

La qualité : un engagement au quotidien



Hôpital
Louis-H. Lafontaine





Les projets présentés

- Absence de code de vie : révolution ou anarchie à la résidence Le Ponceau (DSRHC)
- Bénévolat avec des organismes communautaires (DSRHC)
- Cadre conceptuel (P.I., notes au dossier) éducateurs (DSRHC)
- Café rencontre d'échanges et d'accompagnement spirituel (DSP)
- Chorale au Centre Boucher-de-la-Bruère (DSRHC)
- Comité des réceptionnistes d'unité (DSI)
- Construction d'une douche pour personnes atteintes d'obésité (DRHSA)
- Dépannage alimentaire aux appartements du Marché (DSRHC)
- Développement d'un nouveau point de service en éducation physique dans la communauté (DSRHC)
- Développement et implantation d'un modèle de coordination de l'épisode de soins et services (DSI)
- Distribution de médication (DSRHC et DSI)
- Équipe *Empowerment* du Centre Boucher-de-la-Bruère (DSRHC)
- Expression libre au Centre Liliane Mailhot (DSRHC)
- Guide de soins infirmiers pour les usagers traités avec le clozaril (DSI)
- Hébergement transitoire Sainte-Claire et La Relance (DSRHC)
- Implantation de l'environnement Citrix... un plus pour l'organisation (DRHSA)
- Informatisation du laboratoire (DSP)
- Installation de ventilateurs, chambres des usagers (DRHSA)

Semaine qualité : une occasion de voir la qualité au quotidien

L'an dernier, nous lançons pour la première fois une Semaine qualité. Nous récidivons cette année avec des activités qui permettront, entre autres, de connaître des projets étonnants qui ont permis d'améliorer la qualité des soins et services.

Pourquoi une Semaine qualité? Parce que la qualité représente une réalité et un défi régulier et qu'on ne prend pas toujours le temps de le constater dans le flot quotidien de nos activités. C'est pourquoi la Semaine qualité met un accent aigu sur la place que la qualité occupe dans nos activités et sur les excellentes réalisations qui font que nos soins et services sont de grande qualité. À cet effet, le programme d'amélioration continue de la qualité, adopté en mai dernier, officialise cette volonté de valoriser la qualité et les efforts pour l'améliorer en s'engageant à tenir une semaine qualité une fois par année.

Bonne semaine à tous.

Le comité de la Semaine qualité

Herman Alexandre, Jean-Pierre Bourdages, Sylvie Chagnon, Danielle Dallaire, Michel Desjardins, Francine Dubuc, Linda Fortier, Annie Hulmann, Lise Richard, Madeleine Thisdel.

Expo qualité

Pour connaître les projets qui ont amélioré la qualité des soins et services

L'expo qualité est un moyen concret de faire connaître les projets qui ont amélioré la qualité des soins ou services et de mettre en valeur des réalisations qui ont eu lieu dans différents services de l'Hôpital. Parfois peu connus, ces projets ont une incidence importante sur les services offerts. Ce sont des projets dont nous sommes fiers et, qui sait, peuvent être inspirants pour d'autres. Venez rencontrer les artisans de ces projets à la salle Filteau le 25 novembre de 11 h 30 à 16 h 30. L'exposition prendra la forme de kiosques où les équipes inscrites présenteront leur projet au personnel et aux usagers de l'Hôpital. L'exposition sera suivie d'un cocktail.

Coup de cœur

Les visiteurs du salon pourront voter pour leur projet Coup de cœur. Les employés recevront deux cœurs à l'entrée de l'exposition et devront les insérer dans les boîtes de vote des projets qu'ils apprécient le plus. Un cœur devra être remis pour le projet administratif ou de soutien et un cœur pour un projet de service direct à la clientèle. Les usagers qui visiteront l'expo recevront aussi un cœur et voteront pour leur projet préféré. Les équipes dont le projet a reçu le plus de cœurs recevront une marque de reconnaissance durant le cocktail à la fin de la journée.

Venez en grand nombre rencontrer vos collègues et, bien sûr, connaître des projets qualité.

