

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN GESTION DES PME ET DE LEUR ENVIRONNEMENT

PAR
MOHAMED BELKHELIFA

LES MOTIFS SOUS-JACENTS À L'ADOPTION D'UN PROGRAMME QUALITÉ DANS
LES CENTRES HOSPITALIERS

MAI 2003

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La préoccupation de délivrer des soins de qualité n'a pas changé fondamentalement de visage dans le contexte socio-économique actuel. En effet, le déséquilibre croissant entre ressources et besoins ainsi que l'excès de l'offre sur la demande ont substitué une logique de qualité à une logique de quantité. Pour des raisons économiques, le débat de la qualité a été engagé sur la place publique alors qu'il était surtout la chasse gardée — et pour le moins occulte — des différents corps professionnels (Laurin, 1993).

C'est ainsi que, progressivement, sous la pression croissante des consommateurs, la qualité a pris une place centrale dans les préoccupations des autorités publiques et des centres hospitaliers.

Le système des soins de santé n'échappe pas à ce nouveau droit de regard que s'octroie la société. Celui-ci s'exerce non seulement au travers des mécanismes de subordination de l'allocation des ressources à la qualité des services fournis (système d'agrément et de programmation par exemple) mais aussi, depuis peu, au travers de l'émergence des droits des patients.

Tout près de nous, le système de santé québécois est en train de subir les mêmes pressions. Ajoutons à cela le nombre de problèmes complexes que doivent résoudre les centres hospitaliers.

Pour instaurer un climat de gestion efficace et efficient, les gestionnaires des établissements de santé doivent prendre en considération toute une série de facteurs.

Qu'ils soient internes (taille, structure, culture de gestion, organisation du travail...) ou externes (environnement, économie, technologie...), ces facteurs peuvent contribuer directement ou indirectement à la formulation de la décision de l'implantation d'un système de qualité.

À cet égard, l'objet de la présente étude consiste en quelque sorte à identifier les facteurs qui ont influencé les centres dans l'établissement d'une démarche qualité.

Pour ce faire, nous avons élaboré dans un premier temps un cadre de référence permettant d'identifier les principaux concepts touchant la notion de la qualité dans les organisations. Par la suite, à travers l'analyse documentaire, nous avons recensé les principaux facteurs ayant une incidence sur la décision de l'implantation de la qualité.

Nous avons retenu des facteurs liés à l'environnement interne et externe de l'entreprise conjugés avec d'autres facteurs d'influence.

Dans un troisième temps, nous avons intégré ces facteurs dans un questionnaire que nous avons validé pour confirmer sa pertinence. Cet outil nous a permis d'identifier un ensemble de facteurs qui ont fait l'unanimité des trois centres sondés et qui constitueront par la même occasion nos conclusions quant aux principaux éléments déclencheurs de la qualité dans ces centres.

Table des matières

Sommaire

Introduction

Chapitre 1 : Cadre de référence.....	4
1.1) La notion de la qualité	7
1.2) La notion de service dans les organisations hospitalières	8
1.2.1) Caractéristiques des modèles d'organisation ou de prestation de soins	9
a) Système fonctionnel.....	10
b) Système d'équipe	11
c) Système de soins intégraux	12
d) Système de soins modulaires.....	16
e) Gestion de cas ou suivi systématique des clientèles.....	17
1.2.2) Les facteurs de contexte	19
1.2.3) La satisfaction de la clientèle	21
1.2.4) La satisfaction du personnel infirmier.....	22
1.2.5) Les coûts.....	24
1.3) L'approche axée sur la clientèle.....	25
1.4) La définition de la qualité	26
1.4.1) approche qualité en milieu hospitalier	29
a) Le Conseil Canadien d'Agrément des établissements de santé.....	29
b) Le Conseil Québécois d'Agrément des établissements de santé.....	32
1.5) Synthèse de la revue de la documentation	35
1.6) Le modèle théorique privilégié et le cadre d'analyse.....	36

Chapitre 2: Méthodologie de la recherche	38
2.1) L'information recueillie auprès des centres hospitaliers	39
2.2) Étude de cas	40
2.3) les variables retenues.....	41
2.4) La qualité dans le centres hospitalier.....	43
2.5) Instruments de mesure.....	44
2.6) Limites de la recherche.....	45
2.7) Motivation pour entreprendre un programme de la qualité	45
Chapitre 3 : Présentation et analyse des résultats.....	46
3.1) Profil des centres hospitaliers répondants.....	47
3.1.1) Le Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (CHRTR)	48
3.1.2) Regroupement Cloutier du Rivage (RCR)	49
3.1.3) Le Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie (CHCM)	51
3.2) Les motifs sous-jacents de la qualité	52
3.2.1) les motivations du CHRTR pour l'adoption de la qualité.....	54
3.2.2) les motivations du CHCM pour l'adoption de la qualité	55
3.2.3) Les motivations du RCR pour l'adoption de la qualité	56
3.3) la comparaison entre les trois centres hospitaliers	57
a) L'évolution technologique	57
b) La qualité des soins infirmiers.....	59
c) Satisfaction des clients et caractéristiques de la clientèle.....	60
d) Satisfaction et adhésion du personnel.....	61
e) L'amélioration des méthodes de prestation des soins	62

f) L'implication de la direction	63
g) Le contrôle des coûts	64
h) Le souci de partenariat	64
i) La productivité	65
j) La confiance des clients	65
k) Cadre du travail (accidents, gestion des risques)	66
Chapitre 4 : Interprétation des résultats	67
Conclusion	77
Références	81
Annexes	89

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Madame Jacqueline Dionne Proulx, professeur titulaire à l’Université du Québec à Trois-Rivières pour la direction de ce mémoire, ces directives et ces conseils ont permis la réalisation de ce travail.

Je tiens aussi à remercier toute ma famille pour le soutien moral et tout particulièrement mon frère Staika.

Mille merci à mes amis : Mjinina, khriwa, kabal, Sousou, Titi, Hassan Lhrizi, Naybet, Katila, Chouchou, Hassan Banderas et Hassan Mchina, Nadorino, Mostafa et Samir. Kamal Jghal, les frères Tolba ainsi que toute la communauté Marocaine de Trois Rivières.

Finalement, je tiens à remercier l’ensemble des professeurs du programme «Maîtrise en gestion des PME» pour leurs efforts.

Introduction

S'il y a une notion que la société affectionne, c'est bel est bien celle de la qualité. Le souci permanent de la qualité peut se manifester par un ensemble de règlements que se donne la société et par d'autres mécanismes. Ces règlements exercent une sorte de pression et le changement devient un facteur incontournable avec lequel les gestionnaires doivent composer.

Les organisations ont beaucoup évolué depuis le début du siècle. En s'inspirant de Roux-Brioude (1991) et de Cantarelli (1990), on peut résumer les changements survenus durant cette période. Essentiellement, jusqu'à la fin des années 1950, le producteur produit et distribue souverainement les biens et les services. Les moyens artisans de production limitent le volume et, bien que les consommateurs aient peu de moyens, la demande excède régulièrement l'offre.

