



CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LA
QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES
 EN ESTRIE

Agence de la santé
 et des services sociaux
 de l'Estrie

Québec 

Édition

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Coordination, rédaction et graphisme

Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines, en collaboration avec les membres de la Table régionale qualité

Diffusion

Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Dépôt légal

ISBN 978-2-923743-59-2 (version PDF)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives du Canada, 2011

Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante :

www.santeestrie.qc.ca.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 2011

Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie le 6 avril 2011

T ABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. BUT ET OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE	2
2. VISION RÉGIONALE DE LA QUALITÉ	3
3. DÉFINITION GLOBALE DE LA QUALITÉ	4
4. MODÈLE INTÉGRATEUR	5
4.1 « La personne »	6
4.2 Valeurs partagées par le réseau estrien	7
4.3 Quadrants de la qualité	8
4.4 Composantes de la qualité	9
5. APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ	10
6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ACTEURS ET DES ACTRICES	12
7. ACTIONS STRUCTURANTES	15
8. CHAMPS D'APPLICATION DU MODÈLE INTÉGRATEUR	16
9. CONDITIONS FACILITANT LA MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE INTÉGRATEUR	18
CONCLUSION	19
ANNEXE 1 STRUCTURE DE CONCERTATION RÉGIONALE	20
ANNEXE 2 EXEMPLES D'ACTIONS STRUCTURANTES EN MATIÈRE DE QUALITÉ	22
RÉFÉRENCES	24

INTRODUCTION

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux, dont l'un des objectifs fondamentaux est la qualité des services, interpelle les différents acteurs et actrices concernés à composer avec de nombreux changements d'ordre législatif, normatif et structurel.

Au cours des dernières années, mentionnons notamment :

- les changements législatifs ayant un impact sur la qualité, la satisfaction et la prestation sécuritaire des services;
- l'intervention d'organismes externes dans l'évaluation de la qualité (conseils d'agrément, ordres professionnels, Bureau du coroner, etc.);
- la création de la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et son rattachement à la Direction de la planification, performance et qualité;
- la réorganisation administrative de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (l'Agence) et son impact sur la coordination des activités en matière de qualité;
- la réorganisation de la responsabilité « qualité » au sein des établissements de la région.

L'historique de la gestion de la qualité est fort d'exemples positifs dans les établissements de santé et de services sociaux en Estrie. Parmi les bonnes pratiques, notons la présence d'un ombudsman, de comités d'éthique et l'agrément des centres hospitaliers. Cependant, les fusions des établissements et les

compressions budgétaires ont eu un impact important sur le suivi et la gestion des fonctions « qualité », notamment en raison de la diminution des ressources qui y étaient dédiées.

Depuis quelques années, l'Agence et les directions générales des établissements ont amorcé une réflexion et des échanges sur une vision globale et intégrée de la qualité. Dans le cadre d'une telle réflexion, il faut garder présente la préoccupation que l'usager et l'usagère sont au cœur de cette démarche par leurs attentes, leurs besoins, leurs responsabilités et leur participation au sein de notre réseau.

Le Plan pluriannuel 2008-2011¹ pour le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie, adopté par le conseil d'administration de l'Agence en décembre 2008, et mis à jour pour 2010-2015², constitue l'un des points d'ancrage en matière de qualité des soins et des services.

En effet, l'une des orientations de ce plan est « d'assurer la qualité des soins et des services de santé et des services sociaux offerts »³ dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. À cet égard, l'un des objectifs identifiés est : « Adhérer à une vision régionale commune de la qualité des services de santé et des services sociaux, intégrant l'ensemble des mesures porteuses de la qualité »⁴. Cet objectif définit le mandat du groupe de travail sur l'élaboration d'un cadre de référence sur la qualité des services.

Notons que le présent document ne vise pas à faire une analyse exhaustive des différents courants de pensées portant sur la qualité des services. Il vise plus spécifiquement à présenter un cadre de référence régional inspiré de la documentation reconnue dans ce domaine et des commentaires reçus lors de la consultation.

Dans le cadre de référence proposé, nous abordons, après un bref rappel du but et des objectifs poursuivis, la vision régionale ainsi que la définition de la qualité.

Au cœur du Cadre de référence se retrouve le Modèle intégrateur, suivi d'une proposition pour l'appréciation de la qualité. Par la suite, les rôles et les responsabilités des acteurs et des actrices ainsi que des actions structurantes porteuses de qualité sont décrits. Finalement, nous suggérons des champs d'application de ce modèle et décrivons les conditions facilitant sa mise en œuvre.

¹ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (ASSSE), *Plan pluriannuel 2008-2011*, décembre 2008.

² ASSSE, *Plan stratégique régional 2010-2015*, décembre 2010.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

1 BUT ET OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans le respect de la structure de concertation régionale présentée à l'annexe 1, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont convenu d'amorcer des travaux visant l'élaboration d'un cadre de référence sur la qualité des services. Le but et les objectifs convenus à la rencontre de la Table régionale qualité (TRQ) du 7 mai 2008 sont les suivants :

But

- ***Contribuer au développement d'une vision régionale et d'une vision intégrée de la qualité.***

Objectifs⁵

- ***Développer une compréhension commune des quadrants de la qualité.***
- ***Identifier les actions structurantes pour chacun des quadrants.***
- ***Connaître les rôles, les responsabilités et les fonctions des différents acteurs et actrices.***

Il est souhaité que le Cadre de référence permette le développement d'une culture de la qualité intégrant des valeurs, des normes et des comportements attendus, partagés par tous les acteurs et les actrices du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Une culture de la qualité se développe à partir d'une vision partagée par l'ensemble des acteurs et des actrices. Cette vision régionale de la qualité est traduite dans la section suivante.

⁵ Le texte initial a été modifié afin d'harmoniser le vocabulaire tel que recommandé par les membres de la TRQ lors de la consultation.

2 VISION RÉGIONALE DE LA QUALITÉ⁶

La vision, c'est ce qui guide les choix stratégiques. Ces choix se traduisent par des actions concrètes visant à atteindre des objectifs partagés.

Des choix stratégiques vers l'atteinte d'objectifs partagés...

- Pour les usagers et les usagères, devenir le réseau de la santé et des services sociaux par excellence qui leur offre l'accessibilité à des services intégrés de qualité et la continuité de ceux-ci.
- Pour le personnel du réseau, devenir un environnement de travail valorisant, stimulant et attractif, propice au développement professionnel.
- Pour le personnel médical, devenir un milieu propice au développement professionnel, à l'innovation dans de nouvelles pratiques et à la création de liens étroits de collaboration avec l'ensemble des professionnels et des professionnelles du réseau de la santé et des services sociaux.
- Pour les partenaires du réseau sociosanitaire, comme les établissements et les organismes communautaires, devenir un lieu de référence dont le leadership régional est très influent.
- Pour les partenaires intersectoriels, devenir un véritable réseau de concertation et de partenariat.