- J'ai faim (DSP et DRHSA)
- Je prends ma place dans la communauté, programme Perspectives (DSRHC)
- La révision des politiques et règlements de l'établissement (DG)
- Livret de prières (DSP)
- Matériel promotionnel – Journée carrière (DSI-DRHSA)
- Partenariat loisirs et sports en milieu communautaire (DSRHC)
- Pergola appartements regroupés Poupart et Du Fleuve (L'Échelon) (DSRHC)
- PGCA (DRHSA)
- Plan d'amélioration des services en ergothérapie (DSP)
- Pochettes de décompte des Benzodiazépines (DSI)
- Procédure et plan d'intervention, apprentissage des habiletés de base (DSP et DSI)
- Programme adapté d'études au secondaire (DSP)
- Programme d'enrichissement de la qualité de vie, suivi clinique (DSRHC)
- Quitter l'Hôpital après 40 ans d'hospitalisation : une question de préparation (DSP-DSI)
- Rehaussement Valdombre (DSRHC)
- Réorganisation du Centre de support informatique (DRHSA)
- Transmission de l'information (DSI)
- Unité 116 (DRHSA)

Politique et programme d'amélioration continue de la qualité

Pourquoi une politique et un programme d'amélioration continue de la qualité ? Primo, la politique et le programme découlent de la mission, de la vision et des valeurs adoptées dans la planification stratégique 2002-2007 de l'Hôpital. Secundo, c'est une façon d'agir de façon concertée pour non seulement atteindre un haut niveau de qualité mais pour sans cesse s'améliorer. Tertio, ils s'inscrivent dans l'obligation pour l'établissement d'être agréé par un organisme d'accréditation reconnu, en l'occurrence le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Qu'est-ce que la qualité ?

Selon la définition inscrite dans la politique, la qualité c'est faire ce qu'il faut de la meilleure façon, en satisfaisant le client. Alors pourquoi l'amélioration continue de la qualité ? L'amélioration continue de la qualité est une philosophie de gestion qui centre les ressources de l'Hôpital sur l'évaluation et l'ajustement des processus de prestation de soins et de services. Elle s'exprime de façon quotidienne en accordant une importance particulière aux activités et aux résultats. Elle peut et doit s'actualiser en suivant une démarche structurée d'identification et d'amélioration de tous les aspects des soins et services offerts. Cela amène un questionnement sur la quantité, la pertinence, la qualité, l'efficacité, l'efficience des soins et des services offerts.

Responsabilités

Tout et chacun ont la volonté et la responsabilité d'améliorer la qualité de sa prestation dans son domaine respectif. Toutefois, certaines personnes ou instances internes jouent un rôle particulier : les gestionnaires, les équipes d'amélioration continue de la qualité, les *coachs* des équipes, les parrains et marraines, le comité d'amélioration continue de la qualité, le comité des usagers, les instances consultatives, la commissaire locale à la qualité des services, le coordonnateur du programme, les directions, le comité de gestion et le conseil d'administration.

Le programme

Alors que la politique précise entre autres les objectifs visés et les principes et valeurs respectés, le programme définit les règles d'application de cette politique. Il faut toutefois noter que le programme doit se lire en complémentarité avec la politique. Ainsi, le programme précise les responsabilités de chacun notamment en ce qui a trait au rôle et responsabilités des équipes d'amélioration de la

Nous profitons de la Semaine de la Qualité, qui se tient du 24 au 28 novembre 2003, pour inviter la clientèle et le personnel à prendre le temps de jeter un regard sur la qualité des soins et services à l'hôpital et à prendre connaissance de projets significatifs qui l'ont amélioré.

Participez à la Semaine de la Qualité dont vous trouverez le programme au verso.

qualité. Le programme mise sur le dynamisme des gestionnaires et de leurs équipes et du comité d'amélioration continue de la qualité pour consolider l'ensemble des efforts et faciliter la réalisation au quotidien de cet engagement en regard de la qualité. Les équipes sont d'ailleurs invitées à établir un plan d'action qui inclut l'évaluation et la communication des résultats.

En complémentarité et en soutien aux activités quotidiennes, l'Hôpital s'engage à tenir chaque année, à l'automne, une Semaine de la qualité. L'Hôpital veut ainsi valoriser, promouvoir et reconnaître la qualité et son amélioration. De plus, le programme prévoit des outils pour l'amélioration des processus des équipes et de la formation.

De nombreux gestes ont été posés ces dernières années pour satisfaire et mieux répondre aux attentes des diverses clientèles de l'Hôpital. Le programme permettra de canaliser les énergies vers une action commune, celle d'un questionnement permanent de nos savoirs, de nos savoir-faire et de nos savoir-être afin d'atteindre l'excellence.

