



HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR  
DE MONTRÉAL



## *Programme intégré de la qualité des services*





HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR  
DE MONTRÉAL

*Programme intégré  
de la qualité des services*



Approuvé par le conseil d'administration  
le 30 avril 2007

Publié par le Service des communications  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal  
5400, boulevard Gouin Ouest

Tél.: (514) 338-2222  
Internet : [www.hscm.ca](http://www.hscm.ca)  
Courriel : [hscm@ssss.gouv.qc.ca](mailto:hscm@ssss.gouv.qc.ca)

Note : Dans cette publication, le féminin  
comme le masculin sont pris dans leur sens  
générique et désignent aussi bien les hommes  
que les femmes.

**Rédaction**  
Blaise Desrosiers

**Coordination et révision**  
Lyne Arcand

**Correction d'épreuves**  
Line Readman

**Photographie**  
Jean-Pierre Boudreau

**Conception graphique**  
Normand Lavoie

**Impression**  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Merci aux employés de s'être prêtés au jeu  
des séances photos.

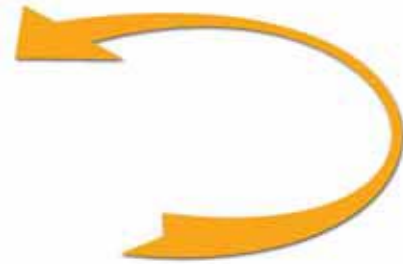
© Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 2007

Dépôt Légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2007  
Bibliothèque et Archives Canada, 2007  
ISBN 978-2-921350-33-4  
Tous droits réservés



INTRODUCTION	5
<b>1</b> CONTEXTE	7
<b>2</b> OBJECTIFS	9
<b>3</b> VISION	11
<b>4</b> SIGNATURE GRAPHIQUE	13
<b>5</b> CONDITIONS DE SUCCÈS	15
<b>6</b> DÉFINITIONS	17
<b>7</b> ÉLÉMENTS CLÉS	19
<b>8</b> VALEURS	21
<b>9</b> STRUCTURE	23
<b>10</b> PLAN INTÉGRÉ D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES	29
<b>11</b> CONCLUSION	31
MÉDIAGRAPHIE	32
ANNEXE 1 Structure de fonctionnement du programme intégré de la qualité des services	33
ANNEXE 2 Plan intégré d'amélioration de la qualité des services	34

## *Table des matières*



Regrouper en un seul document, les nombreuses activités d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément qui se tiennent à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal: voilà l'objet principal du *Programme intégré de qualité des services*.

Nous définirons dans un premier temps, le cadre théorique du Programme<sup>1</sup> pour aborder son contexte de réalisation et énumérer les objectifs qu'il poursuit afin d'assurer sa réussite. Pour leur part, les caractéristiques de la vision de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal en matière de qualité des services seront ensuite présentées de même que la signature graphique conçue pour identifier les activités du Programme. Nous poursuivrons avec l'identification d'un certain nombre de conditions visant à garantir le succès de la mise en œuvre du Programme, et par la présentation de quelques définitions ainsi que certains éléments clés. Enfin, nous rappellerons les cinq grandes valeurs de l'organisation.

Le cadre pratique du Programme, soit sa structure de fonctionnement, sera expliqué dans la 2<sup>e</sup> partie du Programme. Nous souhaitons ainsi établir les liens existants entre les différents niveaux de gestion de l'établissement et l'application du Programme dans l'organisation, pour terminer en abordant le plan intégré d'amélioration de la qualité des services.

Il est utile de noter que le présent document ne cherche pas à traiter tous les aspects reliés à une démarche intégrée de la qualité des soins et des services. Nous souhaitons plutôt, regrouper des éléments qui seront utiles et accessibles au plus grand nombre de personnel préoccupé par l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Toutefois, les membres du personnel intéressés par plus de détails entourant les aspects de l'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques ou de l'agrément sont invités à consulter les références citées dans la médiagraphie qui se trouve à la page 32. Elles sont une compilation pertinente utilisée dans le présent document. Elles servent de fondement documentaire à une bonne part du présent Programme et devraient être consultées pour en savoir davantage.

## Introduction



<sup>1</sup> Le terme «Programme» désigne le Programme intégré de la qualité des services (amélioration continue de la qualité, gestion des risques, d'agrément).

# 1.

## Contexte

Ce document se veut une mise à jour majeure du premier *Programme intégré d'amélioration continue de la qualité* adopté par le conseil d'administration de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le 25 janvier 1999. Il est dans une grande mesure, un nouveau programme. Presque toutes les parties dudit Programme ont été révisées de façon significative pour tenir compte de la nouvelle réalité de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Cette réalité est dictée entre autres par la disposition légale, de décembre 2002, de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Elle comprend un ensemble de mesures qui visent à augmenter la satisfaction des personnes<sup>2</sup> et à favoriser le respect de leurs droits, incluant l'accessibilité et la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

La révision du Programme est également motivée par l'introduction dans la Loi, en décembre 2005, d'une récurrence dans le processus relatif à l'agrément pour tout établissement de santé. La révision considère en outre les dernières directives relatives à l'attribution de l'agrément, publié par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), en janvier 2006.