C'est à partir de cette vision régionale partagée que la qualité des soins et des services aux personnes prend tout son sens.

L'Estrée :

- est une région universitaire avant-gardiste qui encourage l'innovation, le transfert des connaissances, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine des services de santé et des services sociaux.
- possède un réseau dynamique et fier des améliorations des dernières années dont les actions portent sur la promotion de saines habitudes de vie, la prévention des problèmes de santé et de bien-être ainsi que la protection de la santé publique, offrant des services de santé et des services sociaux qui répondent aux besoins et aux particularités de la population estrienne.
- dispose d'un réseau qui vise à se surpasser pour le mieux-être de ses citoyens et de ses citoyennes, offrant des services intégrés, novateurs et coordonnés.
- a une organisation consolidée autour des réseaux locaux de services responsables de rendre accessibles les services intégrés à la population du territoire.

⁶ ASSSE, Plan stratégique régional 2010-2015, décembre 2010.

3 DÉFINITION GLOBALE DE LA QUALITÉ

Le Cadre de référence propose une définition de la qualité qui repose sur les différents éléments constituant le Modèle intégrateur. En Estrie, la qualité des soins et des services se définit comme :

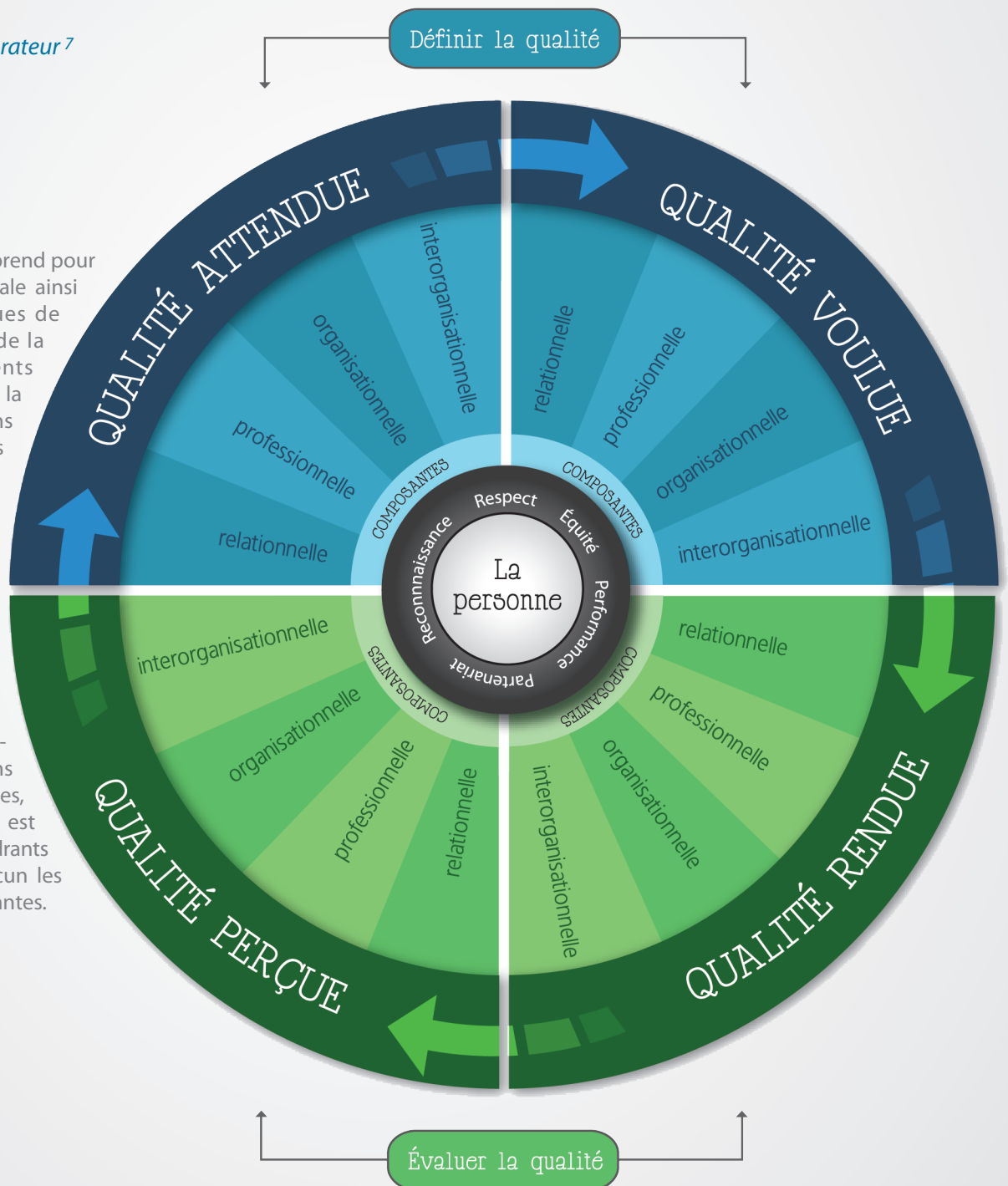
« La capacité de notre réseau à promouvoir et à maintenir la santé et le bien-être de la population ainsi qu'à répondre adéquatement aux attentes et aux besoins des usagers et des usagères. La qualité intègre la conformité aux normes établies et l'utilisation des meilleures pratiques, de façon efficace, efficiente et sécuritaire. Elle vise à assurer l'amélioration constante des services par le biais d'évaluations pertinentes et de rétroactions continues. »



4 MODÈLE INTÉGRATEUR

Figure 1 - Modèle intégrateur⁷

Le Modèle intégrateur prend pour assises la vision régionale ainsi que les caractéristiques de la définition globale de la qualité. Ces fondements incitent à poursuivre la quête de la qualité dans l'offre des soins et des services. Au cœur de ce modèle, on retrouve « La personne » qui représente la cible des actions du réseau de la santé et des services sociaux. Puis, porté par des valeurs partagées par le réseau estrien et animé par une volonté d'accompagner les usagers et les usagères dans un continuum de services, le Modèle intégrateur est structuré en quatre quadrants distincts intégrant chacun les quatre mêmes composantes.



