plan* (planifier)

La phase de planification consiste à définir ce que vous allez faire pour tenter de résoudre un problème ou de modifier un processus. Au cours de cette étape, vous identifierez et analyserez le problème ou l'opportunité de changement, développerez des hypothèses sur les difficultés ou les causes sous-jacentes, et choisirez celle que vous testerez en premier.

Lors de votre planification, réfléchissez aux questions suivantes :

- Quel est le problème central que nous devons résoudre ?
- Est-ce le bon problème sur lequel travailler ?
- De quelles informations avons-nous besoin pour bien comprendre le problème et sa cause profonde ?
- Est-il possible de le résoudre ?
- De quelles ressources avons-nous besoin ?
- De quelles ressources disposons-nous ?
- Quelles sont les solutions viables ?

- Quels sont les indicateurs de réussite ?
- Comment les résultats d'un petit essai se traduiront-ils par une mise en œuvre à grande échelle ?

## 2. **Do (faire)**

L'étape suivante consiste à tester votre hypothèse (c'est-à-dire la solution que vous proposez). Le cycle PDCA se concentre sur des changements modestes et progressifs qui permettent d'améliorer les processus avec un minimum de perturbations.

Testez votre hypothèse avec un projet à petite échelle, de préférence dans un environnement contrôlé, afin de pouvoir évaluer les résultats sans interrompre le reste de vos activités. Il peut être judicieux de tester la solution auprès d'une seule équipe ou d'un certain groupe démographique.

## 3. **Check (vérifier)**

Une fois que vous avez terminé votre essai, il est temps d'examiner et d'analyser les résultats. Cette étape est importante, car elle vous permet d'évaluer votre solution et de corriger vos plans si nécessaires. Le plan a-t-il vraiment fonctionné ? Si oui, y a-t-il eu des contretemps dans le processus ? Quelles étapes pourraient être améliorées ou doivent être éliminées des itérations futures ?

Votre évaluation à ce stade guidera vos décisions lors de l'étape suivante, il est donc important d'examiner vos résultats avec attention.

## 4. **Act (agir)**

Enfin, il est temps d'agir. Si tout s'est déroulé comme prévu, vous pouvez maintenant mettre en œuvre votre plan éprouvé. Ce nouveau processus devient maintenant votre base de référence pour les itérations PDCA futures.

Réfléchissez aux questions suivantes avant de passer à l'action :

- De quelles ressources avez-vous besoin pour mettre en œuvre la solution à grande échelle ?
- Quelle formation est nécessaire pour une mise en œuvre et une adoption réussies ?
- Comment pouvez-vous mesurer et suivre les performances de la solution ?
- Quelles sont les possibilités d'amélioration ?
- Qu'avons-nous appris qui peut être appliqué à d'autres projets ?

Si votre plan n'a pas donné les résultats escomptés, vous pouvez revenir à la phase de planification pour lui apporter des ajustements et préparer un nouvel essai.

### **Utiliser le cycle PDCA dans le cadre du Kaizen**

Le cycle PDCA est un outil particulièrement utile pour les entreprises qui suivent la méthode Kaizen. Le Kaizen est à la fois un état d'esprit et une culture organisationnelle axés sur de petits changements fréquents qui conduisent à des améliorations significatives au fil du temps.

Le cycle PDCA appuie la philosophie Kaizen en fournissant un cadre pour le développement et la mise en œuvre d'améliorations continues.

## **LES OUTILS POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ**

L'intégration de la qualité est un processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs impliqués, de favoriser la compatibilité des différentes composantes de la démarche et d'assurer le bon fonctionnement de notre organisation pour atteindre les résultats escomptés. Plusieurs outils permettent de cibler des pistes d'amélioration en ce qui concerne les différentes dimensions de la qualité.