Le programme adopté en 1999, a été révisé également afin de soutenir la *Planification stratégique 2006-2009*, adoptée par le conseil d'administration de l'Hôpital en juin 2006. Il réaffirme l'engagement de l'Hôpital en matière de gestion de la qualité et des risques et dans ses efforts de mobilisation de l'ensemble de son personnel afin de viser l'amélioration continue de la qualité des services et de la diminution des risques.

Il est utile de signaler que la révision de certains concepts qui ont servi d'assise au présent Programme, s'inspirent des fondements du Programme d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Il ne faudra donc pas se surprendre de retrouver des éléments et des définitions qui proviennent du Programme d'agrément du CCASS. Nous avons également consulté des rapports et des publications de Santé Canada, dont celui intitulé: *En quête de qualité dans les soins de santé canadiens : amélioration continue de la qualité* ainsi que le Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



<sup>2</sup> Le terme « personne » désigne un usager et sa famille ou toute personne significative.

# 2.

## Objectifs

Le présent Programme intégré de la qualité des services a pour objectif général de réaffirmer l'engagement de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal en matière de qualité des services<sup>3</sup>, en utilisant des approches associées à l'amélioration continue de la qualité, à la gestion des risques et à la démarche d'agrément. Les objectifs spécifiques du Programme, sont :

- Déterminer une approche, un cadre et un langage communs pour améliorer la qualité des services à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- Harmoniser les initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément avec les priorités stratégiques identifiées lors de la Planification stratégique 2006-2009.
- Servir d'outil de facilitation et de catalyseur pour tous les intervenants<sup>4</sup> de l'Hôpital dans leurs démarches d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément.
- Supporter le potentiel humain de l'établissement, en habilitant les intervenants à assumer leurs responsabilités en matière de qualité des services.
- S'assurer que les efforts en matière d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément trouvent écho dans tous les domaines d'activité de l'Hôpital.
- Permettre la reddition de comptes en matière de gestion de la qualité des services.
- Encourager une prise de décisions informée, surtout par rapport à la façon d'utiliser les ressources pour arriver aux meilleurs résultats en ce qui à trait à la qualité des services.



<sup>3</sup> Le terme «service» sous-entend aussi les soins.

<sup>4</sup> Le terme «intervenants» désigne un employé de soutien, un professionnel, un gestionnaire, un médecin, un bénévole ou un stagiaire.

# 3.

## *Vision*

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal doit répondre à un haut niveau de qualité en raison de sa mission universitaire d'enseignement et de recherche, de même que pour la confiance témoignée par les personnes qui ont recours à ses services. Les objectifs du Programme sont donc en harmonie avec la vision de l'Hôpital, en matière de qualité des services.

En matière de qualité des services, la vision de l'Hôpital se caractérise entre autres :

- En reconnaissant l'importance d'une culture organisationnelle axée sur la sécurité de la personne et en la traduisant par une série de mesures dans la prestation sécuritaire des soins.
- En s'inscrivant dans une approche d'amélioration continue de la qualité de ses services, de gestion des risques et en sollicitant, tous les trois ans, un nouvel agrément. À ce chapitre, l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal est agréé depuis 1951. L'hôpital vise l'obtention d'un agrément du CCASS d'une durée maximale de trois ans à chacune des visites.
- En mobilisant l'ensemble du personnel de l'établissement afin que celui-ci contribue à l'amélioration continue de la qualité, à la diminution des risques et à l'obtention de l'agrément.
- En mettant constamment en place des mécanismes crédibles, transparents et renouvelés qui permettent aux intervenants et instances du milieu, de relier les indicateurs de résultats avec les indicateurs de besoin et de satisfaction des personnes desservies.



# 4.

Les symboles ont, au fil des siècles, servi à représenter des valeurs et des principes importants. Des signes visuels peuvent imaginer, perpétuer et intégrer les concepts clés d'une vision. Au surplus, les symboles aident à établir une approche, un milieu ou une culture.

Les éléments de cette signature graphique traduisent les objectifs du Programme. Ainsi, l'illustration englobe la dimension de la personne et celle de l'organisation. Ensemble et dans un même élan, tous les intervenants harmonisent leurs actions et initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité.



Les **mains** que l'on remarque à l'intérieur de la lettre **Q**, reflètent le potentiel humain des intervenants, soulignent le dynamisme du travail en équipe et font référence aux personnes qui reçoivent les services. Le trait de couleur **rouge** sur lequel repose la lettre **Q** représente la préoccupation du milieu pour la gestion des risques, approche nécessaire pour assurer la sécurité des personnes.

Quant à la **flèche** courbée située à l'extrémité droite, elle symbolise le processus continu d'amélioration de la qualité au sein de l'organisation: s'autoévaluer, identifier les pistes d'amélioration et apporter les mesures correctives.