⁷ Graphique adapté du modèle de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, intégrant des éléments du modèle de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et du modèle de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

4.1 « LA PERSONNE »

Les lignes directrices de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁸ démontrent l'importance accordée à la personne et à ses droits et affirment la finalité ainsi que les objectifs poursuivis dans le réseau sociosanitaire :

- *La raison d'être des services est la personne qui les requiert.*
- *Le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit.*
- *L'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité.*
 - *L'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant.*
 - *L'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.*

Ainsi, « La personne », terme utilisé au cœur du Modèle intégrateur, reflète sa raison d'être. « La personne » représente aussi bien l'utilisateur et l'utilisatrice requérant des soins ou des services du réseau que l'ensemble des personnes habitant dans une région ou dans un territoire. L'utilisation de ce terme illustre l'importance de tenir compte de la responsabilité populationnelle des organisations qui visent à maintenir et à développer la santé de la population d'une région ou d'un territoire. C'est une responsabilité partagée collectivement entre tous les partenaires d'un territoire donné, visant à rendre accessible un continuum de services, tout en assurant l'accompagnement et la prise en charge de la personne dans le réseau de la santé et des services sociaux.



⁸ LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q., c. S-4.2, a. 3).

4.2 VALEURS PARTAGÉES PAR LE RÉSEAU

La qualité des soins et des services est tributaire de nos valeurs. Celles-ci représentent nos convictions profondes, nos principales croyances. Elles sont notre référence en matière d'attitudes et de comportements et se reflètent dans toutes les sphères d'activités. Elles sont à la base des principes qui guident nos actions concertées et centrées sur « La personne ».

Le Plan stratégique régional 2010-2015 préconise des valeurs partagées pour travailler ensemble en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population. Ces valeurs animent et soutiennent toutes les activités de santé et de services sociaux, les relations avec la population et les usagers et les usagères, entre tous les partenaires du réseau, incluant les médecins, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels.

*Les cinq valeurs adoptées sont :
le respect, l'équité,
le partenariat, la reconnaissance
et la performance.*

Le respect

Le respect consiste en un sentiment de considération, d'égard envers quelqu'un ou quelque chose, manifesté par une attitude déférente envers celui-ci et le souci de ne pas porter atteinte à cette personne ou à cette chose.

L'équité

L'équité est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacun et de chacune, sans qu'elle soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur. C'est également un principe qui conduit à corriger des inégalités que subissent des personnes ou des groupes moins favorisés.

Le partenariat

Le partenariat désigne un accord formel entre deux ou plusieurs parties qui ont convenu de travailler en coopération dans la poursuite d'objectifs communs.

La reconnaissance

La reconnaissance implique la considération des qualités, des compétences et des contributions individuelles et collectives qui génèrent des innovations permettant d'améliorer les soins et les services de santé et les services sociaux.

La performance

La performance vise la recherche constante des solutions les plus adéquates, ainsi que l'entraide et le support mutuel, contribuant à l'atteinte des meilleurs résultats possibles.

Ces valeurs façonnent notre vision régionale du Modèle intégrateur de la qualité des soins et des services centré sur « La personne ». La notion de « qualité » dans ce modèle est présentée par l'intégration de quadrants distincts, mais interdépendants les uns des autres. Ils permettent de définir et d'évaluer la qualité des soins et des services reçus ou rendus et s'articulent dans un processus de rétroaction continue. Dans chacun des quadrants, la qualité est circonscrite autour de quatre composantes.

4.3 QUADRANTS DE LA QUALITÉ

La qualité peut prendre un sens différent selon la perspective par laquelle une réalité est perçue⁹. Dans l'illustration du Modèle intégrateur, les quadrants du haut permettent de **définir la qualité** du point de vue de la clientèle (qualité attendue) et des décideurs et des décideuses (qualité voulue). Les quadrants du bas permettent **d'évaluer la qualité** selon le point de vue de la clientèle (qualité perçue) ou selon l'évaluation réalisée à partir d'une expertise formelle (qualité rendue).

Chacun des quadrants de la qualité possède des caractéristiques spécifiques.

La qualité attendue est principalement déterminée par les attentes, implicites ou explicites des clientèles, de la communauté et du grand public. Ces attentes sont à leur tour influencées par les besoins de ces personnes ou de ces groupes, liés à leur condition.

La qualité voulue précise nos intentions. Elle est déterminée par les décideurs et les décideuses (administrateurs et administratrices, ordres professionnels, gestionnaires, etc.) et elle se traduit par différents cadres normatifs ou législatifs servant d'assises à la vision, aux valeurs et aux orientations stratégiques des organisations.

La qualité perçue réfère au point de vue et à l'appréciation des services autant des usagers et des usagères que des groupes concertés (comité des usagers, membres du personnel, groupe de défense, population, etc.).

La qualité rendue comprend les différents processus permettant de vérifier l'application des cadres normatifs et l'atteinte des résultats convenus. La qualité rendue mesure les écarts entre la qualité attendue, voulue et perçue. Elle contribue à l'ajustement des autres dimensions de la qualité.



⁹ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS), *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, 2009, p. 16.

4.4 COMPOSANTES DE LA QUALITÉ

Pour chacun des quadrants, la qualité est définie selon quatre composantes : relationnelle, professionnelle, organisationnelle et interorganisationnelle.

La composante relationnelle¹⁰ fait référence à la relation qui s'établit entre le personnel et l'utilisateur et l'utilisateur ainsi que ses proches. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits. Elle fait référence également à la qualité des relations qu'entretiennent entre eux les membres du personnel, et ce, à tous les niveaux de l'organisation.

La composante professionnelle¹¹ réfère à la prestation de services sous l'angle professionnel, en référence à une expertise, à une façon bien précise de répondre aux besoins de base, par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.

La composante organisationnelle¹² porte sur l'organisation et la prestation de services; elle réfère à l'environnement physique et au contexte organisationnel, notamment par l'accessibilité et la continuité des services.

La composante interorganisationnelle fait référence à la volonté de travailler ensemble en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population. Elle est basée sur la participation et l'engagement du personnel et des partenaires au développement d'un réseau intégré, dans le respect des mandats de chacun et de l'implication de tous dans la prestation de soins et de services de qualité.

Voici un exemple, pour la qualité attendue, qui illustre l'application du Modèle intégrateur par l'analyse des quatre composantes pour chaque quadrant de la qualité (attendue, voulue, rendue et perçue).

La clientèle ou la population qui requiert des services est en droit de s'attendre :

- à des rapports relationnels courtois et respectueux de la part du personnel (composante relationnelle);
- à des services professionnels de haut niveau de qualité (composante professionnelle);
- à des services internes accessibles, bien organisés et offerts dans un environnement adéquat répondant aux besoins (composante organisationnelle);
- à des services continus, intégrés et bien coordonnés avec les partenaires externes (composante interorganisationnelle).