- Notre plan stratégique, qui s'appuie sur la planification stratégique 2023-2027 du MSSS, est un document qui décrit les orientations de notre établissement pour les quatre prochaines années. Il établit les cibles à atteindre et décrit les indicateurs qui guident la prise de décision. L'orientation 3 du document « Offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité » démontre la volonté d'offrir des services accessibles et de qualité à tout le monde.
- Les plans opérationnels de chacune des directions résument les activités à entreprendre pour atteindre les cibles annuelles afin d'atteindre les objectifs stratégiques en matière de sécurité et de qualité. Ces plans précisent comment concrétiser les orientations du plan stratégique.
- Dans la foulée du processus d'agrément, l'intégration de tous les plans d'action des équipes qualité, pour rendre conformes les normes d'Agrément Canada dans les différents secteurs d'activités, traduit l'esprit de notre cadre de référence sur la gestion intégrée de la qualité.
- Enfin, les tableaux de bord du conseil d'administration et celui du comité de direction permettent d'apprécier l'atteinte des résultats.

## **CONCLUSION**

Le cadre de référence sur la gestion intégrée de la qualité du CISSS des Îles repose sur la mobilisation de tous les acteurs de notre établissement. Cette approche représente un défi tant pour son implantation dans la gestion quotidienne que dans sa pérennité.

Le CISSS des Îles est engagé dans cette culture de qualité et de sécurité et voit à rechercher l'innovation en utilisant des méthodes et des outils reconnus. L'information qui découle des différentes évaluations permet d'apprécier la qualité des soins et services selon les diverses perspectives et par plusieurs interlocuteurs.

Notre modèle de gestion intégrée rappelle que le pouvoir d'agir des gestionnaires, du personnel et des médecins est favorable à la mise en place des changements souhaités. Ceci est la base de la gestion intégrée de la qualité et contribue à ce que tous travaillent dans le même sens, de manière concertée et efficace.

## RÉFÉRENCES

1. AQESSS - Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux (2009)
2. *Guide de la gestion intégrée de la qualité*
3. *Ministère de la Santé et des Services sociaux, plan stratégique 2023-2027, 2023, 36 pages.*
4. *Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke Cadre de référence sur la qualité des soins et des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –, 2017, 24 pages.*
5. [https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/Cadre\\_ref\\_qualite\\_soins\\_services\\_Avril\\_201.pdf](https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/Cadre_ref_qualite_soins_services_Avril_201.pdf)
6. Site internet du CIUSSS Mauricie Centre-du-Québec, consulté le 2024-04-09
7. <https://ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/qualite-et-performances-des-soins-et-services/introduction/>
8. *CHU de Québec-Université Laval, Cadre de référence en gestion intégrée de la qualité et des risques, 2018, 71 pages*
9. *Agrément Canada, Manuel d'évaluation Qmentum Québec, Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales, Chapitre 4 : Le leadership sur le plan de la gestion de la qualité et des risques, 2023, page 158 à 186.*
10. CISSS des Îles (2021) *Cadre conceptuel en matière d'éthique*

# **ANNEXE 1**

## **UN MODÈLE CONCEPTUEL INTÉGRATEUR**

### **Les acteurs internes désignés par la LSSSS**

L'amélioration de la qualité est l'affaire de chaque personne et de chaque équipe du CISSS des Îles. L'ensemble des équipes est interpellé au premier chef quand il est question de mettre en place des activités d'amélioration de la qualité. Notre cadre de référence reprend dans un premier temps, comme désignés par la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSSS), les acteurs et leurs mandats en lien avec la qualité.

### **Le conseil d'administration**

Le conseil d'administration, comme la LSSSS le stipule (articles 170 à 181), établit les orientations et les priorités du CISSS des Îles et voit à leur respect, en conformité avec celles du ministère de la Santé et des Services sociaux. Plus spécifiquement en matière de qualité et de sécurité, le conseil d'administration doit :

- s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés ;
- adopter tous les rapports concernant la qualité et la sécurité ;
- s'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes ;
- s'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines (art. 172).