L'évaluation

On dit souvent qu'on ne peut améliorer que ce que l'on a mesuré ou évalué. Dans les faits, la comparaison de ce que l'on fait avec des normes ou des standards de bonnes pratiques constitue une façon privilégiée de faire ici à l'Hôpital depuis de nombreuses années. À titre d'exemple, les démarches faites par les ordres professionnels, le Conseil canadien d'agrément des services de santé, l'examen des actes professionnels par le CMDP ou par d'autres.

Le programme engage de plus l'Hôpital dans une démarche systématique d'évaluation de la satisfaction des usagers qui se fera une fois par année. C'est à surveiller, car cette façon de se centrer sur la clientèle fournira des occasions importantes de reconnaître la qualité des soins et services et d'identifier des pistes d'amélioration.

Garder le cap :

Des améliorations à souligner

L'an dernier, dans le numéro spécial Qualité, les équipes d'amélioration de la qualité avaient annoncé plusieurs objectifs. Qu'en est-il après un an? Les *coachs* des équipes d'amélioration continue de la qualité des différentes directions (Danielle Dallaire, Nadia Righi et Claire Lalancette) ont recensés plusieurs résultats concrets que nous vous présentons. À la lecture de ces bilans partiels, une conclusion se dégage : Malgré les aléas du quotidien, des difficultés de mobiliser les équipes, des pressions de certains groupes, on ne peut que constater que beaucoup de chemin a été fait et que les équipes ont de quoi être fier des réalisations accomplies. Au nom de la clientèle, nous les félicitons et les remercions pour leur engagement.

Les équipes de la Direction des soins infirmiers (DSI)

● Psychiatrie traitement intensif

- L'ensemble des équipes de soins de ce secteur est mobilisé dans le projet qui consiste à l'élaboration et la coordination de l'épisode de soins.

De façon plus spécifique, voici quelques réalisations :

- L'équipe 404 et la clinique Hochelaga-Maisonneuve ont reçu la formation PGCA (Programme de gestion des comportements agressifs);
- L'équipe poursuit ses travaux sur la programmation clinique lors de réunions interne/externe;
- Évaluation de la satisfaction de la clientèle faite cette année. L'analyse des résultats a fait ressortir trois points à améliorer;
- L'équipe 406 et la clinique MTL-EST/P.A.T. ont reçu à 68 % la formation PGCA et elle se poursuit pour le reste du personnel;
- L'équipe 406 et la clinique Mercier-Ouest effectuent des rencontres bimensuelles interne/externe pour le plan d'action lors des congés ou admissions;
- L'équipe 408 et la clinique Saint-Léonard ont produit un dépliant qui explique les services offerts par la clinique;
- L'équipe 408 et la clinique Rivière-des-Prairies : réunions interprofessionnelles aux deux semaines à l'interne avec les professionnels de la clinique;
- 506-Soins intensifs : bâtir une grille de prise de décision en regard de l'utilisation de l'isolement et la contention;
- L'équipe 508 et la clinique Mercier-Est sont une unité pilote pour l'implantation de l'épisode de soins. Ce projet implique une collaboration interprofessionnelle tant de l'interne que de l'externe.



● Psychiatrie des urgences

- Élaboration de l'échelle de triage pour la priorisation des cas;
- Identification des besoins de clientèle pour l'Appoint, l'Entremise et l'urgence à partir de deux outils de mesure soit l'Honos qui est un questionnaire évaluant les symptômes, le comportement, le fonctionnement social et l'environnement social du patient et l'ÉGF qui mesure le niveau global de fonctionnement et de symptômes en lien avec le DSM IV. Ceci, afin de permettre de bonifier le type de service à ces clientèles.

● Psychiatrie tertiaire

- Les équipes qualité de ce secteur sont en restructuration. Ajout de trois équipes et consolidation de certaines autres équipes;
- Le 27 octobre 2003, une demi-journée d'étude a eu lieu.
 - **Objectifs:** revoir la réorganisation du secteur et la programmation clinique par une révision des missions qui est à finaliser avec la concrétisation de deux unités de réadaptation intensive. L'identification des besoins de la clientèle est aussi à faire.