L'appréciation de la qualité est réalisée à partir de chaque quadrant et doit tenir compte des quatre composantes.

¹⁰ Inspiré du document : RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Évaluer pour s'améliorer*, 2001, p. 8.

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

5 APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

Au sein d'une organisation, diverses instances auront à analyser des renseignements correspondant autant à la qualité attendue, voulue, rendue que perçue pour en faire l'appréciation. Par exemple, le comité de vigilance et de la qualité analyse de façon systémique les avis, les recommandations ou les rapports provenant de différentes sources (commissaires aux plaintes et à la qualité des services, organismes d'agrément, visites d'appréciation de la qualité des services, etc.) et tient compte des avis de la clientèle (sondage, comité des usagers et des résidents, etc.) pour connaître les zones d'amélioration de la qualité des soins et des services.

Or, le point de vue de la personne (qualité attendue, qualité perçue), bien que complémentaire à l'évaluation normative, permet d'obtenir une appréciation de son niveau de satisfaction face aux services reçus ou rendus.

L'analyse des écarts¹³ entre les quadrants de la qualité permet d'identifier les zones d'amélioration à privilégier selon différents aspects, tel que présenté à la figure 2 (page 11) et doit tenir compte des quatre composantes de la qualité (relationnelle, professionnelle, organisationnelle et interorganisationnelle).

Écart d'attente

Attentes supérieures à l'offre de service.

Cette situation renseigne une organisation sur la nécessité de faire connaître ou d'améliorer son offre de service afin de mieux répondre aux besoins souhaités ou requis.

Écart de qualité

Services rendus non conformes aux standards ou aux attentes.

Cette situation permet à l'organisation d'ajuster les services en respect aux normes reconnues pour ainsi en améliorer la qualité.

Écart de perception

Services rendus différents des services perçus.

Une telle situation nécessite l'amélioration des mécanismes de communication pour mieux faire connaître les services rendus ou disponibles.

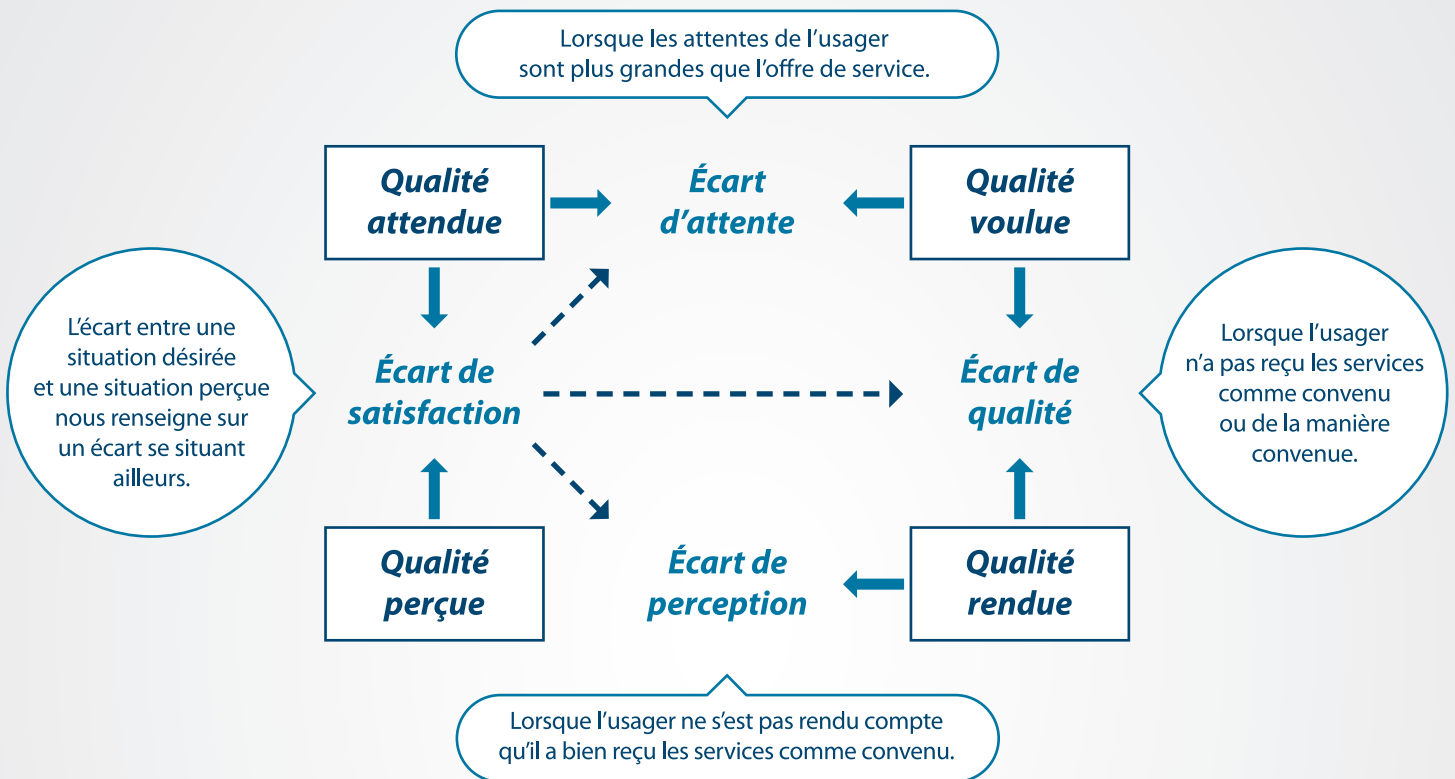
Écart de satisfaction

Services perçus ne correspondent pas aux services attendus.

Les différents types d'écarts observés (écart d'attente, écart de qualité, écart de perception) modulent l'écart de satisfaction entre la qualité attendue et la qualité perçue. Ainsi, des services offerts qui sont inférieurs aux attentes, aux normes ou aux perceptions provoqueront de l'insatisfaction. Donc, recueillir le niveau de satisfaction des personnes ou de la population permet d'ajuster et d'améliorer l'offre de service.

¹³ AQESSS, *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, 2009.

Figure 2 – Interprétation des écarts de satisfaction¹⁴



Source : Schéma repris de J. Cantin et L. Rocheleau (2006).

Le défi porte sur l'intégration des renseignements de différents acteurs et actrices, permettant de détecter les forces et les zones de fragilité pour guider une démarche d'amélioration de la qualité.

¹⁴ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : analyse des données de l'enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007, 2007*, p. 15.