### **Le comité de vigilance et de la qualité**

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration doit créer un comité de vigilance et de la qualité qui veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes ;
- établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations, et faire des recommandations sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations ;
- assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations que le comité de vigilance et de la qualité lui a faites ;
- s'assurer que le CISSS des Îles respecte ses obligations légales en matière de prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, notamment en ce qui concerne l'agrément ;
- s'assurer de l'actualisation des plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité et en informer périodiquement le conseil d'administration.



## **Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services**

La LSSSS (art. 33) précise que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, il exerce notamment les fonctions suivantes :

- appliquer la procédure d'examen des plaintes dans le respect des droits des usagers ; au besoin, recommander au conseil d'administration toute mesure susceptible d'améliorer le traitement des plaintes pour l'établissement, y compris la révision de la procédure ;
- assurer la promotion de l'indépendance de son rôle pour l'établissement, diffuser l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique du CISSS des Îles afin d'en améliorer la connaissance et assurer de plus la promotion du régime d'examen des plaintes et la publication de la procédure visée à l'article 29 ;
- prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte ;
- intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés ; faire rapport au conseil d'administration ainsi qu'à toute direction ou à tout responsable concerné et recommander toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.
- Être membre d'office du comité de vigilance et de la qualité des services.

## **Le comité de gestion des risques**

La LSSSS précise que le plan d'organisation du CISSS des Îles doit prévoir la formation d'un comité de gestion des risques (art. 183.1). Sous la responsabilité du conseil d'administration, ce comité a pour fonctions de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à :

- identifier et analyser les risques d'incidents ou d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers ;
- s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches ;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance, incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu ;
- faire un rapport annuel concernant l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent.

Ce comité agit donc directement sur l'amélioration de la qualité des soins et des services, notamment par ses recommandations formulées au conseil d'administration et aux directions concernées.

## **Le comité des usagers et résidents**

Les membres du comité des usagers et résidents sont représentatifs de l'ensemble des usagers qui consultent et reçoivent des soins et services. La LSSSS (art. 212) précise que les fonctions du comité des usagers sont de :

- renseigner les usagers et résidents sur leurs droits et leurs obligations ;
- promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et résidents, évaluer le degré de satisfaction des usagers et résidents à l'égard des services obtenus de l'établissement ;
- défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers et résidents ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente ;
- accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte ;
- s'assurer du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

### **Les activités des conseils professionnels (CII, CM, CMDP)**

La LSSSS (L.R.Q., c. S -4.2) précise les responsabilités du conseil des infirmières et infirmiers, du conseil multidisciplinaire et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Les trois ont la responsabilité de contrôler, d'apprécier et d'améliorer la qualité de la pratique professionnelle.

- **Le conseil des infirmières et infirmiers (CII)**

Le CII a la responsabilité envers le conseil d'administration d'apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement, de faire des recommandations à ses membres sur les règles de soins infirmiers applicables et de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à ses membres. Il est aussi responsable de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés.

- **Le conseil multidisciplinaire (CM)**

Le CM est responsable envers le conseil d'administration de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble des membres et de faire des recommandations sur la distribution appropriée de soins et de services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout l'établissement.

- **Le conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens (CMDP)**

Conformément aux règles de l'établissement, le CMDP est responsable envers le conseil d'administration de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés au CISSS des Îles. Dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont il dispose.

## **Les autres acteurs:**

- **La Présidence-direction générale**

La Présidence-direction générale assume un rôle de leader de la qualité. Elle a la responsabilité de s'assurer de la promotion, de l'implantation et de la réalisation du présent cadre de référence sur la gestion intégrée de la qualité. Elle a aussi la responsabilité du suivi des indicateurs et de l'atteinte des résultats. De façon plus précise, ses responsabilités sont de :

### **Vis-à-vis de l'organisation :**

- promouvoir les orientations et les valeurs en matière de qualité des soins et de sécurité de la clientèle ;
- assumer un leadership fort en matière de qualité et de sécurité, formuler clairement ses attentes et s'assurer de leur mise en œuvre.