Depuis le milieu des années 1970, la logique industrielle change profondément. La mondialisation des échanges et le renforcement de la logique de marché, ainsi que la complexité croissante des produits et des services obligent les entreprises à adopter une nouvelle stratégie de développement.

L'approfondissement de l'organisation industrielle antérieure ayant atteint ses limites, on préconise de nouveaux objectifs qui passent le plus fréquemment par la recherche d'une meilleure qualité des produits en même temps que des services, associée à une baisse des coûts, à une réduction des délais, à un accroissement de la flexibilité etc. Une meilleure compétitivité s'appuie davantage sur une montée en qualité que sur des économies d'échelle.

Plusieurs nouveaux concepts sont apparus dans l'environnement de gestion de l'entreprise, souvent dans des domaines connexes à la gestion de la qualité. Beaucoup auront entendu parler du Zéro défaut, des cercles de qualité d'Ishikawa, de la réingénierie des processus dont parlent Bergeron et

Falardeau (1994), Roberts (1994), Harrington (1994), de l'assurance qualité, de la gestion totale de la qualité ou le (TQM) souvent associés aux Feighenbaum, Juran et Deming.

Il s'agit dans tous les cas de passer d'une production de masse, centrée sur des produits standardisés, à une organisation capable de réaliser à la commande des produits plus spécifiques et plus variés. Il s'agit encore d'adapter la production de manière plus précise et plus fine à la complexité accrue du marché, c'est à dire aux différentes caractéristiques d'usage exigées pour ses destinataires. Au-delà, il s'agit de qualifier et de développer d'autres formes d'organisation de production.

Dans le cas des services, l'obtention de la qualité nécessite une transformation de l'organisation bureaucratique en une organisation qui favorise le rapprochement des salariés avec les usagers ou clients afin de prendre en compte leurs situations singulières et d'adapter la relation au service souhaité.

Le système des soins de santé n'échappe pas à ce nouveau droit de regard que s'octroie la société. Celui-ci s'exerce non seulement au travers des mécanismes de subordination de l'allocation des ressources à la qualité des services fournis (système d'agrément et de programmation par exemple) mais aussi, depuis peu, au travers de l'émergence des droits des patients.

La présente étude s'intéresse justement au secteur hospitalier, un secteur où la notion de services et de relations avec les usagers est omniprésente. La structure de cette étude est constituée principalement de trois parties. La première vise à établir notre cadre de référence. On y définit un éventail de termes et de concepts liés à la qualité et l'organisation. Nous poursuivons avec l'élaboration d'un ensemble de facteurs ayant une incidence sur le choix de l'implantation d'un système qualité.

En deuxième partie, nous présentons les critères méthodologiques qui nous ont guidé dans l'identification des facteurs d'influence et dans le choix des centres à sonder.

En troisième partie, nous essayons de vérifier la pertinence des facteurs d'influence retenus lors de notre analyse documentaire par une étude de cas. Nous mentionnons leur impact possible sur le choix d'implantation d'un programme qualité pour chaque centre, pour enfin conclure avec une comparaison entre les trois centres hospitaliers.

Chapitre 1

Cadre de référence

Bien que le domaine des services existe depuis plusieurs siècles, les phénomènes qui entourent leur gestion ont retenu davantage l'attention des professionnels du management des organisations et des chercheurs au cours des dix dernières années, principalement en ce qui concerne le développement des modèles propres aux organisations de services publics en vue d'améliorer leur performance et leur productivité.

En effet, les besoins sociaux changent en fonction des modifications profondes de l'économie et de la société. Les mentalités évoluent et rendent l'usager plus critique et plus exigeant vis à vis des services publics et parapublics.

Fraisse (1998) confirme, à cet effet, que le défi majeur des entreprises des secteurs public et parapublic consiste dans le fait d'être confronté constamment aux usagers; les clients exigent d'être aussi bien accueillis dans n'importe quelle entreprise de services.

De plus, d'autres considérations entrent en ligne de compte, Selon Puma (1996), les initiatives relatives au service public mises actuellement en œuvre reposent sur des considérations politiques très diverses. Si dans certains cas, l'objectif est de minimiser la taille et le rôle du secteur public, dans d'autres, il s'agit de renforcer et de défendre le secteur public en le rendant plus réceptif.

En effet, ce secteur important dans notre économie commence à peine à s'ouvrir à la qualité. Or, dans la conjoncture actuelle, les secteurs public et parapublic tout comme le secteur privé, sont forcés d'améliorer leur performance compte tenu de l'incertitude, de la diminution des ressources, de l'émergence de problèmes sociaux et des besoins nouveaux des particuliers et des entreprises qui obligent les gestionnaires à revoir leurs pratiques et leurs attentes.

D'ailleurs dans nombre de pays, les usagers des services publics et parapublics sont de plus en plus considérés comme des clients. Cette tendance influe autant sur les modalités de gestion de ces secteurs que sur la manière dont les services sont assurés. Aussi la focalisation sur le client commence à prendre de l'ampleur (Puma, 1996). Elle est en train de modifier la gestion et la prestation des services dans plusieurs pays (Lafarge, 1996). En ce sens un programme de la qualité signifie qu'il y d'abord des activités de surveillance afin de s'assurer que la prestation des services respecte les normes fixées par les organismes de tutelle, et, d'autre part, de pouvoir apporter des mesures correctives (Laurin 1993).

Ainsi, et pour en témoigner de la qualité de ses services, l'organisation adhère à un standard de la qualité par exemple ISO, cette adhésion peut conférer à l'organisation une certaine réputation. Pour cela, on assiste de plus en plus à un intérêt accru pour l'accréditation auprès des organisations des normes et standards.

À cet effet, l'initiation d'un programme qualité doit se baser sur un besoin réel et non pas sur une question de prestige. Parmi les problèmes principaux qu'il faut résoudre, figure la question de savoir quelles sont les motivations qui poussent les organisations publiques et parapubliques à adopter un programme de la qualité.

La présente étude visera donc essentiellement à déceler les motifs qui amènent les gestionnaires du secteur hospitalier à s'investir dans les approches qualité. Plus précisément, il s'agit de saisir les motifs sous-jacents (les motivations) qui ont guidé l'implantation d'un programme de la qualité.

Les nombreux problèmes auxquels sont confrontés les organismes publics et parapublics (financement restreint, ressources matérielles et humaines insuffisantes, etc) indiquent clairement qu'aucun concept ou remède miracle n'a prouvé jusqu'à maintenant son aptitude à solutionner l'ensemble des difficultés que rencontrent ces organismes.

Compte tenu de la capacité limitée de l'État québécois à réinvestir dans les différents services, il est logique de voir si le fait d'adopter un programme de la qualité ne devient pas un atout pour améliorer les services dans le contexte de réduction des coûts. Voilà un questionnement qui justifie amplement cette recherche.

1.1) La notion de la qualité

La révolution de la qualité émane du Japon d'après guerre où l'on a suivi de près les concepts de la gestion de la qualité formulés par des experts comme Deming et Juran. Les chefs de file des milieux d'affaires japonais se sont rendus compte que leur vigueur et leur compétitivité dans un marché mondial requéraient un engagement soutenu envers la qualité du produit et du service. C'est pourquoi l'on a systématiquement mis en œuvre un processus de renouvellement axé sur la qualité.