Enfin, le long trait courbé que l'on retrouve en bas page signifie que l'amélioration de la qualité n'est pas un processus linéaire mais plutôt un processus dynamique dans le temps.

## Signature graphique

# 5.

## *Conditions de succès*

Dans l'application du Programme, la question n'est plus à savoir si la gestion de la qualité des services est pertinente, mais comment le milieu peut soutenir sa réalisation. La mise en œuvre d'un programme intégré de la qualité des services nécessite la présence de certaines conditions pour garantir son succès, dont la présence d'intervenants volontaires, capables de partager leurs réflexions et d'envisager des pratiques émergentes et novatrices qui ont un impact sur la qualité des services.

Sans énumérer la diversité des conditions de succès relevées pour assurer la réussite du Programme, nous en énumérons néanmoins quelques-unes et ce, sans entrer dans les moindres détails de chacune :

### *L'ouverture au partenariat*

La structure du Programme implique plusieurs intervenants et disciplines, et s'adresse à tous les aspects des activités de l'Hôpital. Les approches du Programme traversent les limites traditionnelles des directions et des services. Il importe de faire montre d'une ouverture au partenariat. L'approche interdisciplinaire et le partage des expertises sont des compétences stratégiques importantes au soutien du Programme.



### *L'implication des intervenants*

Une autre condition essentielle et non la moindre, est la collaboration de tous les intervenants de l'Hôpital. Leur participation est primordiale. L'investissement de chacun constitue un enjeu important dans la réussite du Programme. Elle est une composante clé dans sa réalisation. Les intervenants doivent percevoir leur participation à l'une ou l'autre des activités du Programme comme une occasion unique de développement professionnel et organisationnel.

### *L'intelligence et les savoirs*

La mise en application d'un programme intégré de la qualité des services fait appel avant tout à l'intelligence et aux savoirs d'intervenants dévoués et informés. Ainsi donc, pour encourager et appuyer la qualité des services, il est prioritaire de permettre à tous ceux qui participent au Programme d'accéder à une formation convenable pour qu'ils puissent développer leurs habiletés dans la matière. Par conséquent, des stratégies de formations continues et efficaces sont nécessaires pour asseoir les intervenants dans leur rôle.

## L'engagement à long terme

Même en présence des conditions de succès qui précèdent, la mise en application du Programme est un processus complexe et de longue haleine. Les résultats d'un programme intégré de la qualité des services ne se matérialisent pas tous immédiatement. Le délai d'exécution dépend d'une variété de facteurs dont, le contexte dans lequel évolue les intervenants. L'application du Programme doit donc tenir compte de l'ampleur des activités prioritaires à évaluer, des développements organisationnels, de la stabilité des équipes et de la disponibilité des ressources.

## La communication efficace

Étant donné que la qualité de services fait appel à des approches de l'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et d'agrément qui sont des processus sans fin, une communication efficace est essentielle à la réussite de la mise en application du Programme. Le plan de communication qui soutient le Programme doit tenir compte du fait que le message transmis n'est pas uniquement de l'information, mais un ensemble de valeurs et de nouvelles façons d'examiner et d'améliorer la qualité.



# 6.

## Définitions

Le Programme est un outil qui aide l'Hôpital à examiner et à améliorer la qualité des services qu'il fournit à la population dans un processus d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément.

Il consiste en une démarche structurée par laquelle le milieu s'intéresse de près aux besoins comme aux attentes des personnes à qui il offre des services et par laquelle il fait valoir le bien-fondé des approches et des programmes qu'il adopte. La démarche s'intéresse donc à l'ampleur des efforts que les intervenants de l'établissement consentent pour améliorer la qualité des services et la gestion des risques.

L'application du Programme s'inscrit en outre, dans le processus devant mener à l'obtention de l'agrément. Tout en étant distinct des approches relatives à l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, l'agrément enrichit et prend appui sur leurs résultats, les démarches étant complémentaires dans l'appréciation et à l'amélioration de la qualité des services.

L'**agrément**<sup>5</sup> est la reconnaissance par une autorité externe compétente (organisme d'agrément) du fait que l'hôpital est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à une évaluation systématique d'un ensemble de pratiques pour améliorer la qualité des services, et en fonction d'un processus qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement.