### **Vis-à-vis du conseil d'administration :**

- s'assurer de l'exécution des décisions du conseil d'administration ;
- être le lien entre le conseil d'administration et les instances internes en matière de qualité et sécurité.

- **Le comité de direction**

Composé de l'ensemble des directeurs et de la présidente-directrice générale, le comité de direction occupe un rôle stratégique et représente l'instance formelle en ce qui concerne la qualité et la sécurité. Entre autres, son mandat est :

- d'établir les objectifs du CISSS des Îles en matière de qualité et de sécurité en tenant compte des orientations formulées par le conseil d'administration ;
- de contribuer à l'identification des priorités de l'organisation en fonction du meilleur potentiel d'amélioration ;
- d'assurer le suivi du plan opérationnel et des plans d'action des directions et rendre compte du degré d'avancement des cibles d'amélioration que l'organisation s'est fixées ;
- de contribuer au développement d'une culture de la qualité et de la sécurité et de proposer des stratégies permettant une appropriation maximale des équipes ;
- d'agir comme l'entité porteuse de la démarche d'agrément en collaborant à la planification et à la réalisation de la démarche ;

Comme la présidence-direction générale joue un rôle indispensable en matière de qualité et de sécurité, les membres du comité de direction assument un rôle similaire dans leur champ de responsabilités. Ils véhiculent auprès de leurs équipes ce qui est attendu en matière de qualité et font la promotion des orientations et des valeurs de l'organisation.

- **Les cadres intermédiaires**

Les cadres intermédiaires, les chefs de service ou d'unité sont responsables de la qualité des soins et des services offerts dans leur secteur d'activités. Ils doivent à ce titre, exercer un leadership et s'assurer de l'implication de tout leur personnel.

De plus, les cadres intermédiaires sont des acteurs importants pour mobiliser les équipes et pour mettre en place les conditions nécessaires à la réalisation des travaux sur l'amélioration continue de la qualité. Ils jouent un rôle de facilitateur en assurant le lien entre les niveaux opérationnel (les équipes sur le terrain) et stratégique (le comité de direction) et en informant les personnes concernées de l'avancement des plans d'amélioration et du degré d'atteinte des résultats attendus.

- **Le personnel**

Chaque employé est responsable de la qualité des soins et des services qu'il offre à l'utilisateur, au résident ou dans la communauté. Il doit faire une utilisation optimale des ressources mises à sa disposition, utiliser une pratique basée sur des standards reconnus et contribuer au processus d'amélioration continue de la qualité.

- **Les équipes d'amélioration continue de la qualité (EACQ)**

Les EACQ de notre établissement sont formées de gestionnaires, de leur personnel et de médecins représentant les divers programmes et services correspondants aux différentes normes de qualité et de sécurité d'Agrément Canada. Le mandat des membres des équipes qualité est de :

- procéder à l'auto-évaluation et participer à la validation des plans d'amélioration, sur la base des données recueillies par les outils d'évaluation de la performance (sondages) et des questionnaires en ligne ;
- se familiariser avec les normes de l'agrément liées à leurs secteurs ;
- participer à la mise en œuvre des plans d'amélioration et exercer le suivi de leur actualisation ;
- faciliter la circulation de l'information reliée à la démarche d'agrément ;
- agir comme des agents de changements et agents multiplicateurs relativement à la démarche qualité du CISSS des Îles.

- **Les autres comités**

Certains comités non désignés par la LSSSS contribuent par leur expertise et leur mandat spécifique à l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Ils soutiennent l'intégration des meilleures pratiques dans les activités courantes de notre organisation. C'est le cas notamment du :

- Comité de santé et de sécurité du travail ;
- Comité de prévention et contrôle des infections ;
- Comité d'éthique clinique.