Deming (1991) souligne que la réussite de l'effort du renouvellement du Japon est bien connue, la preuve c'est que tous les chefs de file des secteurs public et privé du monde entier acceptent maintenant l'orientation qualité comme un élément important de la façon de faire de leur organisation. Toujours dans le même contexte Juran (1991) indique que la gestion de la qualité est la philosophie de gestion des années 90.

En 1993, il affirme que le mouvement de la qualité en Amérique du Nord est particulièrement évident dans le secteur privé. La concurrence que suscitent tant le prix national de la qualité Malcolm Baldrige, aux États Unis, que les prix Canada pour l'excellence en affaires, témoigne de l'intérêt croissant envers la qualité. La recherche de la qualité est aussi en évidence dans le secteur public. Les gouvernements fédéraux adoptent annuellement des initiatives dans le domaine de la qualité tant aux États Unis qu'au Canada.

Au niveau public Gortner et al. (1993) insistent sur le fait que la recherche de la qualité puise à trois sources. Premièrement, les fonctionnaires sont de plus en plus conscients des besoins exprimés par leurs clients. Deuxièmement, les gestionnaires cherchent à économiser les ressources et à les utiliser judicieusement, et finalement la qualité est considérée de plus en plus comme facteur de performance économique.

L'approche qualité apparaît donc comme une autre nouveauté qui, avec le temps a fait son apparition dans l'environnement des entreprises. Il n'est pas facile pour le secteur public, avec ses ressources limitées, d'évaluer la pertinence d'adopter ou non ces grands courants.

1.2) La notion de service dans les organisations hospitalières

À travers la littérature, on sent bien que les spécialistes ne s'entendent pas sur la définition d'un service. Nollet et al. (1992) définissent le service en fonction de chacun des éléments : intrants et ressources, processus de transformation et extrants.

Pour leur part, Paquin et al. (1994) soulignent que la meilleure méthode pour concevoir ce qu'est un service, c'est de confronter ce dernier avec un produit. Ainsi, le service

constitue l'extract d'un système de production. Les systèmes de productions offrent des biens de consommation, des services ou encore, une combinaison des deux. Ceci montre à quel point il est difficile de les dissocier.

Par ailleurs, on reconnaît bien que les services possèdent des caractéristiques différentes de celles des biens. Certains auteurs fournissent une définition nettement axée sur les services en tant qu'extrants, un service étant constitué à la fois d'un ensemble d'avantages explicites et implicites, et des produits de fabrication qui en facilitent la réalisation (Lafarge, 1996).

Il semble donc que le service dans le secteur hospitalier réfère en fait aux soins offerts au client. Par ailleurs, la littérature fait état de plusieurs types d'organisation de service en soins infirmiers, soit: le système fonctionnel; le système d'équipe; le système de soins intégraux; le système modulaire; la gestion de cas ou le suivi systématique de clientèles.

Pour les soins de longue durée, les principaux modèles émergeant au sein de la documentation sont le système d'équipe, le système de soins intégraux et le système modulaire. Dans la pratique, le système d'équipe est celui qui domine au sein des milieux de longue durée.

1.2.1) Caractéristiques des modèles d'organisation ou de prestation de soins

La revue des écrits vise à présenter les différents modèles et à mieux comprendre leurs caractéristiques et leur évolution au cours des dernières décennies. Elle cherche également à mieux saisir les motifs qui peuvent influencer le choix d'un modèle et les

bénéfices attendus en relation avec l'application du modèle sur des variables telles que la satisfaction de la clientèle et du personnel soignant, les coûts et la qualité des soins.

a) Système fonctionnel

Cette modalité de soins est apparue au début du siècle et se caractérise par une spécialisation et une division du travail. Elle met l'accent sur l'excellence technique. Ce modèle est hautement inspiré par le courant classique de gestion, notamment le taylorisme. Les activités de soins sont concentrées sur les tâches. Ainsi, des tâches spécifiques sont confiées à du personnel selon le degré de complexité de la tâche et selon l'habileté de l'intervenant (Munson et Clinton, 1979).

L'équipe est composée d'infirmiers(es), d'infirmières auxiliaires et de préposés(es) aux bénéficiaires, les deux dernières catégories étant supérieures en nombre.

L'infirmière-chef est considérée comme une experte qui a une influence très importante sur l'équipe. Elle assure le lien direct avec le médecin et c'est elle qui prend toutes les décisions relatives aux soins des clients sur l'unité de soins. Elle est imputable des services rendus.

Selon Beswetherick, tel qu'il est cité par Desrosiers et Thibault (1990), l'organisation des soins est basée sur le principe suivant : les personnes en autorité sont celles qui sont capables de penser et de planifier. L'employé est perçu comme ayant besoin d'une supervision immédiate et une direction de tous les instants.

b) Système d'équipe

Ce modèle est apparu après la Deuxième guerre mondiale alors que l'insatisfaction dans les milieux de soins était plutôt grande. Son application a suivi l'évolution des écoles de management où l'on parlait davantage de motivation au travail. Ce modèle est fondé principalement sur le principe qu'une équipe de soignants procure des soins à un groupe de bénéficiaires sous la supervision d'une infirmière qui est le chef d'équipe.

Selon (O.I.I.Q) l'ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (1994), il s'agit d'un système hiérarchisé où nous retrouvons des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposées aux bénéficiaires. Le chef d'équipe planifie les soins et distribue les tâches au personnel sous sa supervision selon leurs habiletés. Il demeure responsable de la qualité des soins. Il doit posséder des habiletés de leadership et de gestion.

Munson et Clinton (1979) affirment que cette modalité a été conçue pour optimiser l'utilisation des talents à tous les échelons et pour assurer la rentabilité des soins. Plusieurs modèles d'organisation du système d'équipe existent; il faut remarquer une flexibilité dans les différents titres d'emploi utilisés, dans la taille des équipes, ainsi que dans le temps passé auprès d'un groupe de clients pour la durée du séjour hospitalier. Plusieurs milieux ajoutent une assistante-infirmière-chef pour faciliter la coordination des soins.

Un des postulats principaux de cette modalité est la différentiation des fonctions des soignants qui s'appuie, selon Leeno (dans Desrosiers et Thibault, 1990), sur une hiérarchisation des activités de soins allant des activités les plus simples aux plus complexes. L'organisation est structurée en fonction de la formation et des habiletés de chacun. Elle correspond à la spécialisation horizontale du travail telle que décrite par

Mintzberg (1982) où nous y retrouvons également un niveau de spécialisation verticale par le contrôle exercé par le chef d'équipe.

Bien que cette modalité ait des similitudes avec le système fonctionnel, son origine visait une concentration sur les besoins des clients plutôt que sur les tâches. L'objectif selon Auld tel que cité par Munson et Clinton (1979), était le développement de l'initiative de l'infirmière et le partage de la responsabilité avec l'infirmière -chef.