6 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ACTEURS ET DES ACTRICES

Peu importe leur niveau de responsabilités, tous les acteurs et actrices impliqués dans la prestation de soins et de services sont interpellés par la qualité. Les responsabilités de chacun reposent sur des assises légales issues notamment de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), de la Charte des droits et libertés de la personne et du Code des professions. Elles relèvent aussi de l'application de cadres normatifs, d'orientations gouvernementales et de pratiques reconnues au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Comme mentionné dans la LSSSS, voici les principales responsabilités de chacun des paliers en matière de qualité des services ainsi qu'une liste non exhaustive des acteurs et des actrices rattachés à ces paliers.

Le MSSS:

- détermine les priorités, les objectifs et les orientations en matière de santé et des services sociaux et veille à leur application;
- diffuse auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux standards;
- prend les mesures propres à assurer aux usagers et aux usagères la prestation sécuritaire de services;
- s'assure que la procédure d'examen des plaintes est établie et appliquée conformément aux dispositions de la LSSSS;
- évalue les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et s'assure de la reddition de comptes de la gestion du réseau en fonction des orientations qu'il a diffusées;
- apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux.

Acteurs et actrices rattachés au MSSS:

- Direction de la qualité du MSSS
- Autres directions du MSSS
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
- Groupe vigilance pour la sécurité des soins
- Commissaire à la santé et au bien-être

Les agences de la santé et des services sociaux:

- exercent les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services;
- s'assurent de la participation de la population à la gestion du réseau et du respect des droits des usagers et des usagères;
- s'assurent d'une prestation sécuritaire de services aux usagers et aux usagères;
- évaluent les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurent la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards reconnus;

- prévoient des modalités et développent des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- développent des mécanismes de protection des usagers et des usagères et de promotion et de défense de leurs droits.

Acteurs et actrices rattachés à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

- Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
- Comité de vigilance et de la qualité
- Forum de la population
- Service de la performance, de la qualité et des communications, de la Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines (DGACRH)
- Table régionale qualité (TRQ)
- Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN)
- Groupe de travail sur le plan d'action intégré pour la promotion des droits

Les établissements de santé et de services sociaux :

- assurent la prestation de services de santé et de services sociaux nécessaires pour répondre aux besoins et aux particularités de la population;
- s'assurent de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;
- s'assurent du respect des droits des usagers et des usagères et du traitement diligent de leurs plaintes;
- adoptent un mode de communication et de participation de la population qui garantit la transparence et l'imputabilité des actions;
- identifient et mesurent l'atteinte des résultats liés à la dispensation des soins.

Acteurs et actrices rattachés aux établissements :

- Commissaire local ou commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Médecin examinateur
- Chefs de départements cliniques
- Direction générale
- Direction des services professionnels
- Direction des soins infirmiers
- Comité de gestion des risques
- Conseils professionnels (CII, CMDP, CIIIA, CM, etc.)
- Comité des usagers et des résidents
- Comité de vigilance et de la qualité
- Comité de révision
- Comité d'éthique clinique
- Comité d'hémovigilance et de réactions transfusionnelles



D'autres acteurs et actrices ainsi que des comités non désignés dans la LSSSS contribuent activement à l'amélioration de la qualité dans les établissements; pensons à la personne responsable de la qualité, au gestionnaire des risques, au comité de prévention des infections, etc. Il appartient aux établissements, dans le cadre de leurs responsabilités, outre celles désignées dans la LSSSS, de déterminer les acteurs et les actrices clés en matière de qualité.

Comme spécifié à l'article 99.5 de la LSSSS, l'instance locale est responsable de définir son projet clinique et organisationnel en identifiant, entre autres pour le territoire du réseau local de services, les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau en matière de qualité des services.

Les partenaires hors réseau :

- Outre ces trois paliers de gouverne, d'autres acteurs et actrices ou instances s'impliquent très activement en matière de qualité. Ils influencent la gouvernance que ce soit par leurs fonctions d'inspection, d'enquête, d'agrément, de vigie et d'analyse, en visant l'amélioration continue de la qualité et la recherche de l'excellence.

Acteurs et actrices rattachés :

- Organismes d'agrément : Conseil québécois d'agrément, Agrément Canada
- Ordres professionnels

- Protecteur du citoyen
- Bureau du coroner
- Curateur public
- Vérificateur général du Québec
- Conseil pour la protection du malade
- Commission des droits de la personne et de la jeunesse
- Associations d'établissements
- Institut canadien pour la sécurité des patients
- Campagne québécoise pour la sécurité des soins

La personne :

Enfin, au centre de ces acteurs et de ces actrices s'ajoutent les personnes qui utilisent les services du réseau ou qui reçoivent des soins. Ainsi, les personnes ont certaines responsabilités, notamment celle de participer, dans la mesure du possible, aux soins et aux services qui leur sont offerts et, par le biais d'une information complète, celle d'utiliser judicieusement les soins et les services qui leur sont proposés.

7 ACTIONS STRUCTURANTES

Les responsabilités des acteurs et des actrices se traduisent par la mise en place d'actions structurantes reliées à la planification, à l'organisation, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services de santé et des services sociaux.

Ces actions structurantes découlent d'obligations légales et d'orientations stratégiques nationales et régionales, qui s'actualisent dans les instances concernées. Elles se traduisent par la mise en place de structures (comité de vigilance et de la qualité, conseils professionnels, etc.), par l'élaboration d'outils cliniques, de politiques, de procédures et par des mécanismes assurant les suivis des recommandations de différentes instances.

Les actions structurantes liées à la **qualité attendue** sont orientées principalement vers la cueillette des besoins et des attentes exprimés par les personnes ou par différents groupes. Pensons notamment aux avis et aux recommandations des comités des usagers et des résidents et du Forum de la population ou encore aux sondages auprès des usagers et des usagères ou sur la mobilisation des ressources humaines.

Les actions structurantes liées à la **qualité voulue** balisent ce qui est incontournable sur le plan d'énoncés de valeurs, de philosophie de gestion, de normes, d'orientations, de « bonnes pratiques ». Par exemple, la démarche d'élaboration et d'appropriation du code d'éthique permet à un établissement d'identifier ses valeurs et de convenir des conduites qui les concrétisent. De même, la mise en place de comités de gestion des risques et l'actualisation de leurs fonctions permet d'assurer une prestation sécuritaire de soins et de services.

Les actions structurantes liées à la **qualité rendue** visent à la fois les processus d'amélioration continue et de la performance, comme la démarche d'agrément et le suivi des ententes de gestion.

Elles portent également sur les interventions ponctuelles d'une instance particulière ou des processus de contrôle de certaines activités, comme les inspections professionnelles.