Lorsqu'on effectue quelques recherches, on constate rapidement qu'il existe un grand nombre de définitions des concepts de la qualité et d'amélioration de la qualité. Les définitions retenues dans le Programme sont celles du CCASS qui définit la **qualité** comme suit :

*La qualité est un degré d'excellence ou la mesure selon laquelle l'hôpital répond aux besoins des personnes et dépasse leurs attentes.*

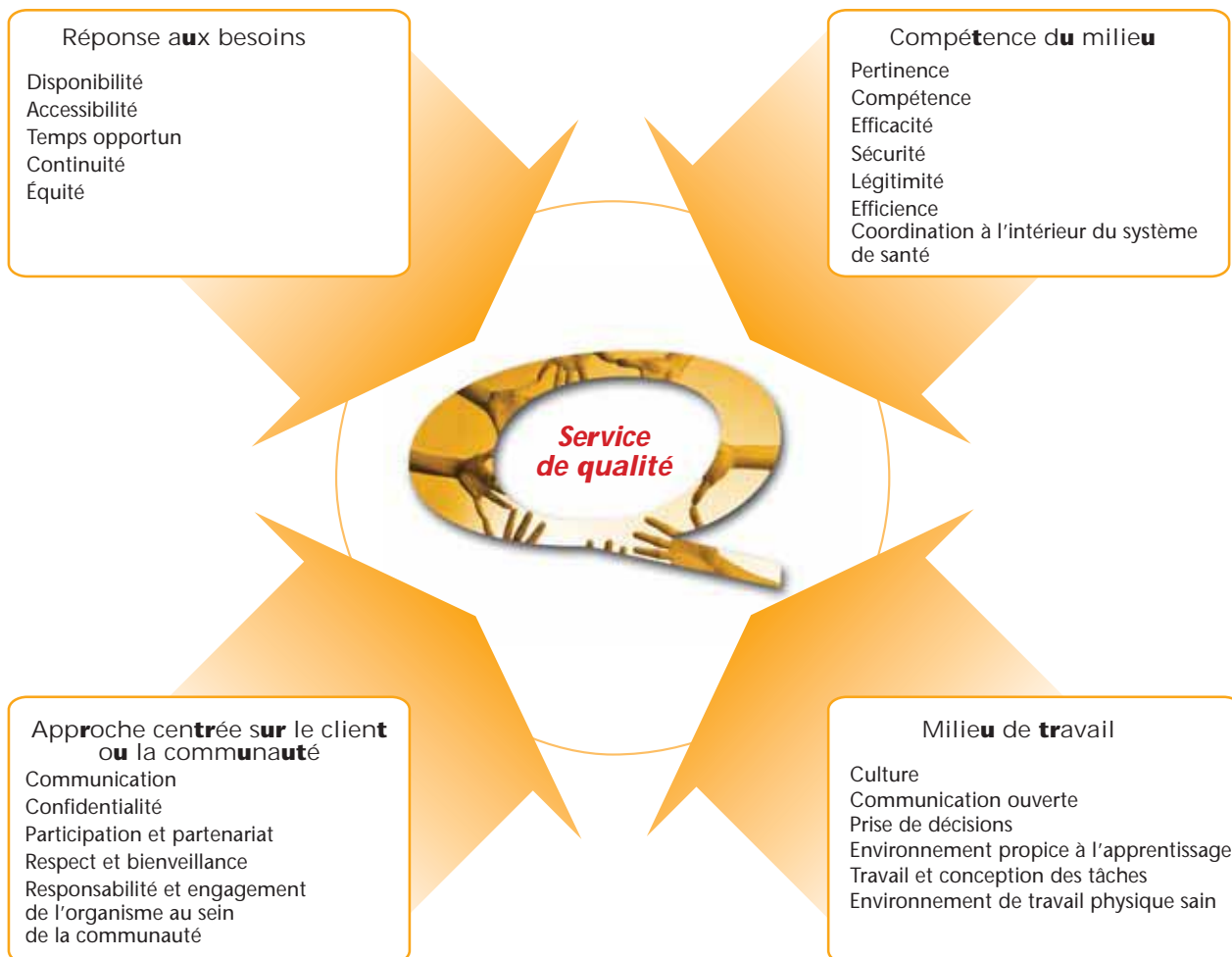
Toujours selon le CCASS, la qualité se compose de quatre dimensions et de vingt-trois composantes qui jouent un rôle majeur dans le Programme. Ils sont la base qui permettent à notre établissement d'évaluer la qualité de ses services et à déterminer ce que nous devons améliorer. Ces dimensions sont : la réponse aux besoins, la compétence du milieu, l'approche centrée sur le client ou la communauté, et le milieu de travail.

Les composantes rattachées à chacune de ces quatre dimensions sont énumérées dans le tableau qui suit.



<sup>5</sup> QUÉBEC, Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements et de services sociaux. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

## Les dimensions et les composantes de la qualité



Pour sa part, *l'amélioration de la qualité*, est une philosophie et un système de gestion visant à répondre aux besoins et à surpasser les attentes des personnes en se servant d'un processus systématique de définition et d'amélioration continues de tous les aspects des services offerts.

Quant à la *gestion des risques*, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans son Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques, retient la définition suivante: *La gestion des risques est un processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des systèmes et des sous-systèmes de l'organisation qui permet l'identification, l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et des situations jugées à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à l'utilisateur, au visiteur, ou personnel, au bien de ceux-ci et à ceux de l'établissement.*

# 7.

## Éléments clés

La qualité des services est un concept multidimensionnel que l'on peut définir de plusieurs façons. Il existe cependant certains éléments communs retrouvables dans plusieurs programmes. Pour cette raison, il est à propos en définissant la qualité, d'en retenir quelques-uns sur lesquels repose le Programme :

### Le leadership

Dans un environnement où les changements sont continus, le besoin de leadership pour mener à terme la réalisation d'un programme intégré de la qualité des services est crucial. Pour arriver à une vision en matière de gestion de la qualité, le leadership doit faire en sorte que chaque membre de l'organisation se concentre sur les besoins des personnes, sur les processus, sur l'investissement dans les gens et le développement de nouvelles connaissances, aptitudes et approches innovatrices. Un leadership ayant cette vision permettra l'actualisation du Programme.