Ce mode d'organisation a reçu des critiques quant au rôle de l'infirmière qui, étant la personne la mieux qualifiée de l'équipe, est pratiquement retirée du soin direct au client pour consacrer la majeure partie de son temps à superviser les membres de son équipe et à coordonner leurs activités. Le modèle de soins d'équipe n'a pas nécessairement atteint les objectifs pour lesquels il fut mis en place.

Cette modalité de soins est encore très présente dans les milieux cliniques de soins et elle est dominante dans les milieux de soins de longue durée.

c) Système de soins intégraux

Cette modalité de soins est apparue également au cours des années 50, sous le vocable soins globaux comme une méthode voulant contrer la fragmentation des soins occasionnée par le système de soins d'équipe. Hall (1986), son auteure, affirmait que la conception des soins infirmiers à la base de ce modèle est que les soins infirmiers professionnels (soins directs) sont thérapeutiques. Ce modèle préconise donc le retour de l'infirmière au chevet du malade (Desrosiers et Thibault, 1990).

Pour Hall (1986), le système d'équipe est un système centré sur les tâches et non sur le client, ce qui en atténue en quelque sorte les différences avec le système fonctionnel. Dans l'approche globale, le soin direct est très valorisé parce qu'il est le support de la contribution originale de l'infirmière auprès du client, le «care».

C'est donc une méthode de prestation de soins où l'infirmière est responsable de l'ensemble des soins pour un groupe de clients pour une période de huit heures. On introduit ici le concept de l'infirmière gestionnaire de cas où il est davantage question d'individualisation des soins.

Ce système encourage la prise de décision par l'infirmière dans le processus de soins. L'infirmière est donc responsable de sa pratique et l'infirmière-chef joue ici plutôt un rôle de support pour l'aider à faire évoluer sa pratique. Ce modèle a tendance à réduire les niveaux hiérarchiques. On verra qu'il fut la passerelle qui a permis le développement du système de soins intégraux (Desrosiers et Thibault 1990).

La notion de soins intégraux est apparue au début des années 70. Manthey (1980), son auteure fut fortement inspirée par les travaux de Lydia Hall pour le développement du soin global. Manthey voulait alors répondre aux problèmes de fragmentation des soins et d'insatisfaction des infirmières au regard de l'accomplissement de leurs tâches.

L'évolution des sciences infirmières a influencé la venue de ce modèle par le fait que les universités ont modifié autour des années 60 le profil de formation des infirmières pour les rendre plus habiles sur le plan clinique, plutôt que d'axer la formation sur l'éducation et l'administration.

L'objectif principal de Manthey était l'humanisation des soins. Elle avait alors constaté trois problèmes majeurs dans l'organisation des soins : les soins sont fragmentés, les communications passent par trop d'intermédiaires et trop d'intervenants se partagent la responsabilité du client. Elle visait donc par ce modèle le retour de l'infirmière au chevet du client, dispensant elle-même tous les soins (Balbir et coll., 1991).

Ce modèle se particularise aussi par une prise en charge intégrale du client par l'infirmière pour la durée du séjour hospitalier. Cette dernière est accompagnée d'une infirmière associée qui la remplace lors de la prise de ses congés. Chaque client connaît ainsi très bien son infirmière.

Le système de soins intégraux est, selon Marram (1980), une modalité qui met l'emphase sur la globalité et la coordination des soins, l'individualisation, la continuité des soins, avec l'apport d'une infirmière qui accepte l'autorité, l'autonomie et l'imputabilité pour planifier, administrer et évaluer ses soins à un petit groupe de clients : habituellement de 6 à 8. Elle est responsable de la planification et des résultats de soins pour un groupe de clients (« case load ») pour une période de 24 heures. Celle-ci prévoit des mécanismes de communication écrite et verbale pour le suivi nécessaire pour son groupe de clients. Sellick (1983) a défini cette modalité comme étant un système organisationnel qui permet l'application des variables énoncées par Marram. Ce modèle s'appuie sur une philosophie de soins centrée sur les besoins du client.

Anderson et Choi (1980) identifient ce système comme un modèle qui facilite la pratique professionnelle et qui est étroitement relié à la structure organisationnelle de l'établissement.

Par ailleurs, la documentation montre une diversité dans l'organisation des ressources pour l'application de ce modèle. Dans certains établissements, le personnel de soins est essentiellement composé d'infirmières alors que d'autres favorisent une combinaison d'infirmières avec des infirmières auxiliaires ou des préposées. C'est l'infirmière soignante principale qui détient le pouvoir décisionnel quant au processus de soins, lequel est facilité par une consultation avec ses collègues. La documentation est cependant moins abondante sur la composition d'équipes avec différents titres d'emploi pour le soin intégral.

Desrosiers et Thibault (1990) ont repris les caractéristiques organisationnelles suivantes comme étant des facteurs d'influence positive pour la mise en place des soins intégraux. Il s'agit:

- d'une décentralisation des prises de décision;
- d'une gestion participative;
- d'une imputabilité et d'une autonomie professionnelle élevées;
- de soins complets et continus;
- de standards professionnels élevés;
- d'une modification au niveau du leadership de l'infirmière-chef qui se veut plus un leadership de compétence, agissant ici plutôt comme personne ressource et agent facilitateur.

Dans ce modèle, l'infirmière-chef détient un rôle clé. Elle doit être à l'aise avec un processus décisionnel décentralisé et développer des conditions favorables pour susciter l'apprentissage, la collaboration et la consultation. Elle doit encourager l'autonomie sans mettre de côté ses responsabilités.

Shannon (1987) rapporte les principaux aspects du rôle de l'infirmière-chef qui consiste à encourager la réflexion et l'analyse, à promouvoir l'entraide au sein de son personnel et à favoriser la collaboration entre médecins, infirmiers et autres professionnels.

d) Système de soins modulaires

La méthode des soins infirmiers modulaires est une évolution du système d'équipe. Elle est présentée dans la documentation comme étant une méthode englobant les caractéristiques du système de soins d'équipe et du système de soins intégraux. Duquette (1994) la qualifie d'interface entre ces deux modèles.

Cette modalité de soins se particularise par des soins individualisés dispensés à un petit groupe de clients par un personnel peu nombreux, dans un secteur géographique appelé module. Elle fait donc apparaître le contexte de l'environnement physique dans l'efficacité des soins. Ce qui, selon Magarcal (1987), aurait un effet d'individualisation des soins par la proximité du client avec le soignant et une continuité accrue des soins.