Les actions structurantes liées à la **qualité perçue** permettent aux citoyens et aux citoyennes et aux différents acteurs et actrices ainsi qu'aux partenaires du réseau sociosanitaire de porter un jugement sur la qualité des soins et des services. Parmi celles-ci, on retrouve le régime d'examen des plaintes, les visites d'appréciation de la qualité des services et des milieux de vie ainsi que les enquêtes sur la satisfaction des usagers et des usagères et de la population.

À titre d'exemple, l'action structurante portant sur le processus relatif à l'agrément¹⁵ des établissements représente l'intégration des quadrants de la qualité, même si sa portée dominante est associée à la qualité rendue.

- Inscrit comme une obligation légale de qualité rendue (amélioration continue, performance, évaluation de pratiques organisationnelles, etc.), le processus relatif à l'agrément s'appuie sur la qualité voulue (valeurs, philosophie de gestion, normes, orientations, etc.).
- La démarche d'agrément englobe aussi la qualité attendue (intérêt face aux besoins comme aux attentes de la population) et la qualité perçue (perceptions des différents acteurs et actrices par le biais de sondages, d'entrevues, etc.).

L'annexe 2 présente une liste non exhaustive des actions structurantes, régies par les cadres légaux, regroupées selon les quadrants de la qualité.

Ce rattachement n'est pas exclusif, mais il indique la portée dominante d'une action structurante.

¹⁵ MSSS, *Les lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*, 2006.

8 CHAMPS D'APPLICATION DU MODÈLE INTÉGRATEUR

Basé sur une compréhension commune des rôles et des responsabilités des acteurs et des actrices interpellés par la qualité, le Cadre de référence vise à les outiller afin de leur permettre d'exercer plus efficacement leurs mandats respectifs en matière de qualité.

Il propose un modèle intégrateur pouvant s'appliquer à de multiples facettes de la qualité, dans différents secteurs d'activités, sans être exclusif à une « Direction qualité » ou à une « Table régionale qualité ». Il est important de rappeler que **la qualité, illustrée au Modèle intégrateur, ne doit pas se confondre avec la structure d'une organisation; elle se situe dans les liens entre les façons de faire, les processus et les résultats**¹⁶.

Tel que présenté, le Modèle intégrateur est un outil permettant d'améliorer la qualité des services offerts. Cette notion de qualité des services peut s'appliquer à des domaines différents que ceux reliés à la distribution des services à une clientèle désignée ou à une population. Par exemple, ce modèle peut être utilisé dans des sphères d'activités telles que l'amélioration de la satisfaction des ressources humaines dans une organisation ou un service spécifique. Il peut également être utilisé pour améliorer le fonctionnement d'un comité de travail ou même d'un comité directeur.

Évidemment, l'utilisation de ce modèle dans de tels contextes nécessite certaines adaptations dans son application.

Le Cadre de référence s'applique aux décisions prises par les administrateurs et les administratrices ainsi que les gestionnaires, aux soins et aux services dispensés par le personnel du réseau et à la participation des citoyennes et des citoyens utilisateurs de services et à ceux qui pourront y avoir recours.

¹⁶ Jacques PLANTE et Chantal BOUCHARD, *La qualité. Sa définition et sa mesure*, Service social, vol. 47, n° 1-2, 1998-1999, p. 27-61.

Voyons un exemple de l'utilisation du Modèle intégrateur appliqué aux ressources humaines dans une direction.

Au centre de ce modèle, nous retrouvons comme cible «Les personnes», qui représentent le personnel de la direction. Son fonctionnement est soutenu par des valeurs adoptées par l'ensemble du personnel de cette direction. Chacun des quadrants est adapté en fonction du contexte de son application. Ainsi, dans cet exemple, la qualité attendue reflète les attentes et les besoins du personnel. La qualité voulue représente les règles de fonctionnement, les exigences ou les directives déterminées par les gestionnaires, les ordres professionnels ou les instances syndicales. Des outils ou des moyens sont développés pour vérifier la mise en application de ces diverses règles (qualité rendue) dans le but d'assurer un fonctionnement optimal de la direction. Enfin, le tour des quadrants se complète en obtenant le point de vue du personnel et en vérifiant son niveau de satisfaction (qualité perçue).

Pour chacun des quadrants, la qualité est définie selon les quatre composantes: relationnelle, professionnelle,

organisationnelle et interorganisationnelle et est adaptée selon le contexte.

Dans l'exemple proposé, pour la qualité attendue, on vérifie les attentes du personnel de la direction en lien avec :

- la qualité des relations interpersonnelles entre les membres du personnel (composante relationnelle);
- la qualité des expertises et du professionnalisme des membres de la direction (composante professionnelle);
- la qualité de l'organisation fonctionnelle et de l'environnement physique (composante organisationnelle);
- la qualité de la coordination, de la continuité et de l'intégration entre les directions de l'organisation (composante interorganisationnelle).

Les quatre composantes peuvent s'appliquer à chacun des quadrants en adaptant les cibles évaluées au contexte ou au domaine d'application choisi.

Chaque établissement, chaque organisme est le principal «producteur» de la qualité des soins ou des services dispensés. En s'intégrant aux activités des missions respectives des établissements et aux services offerts localement, le présent document apporte des repères utiles.

Enfin, le Cadre de référence et le Modèle intégrateur proposés peuvent servir au développement d'une démarche régionale basée sur l'identification et le suivi des actions porteuses de qualité, sur l'évaluation de ces actions et, le cas échéant, sur les correctifs essentiels à un processus d'amélioration continue.

9 CONDITIONS FACILITANT LA MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE INTÉGRATEUR

La mise en œuvre du Modèle intégrateur comprend deux éléments incontournables : les conditions favorables à son appropriation et les stratégies pour sa mise en œuvre.

Les conditions favorables à l'appropriation du Modèle intégrateur regroupent¹⁷ :

- le leadership d'une organisation suscitant l'engagement de tous les niveaux à développer une culture de qualité;
- l'investissement dans des processus d'amélioration continue et d'évaluation de la performance;
- l'interdisciplinarité favorisant la coopération et la collaboration;
- la valorisation et la reconnaissance de la contribution et de l'expertise de chacun;
- la disponibilité des ressources nécessaires;
- l'innovation par l'utilisation des méthodes et des outils qui ont fait leur preuve (bonnes pratiques).