### La culture organisationnelle

Une culture organisationnelle axée sur l'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques demande un engagement continu et sincère pour mesurer, comprendre et respecter les attentes des personnes. La mise en œuvre d'un programme intégré de la qualité des services requiert une philosophie de gestion qui dissuade la compétition mais qui encourage plutôt la coopération et la collaboration dans l'atteinte d'objectifs ambitieux dans un contexte, où les intervenants doivent constamment faire un meilleur usage des ressources rares pour répondre aux attentes des personnes.



### La satisfaction des personnes

L'orientation de l'Hôpital vers la population desservie est fondamentale à la réussite de la mise en application du Programme. Ce processus nécessite une compréhension des besoins des personnes et un engagement à mesurer, à comprendre et à satisfaire leurs besoins. L'application du Programme est conçue pour eux.

### Le travail en équipe interdisciplinaire

La réussite du Programme passe par une reconnaissance de la valeur que chaque intervenant de l'Hôpital effectue pour les personnes. Les relations entre les professionnels de la santé et les gens du milieu et les partenaires qui travaillent avec eux doivent reposer sur une approche interdisciplinaire plutôt que multidisciplinaire. La compétition et la territorialité dissuadent les initiatives d'amélioration continue de la qualité.

## La permanence des équipes

Le déploiement d'un programme intégré de la qualité des services est un défi constant et exigeant pour les intervenants. La complexité des processus prend souvent beaucoup de temps même si toutes les étapes se succèdent sans problème. Il n'est donc pas surprenant que des intervenants soient insatisfaits et se désengagent, fragilisant par le fait même le fonctionnement de l'équipe. Pour assurer que les objectifs ambitieux du Programme se réalisent, la stabilité des membres des équipes d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément doit être prise en considération.

## L'examen des processus

L'Hôpital est un milieu de travail très complexe comprenant plusieurs intervenants munis d'aptitudes et de responsabilités différentes pour accomplir une grande variété d'activités à travers différents processus. Comme la qualité des services se reflète à travers les processus, ceux-ci sont des dimensions à mesurer dans le cadre d'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et d'agrément. L'examen des processus est donc au cœur du Programme.

Pour ce faire, les indicateurs fournissent un aperçu d'une situation à un moment donné et aide à préciser ce qui se passe. Les indicateurs sont précieux pour nous assurer que nos processus améliorent constamment les services que nous offrons.

## L'utilisation des données probantes

Les initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément doivent être soutenues par la prise de décisions basées sur des données probantes.

Les données probantes sont les résultats de recherches de haute qualité, qui reposent sur une méthodologie appropriée ou des informations qui s'appuient sur l'évaluation scientifique. Les données probantes sont instigatrices des bonnes et des meilleures pratiques.



# 8.

## Valeurs

Les éléments énumérés précédemment sont en concordance avec les valeurs d'humanisme, d'excellence, d'engagement, de collaboration et de responsabilité que véhicule l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Ces valeurs sont centrées sur les besoins des personnes desservies et sur ceux des partenaires de l'établissement.

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal se veut à l'avant-garde des pratiques cliniques. Le Programme intégré de la qualité des services s'articule donc autour des cinq grands principes et valeurs partagés par l'ensemble des intervenants du milieu.

### Humanisme

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal s'engage à traiter les personnes malades, leurs proches et la population en général de façon humaine, selon le modèle conceptuel du *Caring*. Les notions de dignité, de compassion, de qualité de vie et d'éthique sont des éléments complémentaires.

### Excellence

L'éthique de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal démontre un constant dépassement dans la réalisation de la prestation de services hospitaliers. L'amélioration continue, la pertinence, l'efficacité et la qualité en font partie.

Cette excellence est aussi présente dans la mission universitaire, que ce soit en enseignement, en recherche ou en évaluation des technologies et des modes d'intervention.

### Engagement

Les intervenants de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal témoignent de leur volonté de s'engager comme prestataires de services hospitaliers dans l'environnement sousrégional et suprarégional pour les services ultrasécialisés. L'engagement comprend les notions complémentaires de participation, de transparence et de communication.

L'engagement s'exprime aussi dans la participation active aux différents volets de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention.



## Collaboration

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal se veut le partenaire privilégié des établissements du territoire qu'il dessert, ainsi que des territoires pour lesquels ses services ultraspecialisés sont requis. Les notions de complémentarité, d'interdisciplinarité et de partage de ressources complètent cette approche.