Les modules sont organisés de façon à ce que le personnel ait tout à la portée de la main ce qui permet d'éviter les déplacements inutiles. Les membres de l'équipe assignés à un module peuvent être soit deux infirmières, soit une infirmière et une infirmière auxiliaire, soit une infirmière, une infirmière auxiliaire et une préposée aux bénéficiaires. Il y a

toujours une infirmière comme responsable du module. Les membres du module sont responsables de tous les soins que le client requiert. La structure organisationnelle décentralise le pouvoir décisionnel vers l'infirmière responsable du module. L'imputabilité de l'infirmière quant à la planification et à l'évaluation est pour son quart de travail seulement. L'infirmière-chef joue un rôle de conciliateur et de personne-ressource.

e) Gestion de cas ou suivi systématique des clientèles

Ce mode de prestation fut un des premiers documentés au début du siècle. C'est un système de prestation qui privilégie la continuité des soins. Nous y retrouvons ainsi une infirmière pour un ou quelques clients nécessitant des soins avec un haut niveau de complexité. Le soin est donc donné globalement par l'infirmière qui a un pouvoir de décision sur le processus clinique. C'est une méthode qui est principalement appliquée dans les unités de soins intensifs et qui requiert uniquement l'affectation d'infirmières. L'infirmière-chef est responsable de la supervision et de la qualité des soins.

Le suivi systématique des clientèles se définit comme une méthode interdisciplinaire de prestation de soins où plusieurs professionnels de la santé visent, à l'aide de cas type, à atteindre un juste équilibre entre la qualité et le coût des soins. C'est un processus qui s'allie au mode de prestation de soins existant (soins globaux, soins d'équipe, soins intégraux) et qui vise à optimiser l'atteinte des résultats cliniques à l'intérieur d'une période donnée. Il s'agit d'une approche d'évaluation et de coordination axée sur l'épisode de soins, de la préadmission à la période de l'après-congé.

Une série d'étapes normalisées et un processus d'interaction entre les réseaux de services assurent au client l'accès à des services humanisés et efficaces au meilleur coût possible à l'intérieur d'une période donnée (McKenzie 1989). On peut considérer que le suivi systématique des clientèles résulte d'une évolution du modèle des soins intégraux et qu'il s'inspire fortement des nouveaux courants de gestion centrés sur l'amélioration continue de la qualité. C'est un modèle qui vise à intégrer les principes de gestion au processus clinique. Il accroît la responsabilité de l'infirmière, car c'est elle qui coordonne l'épisode de soins et qui analyse les causes d'écart par rapport au cheminement prévu pour un problème de santé spécifique.

Au préalable, dans ce modèle, les étapes suivantes doivent être franchies pour chaque population cible (Zander, 1988):

- l'analyse de la population de clients ciblés (par exemple, la clientèle choisie peut générer des coûts élevés soit par la complexité de la problématique de santé, soit par le haut risque de complication);
- l'identification des problèmes communs des clients
- l'identification des résultats de soins à rencontrer à l'intérieur d'une période donnée;

- la détermination des interventions par discipline.

Au niveau de l'organisation des ressources pour l'application de ce modèle, diverses expériences ont pris forme. Ainsi, des infirmières coordonnatrices du suivi de ces clientèles peuvent gérer l'épisode de soins. Dans d'autres cas, l'infirmière soignante peut coordonner l'épisode de soins.

1.2.2) Les facteurs de contexte

La revue de la documentation a permis de faire ressortir certains facteurs de contexte qui ont une influence sur le choix des modèles de distribution de prestation de soins.

Des paramètres de contexte émergent des écrits comme étant des facteurs contribuant au choix du modèle d'organisation ou de prestation de soins. Ils sont plutôt documentés de façon générale comme pouvant avoir une influence sur l'un ou l'autre de ces modèles. Certains de ces paramètres réfèrent au contexte externe de l'organisation et reflètent principalement l'évolution des écoles de pensée en gestion et l'évolution de la conception des soins infirmiers (Sandhu, Kerouac, Duquette, Turchon, 1992).

D'autres paramètres font ressortir le lien entre l'environnement organisationnel interne et le modèle de distribution de soins. Ils mettent alors en évidence la culture organisationnelle, les valeurs et les croyances des personnes qui la composent, et les caractéristiques propres au leadership des gestionnaires qui dirigent l'organisation des soins et la formation du personnel (Hegy Vary ; 1988) tel que cités par Armanasco, Harter et Goddard (1991).

Pour leur part, Sandhu, kerouac et Duquette (1992) insistent sur la prise en compte des besoins de la clientèle, sur les ressources disponibles et sur le processus décisionnel (la politique structurelle) de la direction. Alors qu'Homans, tel que cité par Guay (1994), a fait ressortir plus largement l'influence de l'histoire de l'institution du travail et son impact sur des dimensions de résultats, tels la qualité des services, l'interaction entre les individus, le niveau de productivité du personnel et le degré de développement personnel des membres de l'organisation.

Les facteurs de contexte sont principalement cités comme facteurs d'influence pour l'ensemble des modèles de distribution ou de prestation de soins. Outre le système de soins intégraux, nous n'avons pas relevé d'étude portant spécifiquement sur le lien entre des facteurs de contexte et l'un ou l'autre des modèles de distribution ou de prestation de soins.

Enfin, Anderson et Choi (1980) montrent comment les organisations influencent l'efficacité du modèle de soins intégraux. Ce modèle reflète ainsi une philosophie de soins centrée sur les besoins de la clientèle, avec une compréhension claire de ce que doit être la contribution de l'infirmière pour la satisfaction de ses besoins. Ils relèvent l'importance d'un leadership de la haute direction favorisant la décentralisation du processus décisionnel et mettant l'emphase sur la responsabilité de l'infirmière à l'égard du client. Elle est décrite comme l'avocate du client qui prodigue des soins individualisés et qui protège ses droits et sa dignité humaine.

La direction doit également supporter le fait que les soins nécessitent l'apport de ressources professionnelles en raison de leur complexité. De plus, elle doit créer un

système de valeurs visant l'excellence des soins et susciter les apprentissages et le développement continu des compétences de son personnel. Dans l'application de ce modèle de soins intégraux, l'infirmière-chef doit être un modèle de collaboration et d'excellence dans les soins cliniques. Son rôle en est un de facilitateur et de guide pour le développement professionnel des membres de son équipe.

Tous ces facteurs influencent le choix des méthodes de distribution de soins. Par ailleurs, on ne trouve pas d'études spécifiques sur les facteurs qui influencent le choix de la direction de s'orienter vers des approches de qualité. Cependant, plusieurs études ont porté sur la satisfaction de la clientèle et du personnel

1.2.3) La satisfaction de la clientèle

La satisfaction de la clientèle ou de sa famille est un autre aspect relié à la qualité des soins. C'est une dimension qui mesure une partie des résultats de soins et qui peut influencer le choix d'un modèle de prestation de soins. Le service de qualité est associé dans une institution de santé au niveau de performance des membres de l'équipe de soins mais également, à la réponse donnée aux besoins et attentes de la clientèle. Des études portant sur la satisfaction des clients/familles en regard des modèles ne permettent pas de conclusions.

Certaines d'entre elles font état du fait que le modèle de soins intégraux augmente la qualité des soins (Sellick, 1983; Marram, 1976); d'autres études qui comparent le modèle de soins intégraux avec le modèle d'équipe ne font pas ressortir de différence significative entre les deux modèles (Steckel, 1980; Ventura, 1982).

Quant à la satisfaction de la clientèle, Giovanetti (1980) a fait ressortir par son étude un impact plus positif pour le modèle d'équipe comparativement à un modèle de soins intégraux.