● Déficience intellectuelle

- Nomination d'une coordonnatrice du processus de sortie des usagers pour le Centre Normand-Laramée;
- Dans ce processus de transfert, les équipes traitantes ont :
 - identifié les usagers susceptibles d'intégrer la communauté ainsi que le type de ressources souhaité pour chacun;
 - révisé régulièrement l'orientation résidentielle des personnes;
 - élaboré le plan d'intervention pour les usagers en fonction du projet de sortie et assuré leur actualisation;
 - diffusé et utilisé le document intitulé: Inventaire des démarches préalables à la réinsertion sociale des bénéficiaires du SPDI. Ce document fut travaillé en sous-comité et présenté aux instances concernées.

Cet inventaire est un projet majeur utilisé par tout le secteur de la déficience intellectuelle. Il est une réussite complète et rejoint bien l'objectif initial, c'est-à-dire servir d'aide-mémoire pour le personnel qui donne des services à l'usager hospitalisé en voie de réinsertion sociale, et ce, en tenant compte des meilleures pratiques existantes au service de Psychiatrie déficience intellectuelle. Tout au long du processus, l'implication des familles et des représentants légaux est présente et un support constant est accordé aux familles.



● G rontopsychiatrie

- L'équipe de G rontopsychiatrie de traitement intensif est une unité pilote pour l'implantation du projet de planification et de coordination de l'épisode de soins. Ce projet implique une collaboration interprofessionnelle tant de l'interne que de l'externe.
- Ce secteur se penche présentement sur un mécanisme systématique d'évaluation de la clientèle.

Les équipes de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC)

Quelques exemples de projets d'amélioration de la qualité:

- La priorité de toutes les équipes a été de compléter le plan d'intervention pour chaque client;
- Un comité des usagers a été mis en place pour participer à certaines décisions sur des sujets communs;
- Comité de programmation dans le but de vérifier nos pratiques quotidiennes des valeurs et principes de la réadaptation;
- Implication des RUV afin de permettre une pratique plus intégrée des valeurs et des principes de la réadaptation;
- Nomination d'une personne du Module de soutien évaluatif qui permet non seulement de réévaluer nos pratiques, mais de nous adjoindre des outils et des indicateurs nécessaires a tout processus évolutif en réadaptation.

Des réalisations des équipes de support

En **gestion des ressources humaines**, plusieurs mécanismes ont été mis en place en matière de planification et de rétention de la main-d'œuvre :

- Conversion des heures de remplacement pour le personnel infirmier (préposés aux bénéficiaires et infirmières);
- Revue des processus de dotation des postes;
- Revue des exigences rattachées aux postes;
- Portrait de la main-d'œuvre (décembre 2002);
- Présentation du plan de main-d'œuvre à l'ensemble du personnel d'encadrement;
- Sondage auprès du personnel infirmier;
- Conversion des heures de remplacement pour le personnel CSN (autres que les PB);
-  laboration d'un plan d'action pour le personnel infirmier;
-  laboration d'un plan d'action pour l'ensemble du personnel dans le cadre de la planification budgétaire 2003-2004 (le document a été déposé au comité de gestion).

En **gestion de l'information**, plusieurs actions ont été réalisées :

- Une Politique et un plan de communication 2002-2004;
- Plan directeur des systèmes d'information;
- Politique sur la gestion de la propriété individuelle;
- Embauche d'une conseillère en communication interne;
- Amélioration des relations avec les médias;
- Développement et financement par le MSSS d'un projet de télésanté;
- Tenue de diverses activités dont un salon des ressources, une semaine de la santé mentale, etc.

En **gestion de l'environnement** :

-  laboration d'un questionnaire de satisfaction des unités de soins sur les activités sous la responsabilité du comité de l'environnement;
- Suite à ce questionnaire: déterminer les zones de difficulté et établir les priorités d'action;
- Relance des activités à partir des nouveaux paramètres établis par le Conseil canadien d'agrément.



Pour l'équipe **leadership et partenariat**, plusieurs objectifs ont été réalisés :

- Entente avec le Centre de réadaptation Normand-Laramée pour assurer le transfert d'usagers du service de psychiatrie déficience intellectuelle vers un milieu de vie plus approprié;
- Embauche d'une adjointe au directeur général pour assurer le suivi de la planification stratégique 2002-2007;
- Dépôt de notre dossier de candidature pour la désignation au titre d'*institut universitaire en santé mentale* et signature de plus de 30 organismes à un engagement commun à faire partie du réseau d'un éventuel Institut universitaire;
- Révision de la politique de gestion d'amélioration continue de la qualité et adoption d'un programme du même nom.