## Responsabilité

Les intervenants assument pleinement les devoirs attachés à leurs obligations dans la réalisation de la mission de l'établissement. L'imputabilité, la confiance, l'éthique de gestion et l'équité sont des dimensions qui la soutiennent. L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal est centré sur les besoins de la population qu'il dessert et sur ceux de ses partenaires.



# 9.

## Structure

Les équipes permanentes d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément forment la pierre d'assise du Programme. Ces équipes se composent d'intervenants de l'Hôpital et de partenaires. De plus, des personnes représentantes de la population desservie font aussi partie de ces équipes. Ainsi, elles sont supportées dans la réalisation de leurs mandats par les différentes instances de l'organisation, tel qu'illustré par le tableau: Structure de fonctionnement du Programme intégré de la qualité des services (annexe I).

La structure du Programme comporte quatre (4) niveaux d'intervention: la vigie, la stratégie, la tactique et l'opérationnel.

### La vigie

L'application du Programme dans l'Hôpital est assumé par la Direction générale adjointe. Elle appuie le conseil d'administration assistée du comité de vigilance et de qualité dans leurs responsabilités de surveillance générale de la qualité dans l'établissement. Les responsabilités de ces deux hautes instances de l'organisation sont définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par d'autres dispositions législatives.

Le conseil d'administration a le rôle de promouvoir ainsi que de veiller à l'implantation et à l'application du Programme. Ce rôle l'amène à adopter les règlements utiles à son fonctionnement et à prendre connaissance de divers rapports qu'il a préalablement déterminés comme étant nécessaires à sa gouverne. De même, il lui appartient d'approuver et d'évaluer régulièrement l'efficacité de l'application du Programme.

Pour sa part, le comité de vigilance et de qualité qui est obligatoire en vertu de la Loi, a pour mandat de veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Il doit notamment recevoir et analyser toutes les recommandations et rapports qui sont déposés au conseil d'administration et qui portent sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, et le respect des droits des personnes desservies. Ce comité est composé du directeur général, de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et de trois (3) membres du conseil d'administration.



## La stratégie

Ce niveau d'intervention est composé du comité des opérations et du comité de gestion des risques.

Le comité des opérations, où siègent les directeurs, a un rôle déterminant dans l'application du présent Programme intégré de la qualité des services. Il est en fait, le pôle administratif du Programme. Il est le point central stratégique en matière d'identification des priorités organisationnelles nécessaires à la mise en application des activités d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément dans l'établissement.

Il a la responsabilité de fournir un leadership visible aux différents comités, aux gestionnaires, aux syndicats et aux intervenants du milieu. Il assure la mise en application de stratégies innovatrices et contrôle les résultats associés aux plans d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément. C'est lui qui assure la liaison entre la structure administrative de l'établissement et le comité de gestion des risques. À ce titre, il fournit au comité de gestion des risques les divers rapports et études nécessaires à son mandat et lui soumet les mesures correctrices.



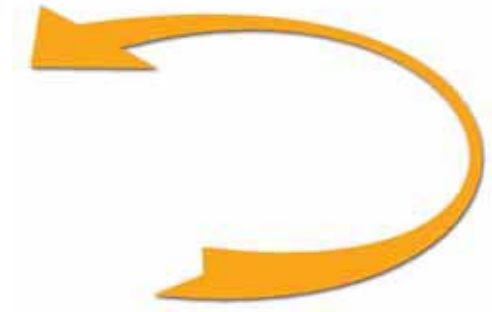
Le comité de gestion des risques est obligatoire en vertu de la Loi. Il est composé d'une représentativité des professionnels du milieu, des personnes desservies, de l'équipe des directeurs et du conseil d'administration. Son fonctionnement est en association avec la conseil d'administration. Son mandat est de rechercher, développer et promouvoir des moyens pour assurer la sécurité et le soutien des personnes desservies. D'assurer aussi, la mise en place d'un

système de surveillance des incidents et accidents et de recommander au conseil d'administration de l'Hôpital des mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Au niveau de la stratégie, le comité de gestion des risques est davantage un comité d'orientation et il situe ses interventions dans la zone suivante: en quoi la démarche suivie peut-elle assurer une plus grande qualité des services pour les personnes desservies?

## La tactique

Sous l'autorité du comité des opérations, le comité de coordination de la qualité constitue le niveau de gestion tactique. Son mandat est de conseiller et de seconder le comité des opérations dans ses démarches visant la qualité des services et de soutenir le niveau de gestion opérationnelle dans ses responsabilités. À ce titre, ce comité coordonne l'élaboration des plans d'amélioration et leur mise en application dans l'établissement afin d'assurer une harmonisa-



tion des activités dans l'Hôpital. Il est chargé aussi de suggérer des plans d'amélioration, de vérifier des résultats et d'examiner des questions ou de mettre en œuvre des projets relatifs à l'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de l'agrément. Ce comité est composé : d'un représentant de la direction générale et d'une représentativité des directions, des conseils professionnels et du comité des usagers. Siègent aussi, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, et de personne ressource en matière de gestion des risques dans l'établissement.