Enfin, Shukla (1981) constate que la principale variable reliée à la satisfaction du client est la compétence de l'infirmière plutôt que la structure de soins (Mac Donald, 1988). Elle rejoint l'hypothèse de Manthey (1980) selon laquelle la qualité des soins est influencée par la compétence de l'infirmière.

Toutes ces études sur la satisfaction de la clientèle apportent certaines limites quant à l'analyse de cette variable compte tenu de l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer le client et de la difficulté d'isoler la dimension soins infirmiers pour mesurer son impact sur la satisfaction du client.

D'ailleurs, ces études furent conduites dans les milieux de courte durée. Une seule étude de type longitudinal et descriptive fut conduite dans un milieu gériatrique utilisant un système de soins intégraux (Jacox, 1977 par Wilson et Dawson, 1989). Elle a montré une diminution des problèmes soulevés par le client et une augmentation de la satisfaction du client dans ses auto-soins. Aucune étude n'a tenté de voir si ce facteur pouvait influencer le choix d'implanter ou non un système de qualité.

1.2.4) La satisfaction du personnel infirmier

La satisfaction du personnel a constitué une variable clé dans l'analyse des modèles d'organisation de soins. Les résultats diffèrent cependant d'une étude à l'autre. Un des éléments qui ressort est l'importance de bien connaître les attributs du modèle de soins

intégraux pour les soignants afin de leur permettre d'en apprécier les impacts (Brunelle, 1986).

Sellick (1983), dans une étude expérimentale, a testé l'hypothèse que les infirmières sur l'unité expérimentale de soins intégraux avaient un niveau de satisfaction plus élevé par rapport à l'unité contrôle (autres modèles). Les résultats ne font cependant pas ressortir de relation entre le modèle et le niveau de satisfaction.

De même, Wilson et Dawson (1989) ont rapporté des résultats d'études qui ne présentaient pas de différence significative quant à la satisfaction du personnel en comparant le modèle d'équipe et le modèle de soins intégraux (Steekel et al, 1980; Hegedus, 1980). Par ailleurs, l'étude de Hegedus a indiqué une différence significative au niveau des facteurs d'hygiène de Herzberg en faveur du système de soins intégraux alors que Giovanetti (1980) a rapporté un niveau de satisfaction moins élevé chez des infirmières impliquées dans un modèle de soins intégraux comparativement à un modèle d'équipes.

Pour leur part, Joy et Malay (1992) ont relevé un niveau de satisfaction générale plus élevé avec les soins intégraux. Cependant, un des aspects de cette évaluation fait voir une diminution de la satisfaction quant au niveau d'interaction avec les pairs. En relatant leur expérience d'implantation d'un système de soins intégraux dans un milieu de soins de longue durée, Dionne et coll (1987) ont également fait ressortir que les infirmières s'éloignaient d'une solidarité professionnelle et interprofessionnelle.

Enfin, Marram (1976) rapporte un plus haut niveau de satisfaction du personnel soignant avec le modèle de soins intégraux. Les infirmières expriment un plus haut niveau de

professionnalisme et apprécient le fait qu'elles se sentent plus impliquées avec leurs clients dans la prestation de soins.

Encore ici, compte tenu de l'absence d'études relatives à l'implantation d'un système qualité en milieu hospitalier, il peut être intéressant de voir si ce facteur constitue un motif pour planter un tel système.

1.2.5) Les coûts

La variable coût fut également une dimension documentée par les auteurs (Harter et Goddard, 1991). Il s'agit d'une variable plus objective qui peut inclure les éléments suivants : le coût des activités de soins directs en termes d'heures totales de soins et de salaires versés pour ces heures et le coût des activités de soins indirects qui inclut le temps relié à la gestion et les temps non productifs tels la maladie, les vacances, la formation ainsi que les coûts administratifs reliés aux activités de support nécessaires.

Des chercheurs ont abordé cette dimension du coût du modèle des soins intégraux en comparaison du modèle de soins d'équipe. Marram (1976) a trouvé que le taux d'absentéisme était plus bas dans un modèle de soins intégraux par rapport au modèle de soins d'équipe. Felton (1975) a également rapporté ce fait. Par ailleurs, l'étude de Giovanetti (1980) rapporte des coûts légèrement plus bas avec le système d'équipe. L'étude quasi-expérimentale de Wilson et Dawson (1989) effectuée en milieu de longue durée n'a pas rapporté de différences significatives au niveau des coûts entre le modèle d'équipe et le modèle de soins intégraux.

De façon plus globale, Marram (1980) et Munson et Clinton (1979) ont rapporté dans leurs études certains résultats. À l'époque, Marram (1980) a fait ressortir les éléments suivants quant à l'évaluation du modèle de soins intégraux: un haut niveau de qualité quant aux résultats de soins, une grande satisfaction du client et du personnel, des soins plus personnalisés, une meilleure performance au niveau des tâches professionnelles, des notes d'observation plus complètes et un plan de soin plus détaillé indiquant les besoins spécifiques du client. Il fait également ressortir une diminution du coût client/jour qui a par conséquent une influence sur la réduction de la durée de séjour dans les milieux de courte durée.

Encore ici, il est intéressant de savoir si la notion de coûts peut être à l'origine de la décision d'implanter un système de qualité.

1.3) L'approche axée sur la clientèle.

Les dirigeants d'entreprises se posent souvent la question suivante: « quel système ou quel régime de travail procurera la qualité ? ». Les réponses qui viennent à l'esprit sont souvent axées sur les notions hétérorégulatoires de contrôle de qualité, d'inspection, de tests ou de vérifications. Tous ces systèmes sont orientés par l'objectif de déceler la défaillance et de corriger le défaut avant que le client ne s'en aperçoive.

L'approche axée sur la clientèle a donné lieu à une théorie de gestion voulant que les méthodes de travail soient concues en partant de l'extérieur vers l'intérieur. Ainsi, les méthodes de travail sont déterminées par les besoins du marché et de la clientèle, pour ensuite se prolonger dans les mécanismes internes de l'organisation.

D'ailleurs, selon Fraisse (1989), le paradigme des relations avec la clientèle, exposé dans la documentation des deux dernières décennies va de la clientèle en tant qu'élément important de l'organisation ou de l'environnement à la clientèle qui demeure le centre de toute l'organisation. Ainsi l'usager se voit honoré du titre du client et le leadership devient de plus en plus centré sur lui.

Cependant, pour mieux situer notre étude, il est important d'utiliser certaines distinctions entre les termes, entre une approche axée sur le client, la satisfaction du client, et la qualité. D'ailleurs, Deming (1991) est vivement d'accord sur le fait que ces termes n'impliquent pas le même dynamisme au sein de l'organisation. Pour lui, la qualité est la recherche de la satisfaction du client. Cette satisfaction est obtenue en centrant la politique de l'organisation sur le client, afin de répondre à ses besoins et ses exigences.

1.4) La définition de la qualité

La qualité est un concept qui peut prendre différentes formes dans la vie de tous les jours. Comme consommateurs, nous sommes sollicités par un très grand nombre de produits et services et, consciemment ou non, nous en évaluons la qualité. Mais la qualité nous y participons aussi dans notre travail, dans nos tâches journalières.