Les stratégies de mise en œuvre s'appuient sur :

- la reconnaissance de la qualité, comme valeur importante, au sein des organisations;
- le soutien de l'amélioration continue de la qualité par tous les niveaux hiérarchiques;
- le partage régional d'outils reliés à la qualité, afin d'assurer une certaine uniformité et soutenir les organisations qui ont moins de ressources;
- la réalisation d'un plan de communication ou d'une autre stratégie afin de susciter l'adhésion du personnel du réseau à l'amélioration continue de la qualité.

Le défi de la mise en œuvre du Modèle intégrateur repose sur la gestion quotidienne de la qualité. Celle-ci peut être décentralisée dans plusieurs directions ou services, à partir d'actions structurantes qui leur sont spécifiquement dédiées.

En Estrie, la création de « Direction qualité » au sein des établissements et de l'Agence est un point de départ intéressant pour le développement d'une analyse transversale des différentes composantes du Modèle intégrateur. Ces directions sont appelées à jouer un rôle de « Vigie qualité » par l'analyse systémique des résultats, des recommandations ou des avis des différentes instances liées aux actions structurantes.

¹⁷ Inspiré du document : AQESSS, *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, 2009.

CONCLUSION

Ce cadre de référence régional interpelle les différents acteurs et actrices concernés par la qualité des soins et des services à adhérer à une vision commune et intégrée de la qualité.

Nous espérons que le Cadre de référence apporte un éclairage sur la compréhension des quadrants de la qualité et de ses composantes, sur les actions structurantes liées à la qualité et sur les rôles et les responsabilités de chacun en cette matière.

Nous souhaitons que ce cadre de référence soit inspirant pour les établissements de la région de l'Estrie et leurs partenaires pour contribuer au développement d'une culture régionale de la qualité.

Les stratégies proposées pour la mise en œuvre du Modèle intégrateur nous apparaissent être un défi mobilisateur afin d'atteindre notre but et de guider nos actions, porteuses de qualité, vers « La personne », raison d'être de notre réseau.

ANNEXE 1 Structure de concertation régionale¹⁸

Rôle et fonctionnement

Contexte

Le dossier « qualité » prend de plus en plus d'importance dans le réseau sociosanitaire. Afin de faire face à cette situation, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie sollicite la participation des établissements et partenaires à divers travaux de nature stratégique et tactique, notamment pour :

- soutenir l'élaboration et l'actualisation d'un cadre de référence en matière de qualité et des mesures structurantes qui en découlent;
- favoriser l'approche systémique et partagée en gestion de la qualité;
- favoriser l'intégration entre les mesures structurantes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ainsi que des différentes organisations dans les domaines d'accréditation.

Ce contexte entraîne la Table régionale qualité (TRQ) à rechercher une vision partagée et mieux articulée des niveaux stratégique, tactique et opérationnel du dossier. Par conséquent :

- le niveau stratégique demeure la responsabilité de la Table régionale qualité;
- le niveau tactique est actualisé par la mise en place de groupes de travail dont les résultats des travaux reviennent à la Table régionale qualité;
- le niveau opérationnel relève des établissements.

La Table régionale qualité – Niveau stratégique

Statut

La TRQ s'inscrit dans la structure existante de concertation entre les établissements et l'Agence et, à ce titre, adresse ses avis et ses recommandations à la Table de coordination du réseau Estrie (TCRE).

Mandats

La TRQ :

- est l'interlocutrice privilégiée de l'Agence et de la TCRE en matière de qualité, plus particulièrement au niveau stratégique et, à ce titre, formule des avis et des recommandations;
- assume les mandats qui lui sont confiés par la TCRE;
- peut proposer à l'Agence ou à la TCRE de lui confier d'autres mandats;
- établit des mécanismes de collaboration entre les établissements afin de développer et de partager des outils, des programmes et des approches en gestion de la qualité;
- assure une communication continue entre les responsables de la qualité de tous les établissements et l'Agence à l'égard des dossiers de ce secteur;
- est responsable de la vigie à l'égard des projets « qualité » qui touchent les établissements de la région et reste à l'affût des principaux enjeux;
- est un lieu de concertation interétablissements sur tous les dossiers « qualité ».

De plus, chacun des membres de la TRQ :

- assume la communication au sein de l'établissement qu'il représente.

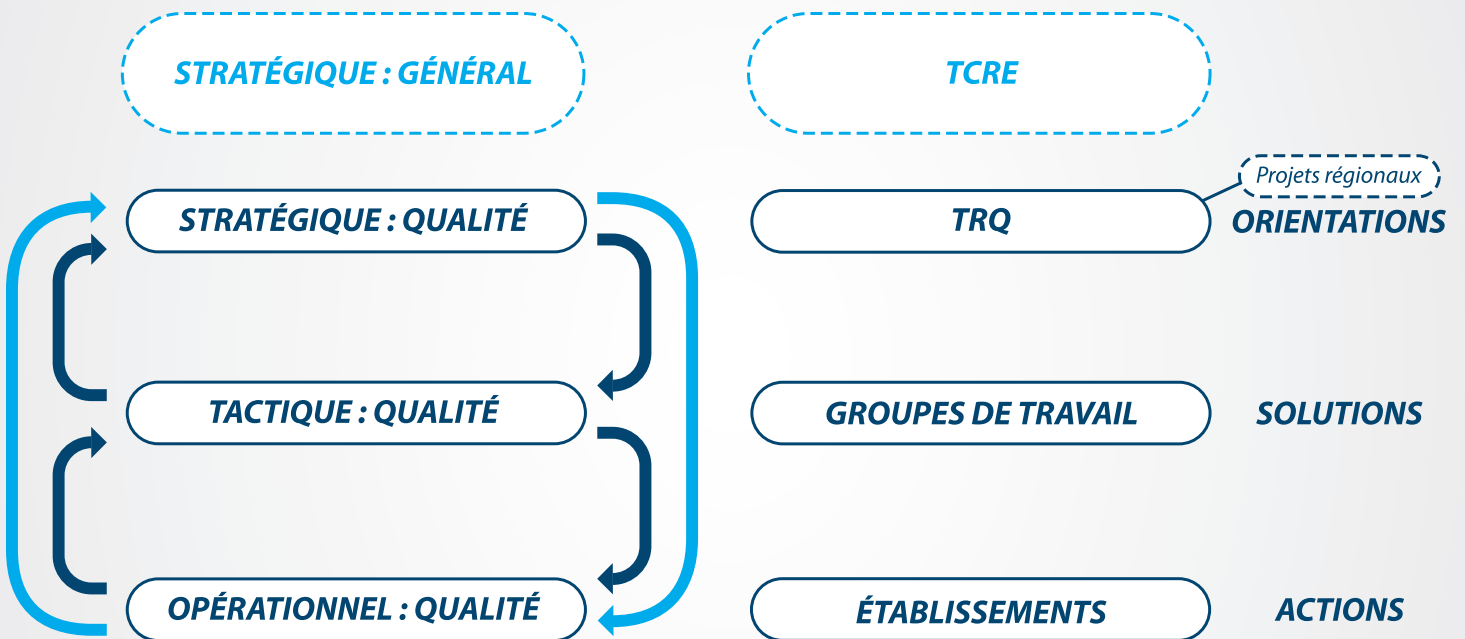
¹⁸ ASSSE, *Rôle et fonctionnement de la Table régionale qualité (TRQ)*, 2008.