Réalisations de différentes équipes à la Direction des services professionnels (DSP)

● Hôpital de jour

Le comité qualité agrément est intégré comme un processus permanent au sein de l'Hôpital de jour.

Dans le cadre du soutien financier aux équipes qualité, l'Hôpital de jour a pu acquérir l'équipement informatique et des logiciels spécialisés. Ces outils sont utiles au travail des neuropsychologues afin de :

- Optimiser les évaluations neuropsychologiques en utilisant des logiciels d'évaluation interactifs;
- Favoriser la rééducation cognitive des usagers à l'aide de logiciels spécialisés;
- Quantifier l'évolution du profil cognitif lors d'évaluations répétées;
- Recueillir certaines données sur les besoins de la clientèle et leur profil.

Nous estimons que des impacts positifs seront observables dans le processus d'évaluation et du traitement mais aussi, au niveau de l'implication de l'usager dans sa démarche de traitement.

Les préoccupations concernant l'amélioration de la qualité des services demeurent et sont traduites dans les objectifs annuels de l'ensemble du service. C'est donc une réflexion partagée par tous les membres.

L'équipe de médecine-chirurgie et des services diagnostics

Actualisation d'un projet qualité

Un comité a été créé afin d'améliorer la qualité des services et des soins physiques de la clientèle interne/externe.

Les objectifs poursuivis:

- Élaborer le plan d'intervention en équipe afin de mieux planifier les soins physiques des clients;
- Assurer une planification des soins et du suivi en prévision du congé;
- Faire un arrimage entre le médico-chirurgical, les unités et le service de consultation.



La qualité :

un engagement
au quotidien

Horaire des activités de la semaine qualité du 24 au 28 novembre 2003 pour le personnel et la clientèle

LUNDI (24)	MARDI (25)	JEUDI (27)
Lancement des fêtes du 130 ^e anniversaire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine 12 h 30 à 13 h (Salle Filteau) Café et gâteaux seront servis	Expo qualité et cocktail de remise des coups de cœur 11 h 30 à 17 h 30 (Salle Filteau)	Panel public animé par M. Gaston L'Heureux: L'appropriation du pouvoir. Une question théorique ou une façon d'améliorer la qualité des soins et services ? 12 h à 13 h 15 * (Salle Filteau)

Panel qualité

L'appropriation du pouvoir. Une question théorique ou une façon d'améliorer la qualité des soins et services?

Le MSSS fait de l'appropriation du pouvoir un objectif prioritaire. L'Hôpital Louis-H. Lafontaine, dans sa planification stratégique, considère que c'est une valeur fondamentale. Qu'en est-il dans les faits? Est-ce présent?

Si non, est-ce parce que cela met en opposition le pouvoir des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et le pouvoir des intervenants et des organisations?

Des utilisateurs de services et des intervenants viennent échanger leurs points de vue afin de voir comment l'appropriation du pouvoir peut améliorer la qualité des soins et services et l'état de santé des personnes utilisatrices de services.



Gaston L'Heureux
sera notre animateur

Le panel se divisera en deux temps

Conférence d'ouverture

Présentation des quatre éléments de l'appropriation du pouvoir par M^{me} Denise Blais.

Discussion animée par Monsieur Gaston L'Heureux avec les panelistes suivants :

- M^{me} Denise Blais
- M^{me} Louise P. du comité des usagers
- M. Benoît P. du comité des usagers
- M^{me} Micheline Dionne, Directrice générale de la Société québécoise de schizophrénie
- D^r Raymond Morissette, chef du service de psychiatrie de réadaptation
- M^{me} Michèle Lévesque, chef du service SIM
- M^{me} Lise Rémi, de la Maison l'Échelon

Les thèmes abordés

Le droit d'être écouté, la compétence de l'utilisateur, qui décide quoi, l'approche paternaliste vs le laisser faire, participer activement aux décisions, le pouvoir de revendiquer, les limites à l'exercice du pouvoir...

Date : Le jeudi 27 novembre de 12 h à 13 h 15

Lieu : Salle Filteau

Apportez votre lunch. Le café et le dessert seront fournis.

* Le panel sera enregistré et disponible à l'audiovisuel

Production : direction générale
Conception : ACOR
Infographie : Marcel Bélisle
Impression et assemblage : Imprimerie HLHL

Novembre 2003
© Toute reproduction est permise en
indiquant la source.
Dépot légal : ISBN 2-922577-21-x
Bibliothèque nationale du Québec