La définition la plus simple de la qualité demeure celle de Paquin et al. (1994) qui la définissent comme étant une aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs, il s'agit de la définition la plus large et la plus correcte souligne Eiglier (1979), parce qu'elle englobe les deux aspects de la qualité à savoir; la qualité de conception du service et la qualité de sa réalisation. De plus, cette définition a le mérite

de mettre en évidence le principe de base du marketing des services qui est la satisfaction des clients.

Enfin, il est important de ne pas confondre les termes «qualité» et «vocation». La qualité vise essentiellement à répondre aux attentes des gens. Elle ne signifie pas nécessairement ce qu'il y a de meilleur sur le plan technique. C'est seulement lorsqu'elle est en mesure d'identifier les attentes de sa clientèle et de les satisfaire que l'organisation fournit un service de qualité. En ce sens, un hôtel «une étoile» peut tout aussi bien fournir un bon service tout en étant d'une qualité inférieure, égale, voire supérieure à un hôtel «cinq étoiles» en tenant compte de leur vocation respective.

Encore trop de gestionnaires croient que plus la qualité est grande, plus elle augmente les coûts. Comme le souligne Gogue (1990), le raisonnement peut sembler correct lorsqu'on associe le terme «qualité» au type de produit. Vu sous cet angle, il est vrai qu'il s'avère plus coûteux de fabriquer une table en marbre plutôt qu'une en bois.

Bref, définir la qualité n'est pas un travail simple. Les efforts accomplis par différents auteurs permettent heureusement d'y avoir plus clair. Il est bon de préciser que les définitions proposées sont reliées à l'opération d'entreprises ou d'organisations. Ainsi, la qualité est définie par plusieurs auteurs comme étant l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites (Fatzer et Stora 1990).

Juran (1991) aborde en ce sens mais il y ajoute une notion de satisfaction. Ainsi, non seulement les produits rencontrent les besoins des clients mais par le fait même, ils procurent une satisfaction vis à vis de ces produits ou services.

Enfin, Harrington (1994) donne à la qualité un sens quelque peu différent: «La qualité, c'est faire en tout temps son travail de la bonne façon. La perfection, c'est faire en tout temps le bon travail de la bonne façon.

La première définition, proposée dans le compendium des normes ISO (un document qui contient toutes les normes de la série ISO), montre les divers aspects de la qualité. La définition est brève et complète; elle s'applique aussi bien à un produit manufacturé qu'à un service. Cette perspective se veut importante dans la mesure où le fournisseur n'a pas à deviner le besoin du client, mais plutôt à s'assurer que son produit convient à tous les aspects (exprimés ou implicites) de l'usage auquel il est destiné.

Cette définition ne s'adapte pas très bien aux relations clients fournisseurs alors que cette notion de client est par ailleurs identifiée dans la définition de Fatzer et Stora (1990). Gagné (1988) élabore abondamment sur cette notion lorsqu'il parle des petites entreprises performantes (PEP). Son approche est utilisée pour créer un dynamisme interne à faire de la qualité. Chaque individu, chaque fonction de l'entreprise devient, dans ce contexte, tantôt le client de l'autre, tantôt son fournisseur.

Or, pour une entreprise hospitalière ou dans le service public, la qualité réfère nécessairement à la notion de clients-fournisseurs de service. Ainsi, la qualité peut être perçue comme une propriété du service bien spécifique, définie et vérifiable qui rencontre les besoins de l'utilisateur et peut même procurer une satisfaction vis à vis du service dans le meilleur des cas. Dans la pratique, chaque service rendu doit avoir ses aspects qualitatifs parce qu'il suppose que chaque tâche soit orientée vers la satisfaction des besoins de l'usager.

1.4.1) Approche qualité en milieu hospitalier

Pour améliorer leurs résultats, les organisations les plus performantes se donnent des méthodes et des techniques développées avec les années (Juran, 1991). Les outils de la qualité constituent en fait, un ensemble cohérent de moyens concrets pour permettre à toute organisation, qu'elle appartienne au secteur manufacturier, commercial ou des services, privé ou public, de devenir un chef de file de la qualité (Crosby, 1986).

Dans ce contexte l'agrément des établissements de santé peut constituer un outil qui permettre à un centre hospitalier d'évaluer sa performance globale, ses méthodes de gestion et de ses résultats en comparaison avec les meilleures pratiques en milieu hospitalier.

a) Le Conseil Canadien d'Agrément des établissements de santé (CCA)

Selon le manuel du Conseil Canadien d'Agrément des établissements de santé (CCA¹) le processus d'agrément comporte deux volets :

- **Le premier volet : Auto-évaluation**

L'agrément constitue une comparaison détaillée des services et du mode de fonctionnement d'un organisme avec une série de normes nationales. Le Conseil canadien d'agrément des services de santé offre un programme d'agrément en deux volets. Le premier volet porte sur l'auto-évaluation, c'est-à-dire que l'organisme qui demande l'agrément détermine sa propre conformité aux normes nationales du CCA. Plusieurs éléments sont examinés au cours du processus d'agrément, notamment les soins prodigués aux clients et la prestation de services, les pratiques ayant trait à la gestion de l'information et la gestion des ressources humaines, l'administration de l'organisme et la gestion de l'environnement.

¹ Source : Site internet du CCASS www.cchsa.ca

- **Le deuxième volet : Évaluation par les pairs**

Des visiteurs qui ne sont pas associés à l'organisme entreprennent ensuite la visite d'agrément, en utilisant les mêmes normes nationales pour évaluer l'organisme de façon indépendante. Cette visite permet aux clients d'obtenir une évaluation objective de réviseurs de l'extérieur. Durant la visite, ces réviseurs, connus sous le nom de "visiteurs", rencontrent un grand éventail de personnes des différents marchés de l'organisme.

L'équipe de visiteurs rencontre des membres du conseil de l'organisme, avec des administrateurs, des médecins, des infirmières et infirmiers, des personnes du secteur des ressources humaines, des spécialistes de la gestion de l'information, des clients/résidents et leur famille. Ils discutent avec eux de leurs expériences, de leurs perceptions et de leurs attentes.

Un résumé des conclusions de la visite est préparé sous forme de rapport, qui porte principalement sur les points forts et les faiblesses de l'organisme. Des recommandations sont formulées en vue d'aider l'organisme à élaborer des plans qui lui permettront de rectifier ses faiblesses et de maintenir ses points forts.

Le Conseil Canadien d'Agrément compte près de 350 visiteurs partout au Canada qui travaillent de concert avec chaque organisme de soins de santé pour déterminer leurs points forts et leurs possibilités d'amélioration. Pour effectuer ces évaluations, les visiteurs doivent provenir d'organismes semblables à ceux qu'ils visitent et qui sont eux-mêmes agréés. Ils participent aussi à des programmes de formation et d'évaluation continues. De cette façon, ils apprennent continuellement et améliorent leurs compétences et leurs connaissances.

Les normes nationales qui servent à évaluer tous les organismes de services de santé sont élaborés avec la participation de professionnels du domaine de la santé de partout au Canada.