Groupes de travail – Niveau tactique

Statut

La TRQ pourra, au besoin et pour des fins de réalisation de ses mandats, former des groupes de travail sur des objets particuliers en précisant le mandat, le livrable, la composition, les dates de début et de fin des travaux.

Gestion de la qualité - Structure de concertation régionale en Estrie



ANNEXE 2 Exemples d'actions structurantes en matière de qualité

QUADRANTS DE LA QUALITÉ (Portée dominante des actions)	ACTIONS STRUCTURANTES
QUALITÉ ATTENDUE	Comité des usagers et des résidents <i>LSSSS, 209 à 212.1</i>
	Forum de la population <i>LSSSS 343.1-343.6</i>
QUALITÉ VOULUE	Élaboration et mise en œuvre du Code d'éthique <i>LSSSS, 233-233.1</i>
	Mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs – agence Mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs – établissement <i>Loi sur le ministère du Conseil du Trésor, 3.0.1-3.0.6</i>
	Ententes de gestion et reddition de comptes <i>LSSSS, 182.1-182.8</i>
	Gestion des risques et prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux <i>LSSSS, 183.1-183.4</i>
	Informatisation – Projet prioritaire <i>LSSSS, 520.5-520.32</i>
	Permis des établissements <i>LSSSS, 437-453.1</i>
	Plan d'intervention individualisé (PII) <i>LSSSS, 102, 104</i>
	Plan d'action triennal pour la planification de la main d'œuvre et le développement des ressources humaines <i>LSSSS, 231, 376-385</i>
	Plan de services individualisé (PSI) <i>LSSSS, 103, 103.1, 104</i>
	Projets cliniques <i>LSSSS, 99.5, 346.1</i>
	Protocole d'application des mesures de contrôle Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale <i>LSSSS, 118.1</i>
	Reconnaissance des RI et des RTF <i>LSSSS, 301-314</i>
	Table de concertation régionale (promotion, défense et protection des droits) <i>LSSSS, 340.78°, 353</i>

QUADRANTS DE LA QUALITÉ (Portée dominante des actions)	ACTIONS STRUCTURANTES	
QUALITÉ RENDUE	Agrément des établissements <i>LSSSS, 107.1</i>	
	Cadre de référence ministériel sur le signalement de comportements indésirables <i>Directive ministérielle</i>	
	Certification des résidences pour personnes âgées et certaines ressources offrant de l'hébergement pour des clientèles vulnérables <i>LSSSS 346.0.1-346.0.21</i>	
	Comité de vigilance et de la qualité – agence <i>LSSSS, 412.1-412.3</i>	
	Comité de vigilance et de la qualité – établissement <i>LSSSS, 181.0.1-181.0.3</i>	
	<i>Conseils professionnels et autres comités internes :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="667 804 1523 863">• Conseil des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP) <i>LSSSS 213-218</i> <li data-bbox="667 863 1523 921">• Conseil des infirmières et infirmiers (CII) <i>LSSSS, 219-222</i> <li data-bbox="667 921 1523 980">• Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) <i>LSSSS, 223-225</i> <li data-bbox="667 980 1523 1039">• Conseil multidisciplinaire (CM) <i>LSSSS, 226-230</i> <li data-bbox="667 1039 1523 1094">• Conseil des sages femmes <i>LSSSS, 225.1-225.6</i> 	
	Enquête, inspection et surveillance d'un établissement <i>LSSSS 413.1-415, 489-489.1</i>	
	Rapports de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse <i>Charte des droits et libertés</i>	
	Rapports du Bureau du Coroner <i>LSSSS, 340.8</i>	
	Rapports du Curateur public <i>Loi sur le Curateur public, C-81</i> <i>LSSSS, 204</i>	
	Rapports du Vérificateur général du Québec <i>Loi sur le Vérificateur général</i>	
	Visites d'ordres professionnels <i>Code des professions</i>	
	QUALITÉ PERÇUE	Évaluation de la satisfaction : études ou sondages sur la satisfaction des usagers, de la population, des partenaires ou du personnel en regard des soins et services <i>LSSSS, 107</i>
		Plaintes - Régime d'examen : <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="667 1682 1523 1745">• Commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services <i>LSSSS, 29-77</i>
Recommandations du Protecteur du citoyen (auparavant Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux) <i>Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux</i>		
Visites d'appréciation de la qualité des services par le MSSS <i>LSSSS, 431</i>		

RÉFÉRENCES

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE. *Réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Plan pluriannuel 2008-2011*, 2008, 32 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE. *Réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Plan stratégique régional 2010-2015*, 2010, 31 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE. *Rôle et fonctionnement de la Table régionale qualité (TRQ)*, 2008, 4 p.
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, REGROUPÉE, AVEC D'AUTRES COMMISSIONS, AU SEIN DE LA HAUTE AUTORITÉ EN SANTÉ, (ANAES en France) pour le graphique adapté du modèle de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, intégrant des éléments du modèle de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et du modèle de l'ANAES.
- ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC. *Guide pour une gestion intégrée de la qualité*, 2007 (révisé en 2010), 36 p.
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, 2009, 106 p.
- BRUNELLE, Y. – MSSS. *La qualité des soins et des services : un cadre conceptuel*, 1993, 124 p.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, et Marie-Pascale POMEY. *La qualité : exigence centrale de la réforme*, Département d'administration de la santé et GRIS Université de Montréal, 2007, 91 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : analyse des données de l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*, 2007, 393 p.
- LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q., c. S-4.2).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE. *Les administrateurs des établissements : les acteurs clés de la gouvernance du système sociosanitaire québécois*, 2007, 68 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*, 2006, 31 p.
- PLANTE, Jacques, et Chantal BOUCHARD. *La qualité. Sa définition et sa mesure*, Service social, vol. 47, n° 1-2, 1998-1999, p. 27-61. Disponible aussi par Internet à l'adresse <http://id.erudit.org/iderudit/706780ar>.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Évaluer pour s'améliorer : un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2000, 2001*, 64 p.