En plus de permettre une harmonisation des activités d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément dans l'organisation avec les priorités stratégiques, le processus d'intervention du comité de coordination de la qualité est aussi une démarche formative : est-ce que les démarches suivies sont appropriées pour améliorer la qualité des services dans le milieu ?

### L'opérationnel

Sans soustraire les directeurs de leurs responsabilités d'évaluation de la qualité, le niveau opérationnel est la pierre angulaire sur laquelle repose la qualité des services en raison que ce niveau d'intervention fait appel aux intervenants des services, des unités de soins et des départements qui donnent les services à la population. Ces « dispensateurs » de services sont les mêmes qui sont impliqués directement dans les processus d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément. Ce niveau est l'agencement de trois plans d'amélioration. Ces plans sont des groupes de travail d'amélioration continue de la qualité, des équipes permanentes du CCASS et du groupe de travail en gestion des risques. En fait, c'est le niveau du déploiement des activités d'amélioration continue et l'intégration des mesures correctives.



Les groupes de travail d'amélioration continue de la qualité émanent d'initiatives locales des directions, d'unités de soins, des services ou départements. Ils ont une vision axée sur l'action et un engagement à effectuer des améliorations en révisant et en définissant à partir d'indicateurs de nouveaux processus pour créer de meilleurs résultats. Ces groupes contribuent à l'atteinte du présent Programme en recueillant sur demande des données sur la qualité d'un service, sur une dimension clinique ou administrative. En élaborant aussi des solutions pour mettre en valeur un service de qualité. À titre d'exemple, un groupe d'intervenants pourraient être mandatés pour améliorer l'application d'une pratique clinique, l'utilisation d'un équipement ou encore l'organisation du travail. Il s'agit donc de vraies réalisations qui permettent à l'Hôpital de fournir un service amélioré et de suivre de près la qualité des services que nous produisons.

Dans l'application du Programme intégré de la qualité des services, on ne peut passer sous silence la contribution des dix sept (17) équipes permanentes du CCASS, regroupant un peu plus de 200 intervenants. En effet ces équipes de représentants de diverses disciplines et de groupe de personnes de l'intérieur et de l'extérieur de l'Hôpital, participent ensemble à l'évaluation, à la planification ou à la mise en œuvre des services offerts à la population. Leurs connaissances et leurs compétences sont complémentaires et leurs activités sont interdépendantes. Ces individus travaillent ensemble de façon permanente afin d'atteindre des buts communs. Ils interagissent entre autres, pour mener à bien le processus d'agrément réparti sur un continuum de trois ans: se renseigner, se préparer, effectuer l'autoévaluation, planifier et tenir la visite, utiliser le rapport et apporter des améliorations continues.



En raison de leurs expertises, le potentiel de ces équipes est considérable. Leur fonctionnement permet à l'Hôpital d'améliorer de façon significative les processus de prestation des services.

Le succès du Programme repose aussi sur la contribution du groupe de travail en gestion des risques. Sa raison d'être est d'exécuter des mandats précis de manière à soutenir l'action du comité de gestion des risques. Son mandat est de collecter et de traiter l'information sur les risques identifiés et la mise en œuvre des mesures permettant de mieux les contrôler. Son réseau de communication est facilité par un lien direct avec le comité de gestion des risques. Un réseau de communication flexible est aussi établi avec les groupes de travail d'amélioration continue de la qualité, avec les équipes permanentes du CCASS

et avec le comité de coordination de la qualité.

Le groupe de travail en gestion des risques est composé d'intervenants de l'établissement de divers domaines dont entre autres, de la prévention des infections, du plan de mesures d'urgence, de la santé et sécurité au travail, du génie biomédical. Une personne désignée par le comité des opérations agit à titre de personne-ressource en matière de gestion des risques dans l'établissement. Elle a la responsabilité du fonctionnement du groupe de travail en gestion des risques et la coordination des activités et du suivi qui en découlent.





### Les comités partenaires

Les comités partenaires dans le cadre de leurs mandats spécifiques, décèlent des services pouvant être améliorés ou des situations présentant un risque pour les personnes desservies. Leurs rôles les amènent à formuler diverses expertises et recommandations aux instances concernées. Ces comités de par leurs fonctions ne peuvent travailler en vase clos. Ils sont des partenaires des différents comités et groupes de travail des niveaux de gestion du Programme. Pour certains, leurs actions s'inscrivent dans les orientations du comité des opérations tandis que pour d'autres, ils s'inscrivent dans ceux du conseil d'administration.

### Les groupes de soutien

Les groupes de soutien sont des services qui contribuent aux travaux des différents comités des niveaux de gestion du Programme. Leur rôle est de fournir, sur demande, des informations statistiques, financières, cliniques de même que de la documentation spécialisée ou toute autre information requise à la réalisation des mandats des comités ou groupes de travail.



# 10.

La démarche d'amélioration de la qualité des services de l'Hôpital comprend l'élaboration d'un plan intégré de travail annuel pour l'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément.

## Identification des possibilités d'amélioration

Les possibilités d'amélioration des services sont choisies par les membres des groupes de travail d'amélioration continue de la qualité, des équipes permanentes du CCASS et du groupe de travail en gestion des risques. Ensemble, ils les déterminent en étudiant les processus qui servent à fournir les services. Les intervenants se penchent sur les recommandations du rapport de la visite d'agrément du CCASS, sur les possibilités d'amélioration identifiées par les équipes de prestation des services, sur les secteurs susceptibles d'entraîner des problèmes qui comportent des risques élevés, sur les possibilités d'amélioration qui correspondent aux besoins de la population desservie, sur les possibilités cernées par le biais des suggestions, de sondage et de la procédure d'examen des plaintes et les possibilités cernées dans le cadre des examens menés par les organismes de réglementation professionnelle ainsi que sur les orientations de la direction de l'Hôpital.

Le CCASS identifie douze (12) axes organisationnels concernés par des plans d'amélioration de la qualité: stratégique, opérationnel, ressources humaines, gestion des risques, éthique, gestion de l'information, communication, d'urgence (cas de sinistre), évaluations des besoins des personnes desservies, sondage sur la satisfaction et évaluation des besoins en matière de formation et d'apprentissage.

Le CCASS reconnaît aussi, qu'il n'est pas possible de travailler à tous les axes de façon simultanée. Ainsi donc, l'élaboration du plan intégré d'amélioration de la qualité des services de l'établissement ne comprendra pas nécessairement des possibilités d'amélioration en provenance de tous les axes, mais obligatoirement de celles découlant des priorités et des buts stratégiques de l'Hôpital et des recommandations du CCASS.

## *Plan intégré d'amélioration de la qualité des services*



### Rédaction du plan intégré d'amélioration de la qualité des services

À la suite de cette première étape, le plan intégré d'amélioration de la qualité des services est rédigé. Ce plan comprend diverses composantes : les possibilités d'amélioration, les interventions, les personnes concernées, les indicateurs de résultats, les échéanciers et les mesures de résultats (voir exemple annexe II). Par la suite, le plan d'amélioration est soumis aux instances concernées pour approbation.

### Diffusion du plan intégré d'amélioration de la qualité de services

Une fois le plan intégré d'amélioration autorisé, il faut le faire connaître à tout le personnel. Les moyens de communication qui seront mis de l'avant, comprennent des activités spéciales axées sur la qualité, un tableau de bord, des bulletins, intranet, babillards, réunion de personnel, etc.

### Évaluation du plan intégré d'amélioration de la qualité de services

Le plan intégré d'amélioration de la qualité de services est évalué, périodiquement. Cette évaluation porte principalement sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs fixés dans le plan, de même que sur l'efficacité du plan et du processus qui s'y rattache. Toutefois, comme c'est le conseil d'administration qui demeure responsable de la qualité des services dans l'établissement, des rapports réguliers sur la qualité sont présentés au comité pertinent ou au conseil lui-même.



# 11.

## *Conclusion*

En raison de nouvelles réglementations et pour répondre adéquatement aux attentes de la population desservie, l'Hôpital est dans l'obligation de promouvoir constamment sa démarche d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément.

Le présent Programme intégré de la qualité des services actualise ainsi le Programme adopté en 1999, en proposant aux intervenants de l'Hôpital un cadre de référence intégré en matière de gestion des activités d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'agrément. Comme ces activités sont nombreuses dans l'établissement, le présent programme vise à soutenir les intervenants dans l'intégration de leurs efforts plutôt que de leur indiquer la voie à prendre pour atteindre la qualité. Les multiples transformations vécues au fil des ans, démontrent la volonté de tous les intervenants de s'adapter aux changements. Les expériences démontrent aussi que les intervenants de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal savent déjà que la maîtrise de la qualité, des risques et l'obtention d'un agrément reposent sur le respect de la réglementation, des bonnes pratiques, l'enseignement, la recherche ainsi que la mise en place d'un système d'évaluation et de mesures correctives.



## Médiagraphie

CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ, *Modèle de plan d'amélioration de la qualité : outils de référence liés à l'agrément*, Ottawa, 2006, 139 pages

CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ, *Buts du CCASS en matière de sécurité des patients et pratiques organisationnelles requises (POR)*, Ottawa, 2006, 30 pages

HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL, *Programme intégré d'amélioration continue de la qualité*, Montréal, 1999, 11 pages.

HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL, *Planification stratégique 2006-2009*, Montréal, 2006, 96 pages

QUÉBEC, *Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements et de services sociaux*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006

QUÉBEC, *Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques – cahier du participant*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006

SANTÉ CANADA, *Système de soins de santé*,  
[http : //www.hc-sc.gc.ca/hsc-sss/qual/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hsc-sss/qual/index_f.html) (2006-02-21)



## Annexe 1 Structure de fonctionnement du programme intégré de la qualité des services