Le Conseil Canadien d'Agrément offre actuellement un programme d'agrément qui englobe les services de santé suivants :

- Soins de courte durée
- Lésions cérébrales acquises
- Procréation médicalement assistée
- Services de santé des Forces canadiennes (finalisation en cours)
- Oncologie
- Santé communautaire
- Services de santé du Service correctionnel du Canada (finalisation en cours)
- Services de toxicomanie des Premières nations et des Inuits
- Services de santé communautaire des Premières nations et des Inuits
- Organismes régionaux de santé
- Soins et services à domicile
- Soins de longue durée
- Santé mentale
- Réadaptation

Grâce aux commentaires fournis par les visiteurs, par le Comité consultatif des visiteurs et le Comité consultatif scientifique, le CCASS a procédé à la révision et à l'amélioration de son échelle de conformité. Les améliorations apportées visent à s'assurer que l'échelle sera interprétée de la même façon par toutes les équipes de visiteurs et tous les organismes. Le CCA continue d'utiliser une échelle en sept points qui comprend l'option S.O. (sans objet). Les améliorations visent particulièrement à décrire dans plus de détails les définitions entourant les cotes. Les définitions améliorées de l'échelle de conformité sont les suivantes :

- une cote S.O. (sans objet) devrait être choisie quand le critère ne s'applique pas à l'équipe.
- une cote 1 représente la non-conformité; on devrait l'utiliser quand l'équipe ne répond à aucune des exigences du critère.
- une cote 3 représente une conformité partielle; on devrait l'utiliser quand l'équipe répond à certaines exigences du critère, lorsque l'équipe répond aux critères de façon irrégulière, lorsque l'équipe n'en est qu'au début de la mise en œuvre des exigences et qu'il n'existe pas beaucoup de preuves de la conformité au critère.

- une cote 5 représente une bonne conformité; on devrait l'utiliser quand l'équipe répond à la plupart des exigences du critère de façon constante, que la plupart des exigences sont entièrement mises en œuvre et qu'il existe de bonnes preuves démontrant qu'on répond à ces exigences sans toutefois qu'une évaluation ait encore pu être faite sur une période donnée.
- une cote de 7 représente une excellente conformité; on devrait l'utiliser quand l'équipe va au-delà des exigences du critère de façon constante, que toutes les exigences ont été mises en œuvre au cours du cycle de trois ans et que des preuves démontrent que des améliorations ont été apportées à partir de données probantes. La démarche de l'équipe s'avère un exemple d'une réalisation hors-pair.

Les principes clés qui suivent sous-tendent la structure de l'échelle de conformité :

- conformité : mesure selon laquelle un organisme se conforme aux exigences du critère
- constance : mesure selon laquelle un organisme se conforme aux exigences avec régularité ou de façon constante
- mise en œuvre : mesure selon laquelle la mise en œuvre des exigences est faite
- preuves : les données qualitatives et quantitatives qui démontrent la conformité aux exigences et qui appuient l'auto-évaluation.

b) Le Conseil Québécois d'Agrément des établissements de santé

Le Conseil Québécois d'agrément² (C.Q.A.) est un organisme privé sans but lucratif, qui a pour mission de soutenir les organisations dispensant des services sociosanitaires dans leur recherche d'amélioration continue de la qualité des services offerts à la population.

Les objectifs du système d'agrément sont :

1. reconnaître la qualité des services dispensés par l'établissement en évaluant :
 - la maîtrise des processus de gestion et de production des services.

² Source : site Internet du CQA www.agrement-quebecois.ca

- les réalisations et les résultats obtenus par l'établissement dans l'application de ces processus.
2. soutenir l'action de l'établissement dans sa démarche d'amélioration de la qualité de ses services par l'évaluation de sa capacité d'amélioration.

Le système d'Agrément repose sur cinq principes :

- les organisations sont responsables de la qualité de leur fonctionnement et des services qu'elles offrent.
- la qualité est le résultat d'une quête incessante.
- l'évaluation est une stratégie à privilégier dans le contexte de la gestion de la qualité.
- l'engagement de toutes les personnes qui oeuvrent dans l'organisation est fondamental pour l'amélioration de la qualité.
- l'organisation doit rendre compte de la qualité des services qu'elle offre.

Les objets et les critères d'évaluation :

1.	L'offre de service	la pertinence
2.	Le rapport avec le client	la satisfaction
3.	Le rapport avec les partenaires	l'intégration dans la communauté
4.	Les opérations	la fiabilité au plan de la confidentialité, la continuité et la sécurité
5.	Le climat organisationnel	la mobilisation
6.	Les ressources	l'optimisation

Pour chacun des six objets d'évaluation précités, l'établissement doit définir :

- les processus de gestion
- les résultats
- la capacité d'amélioration

Chacun des trois éléments précités, doit répondre aux qualités suivantes :

3. être supporté par une documentation
4. être connu par le personnel
5. être approprié à l'utilisation que l'établissement veut en faire
6. être conforme aux exigences réglementaires et légales

Les grandes étapes du processus d'agrément :

- la demande d'agrément
- la formation pré-agrément
- l'élaboration du dossier de l'établissement

- l'étude du dossier de l'établissement
- la visite de l'établissement
- la décision

1.5) Synthèse de la revue de la documentation

Il ressort de littérature que des variables significatives, principalement des facteurs de contexte influencent le choix des modèles d'organisation de soins. Toute une génération et une séquence de modèles ont été développées dans le temps. Les écoles de pensée en gestion et en soins infirmiers et la complexité croissante de la technologie ont notamment influencé l'évolution de des modèles d'organisation de soins.

L'environnement organisationnel interne fut également documenté comme une composante reliée au choix des modèles. Sur ce plan, la satisfaction des auteurs s'avère significative par rapport au choix d'un modèle. D'autres variables influencent aussi les choix. Il s'agit plus particulièrement de l'histoire de l'organisation, des valeurs et croyances des individus, des caractéristiques propres au leadership du gestionnaire en place, de sa vision, du processus décisionnel de l'organisation, des besoins de la clientèle et des ressources disponibles.

La présente recherche a pour objectif principal de :

- déceler les motifs sous-jacents à l'adoption d'un programme de la qualité.

L'étude de cas sera privilégiée afin de répondre à la question principale de notre recherche qui peut être libellée comme suit : Quels sont les motifs qui poussent les gestionnaires hospitaliers à implanter un programme qualité dans leur centre ?

Pour répondre à cette question le modèle de Munson et Clinton sert de modèle théorique.

Ce modèle fait le lien entre les caractéristiques d'une organisation et sa façon d'offrir les soins.

1.6) Le modèle théorique privilégié et le cadre d'analyse

Un cadre conceptuel a été utilisé. Il permet la description graphique ou narrative de variables ou de concepts clés à étudier (Huberman et Miles, 1991). Sandhu, Duquette et Kerouac (1991) ont analysé les modèles de prestation de soins à l'aide du cadre conceptuel de Munson et Clinton (1979). Ce cadre fait ressortir les principaux éléments inhérents aux modèles de distribution de soins.

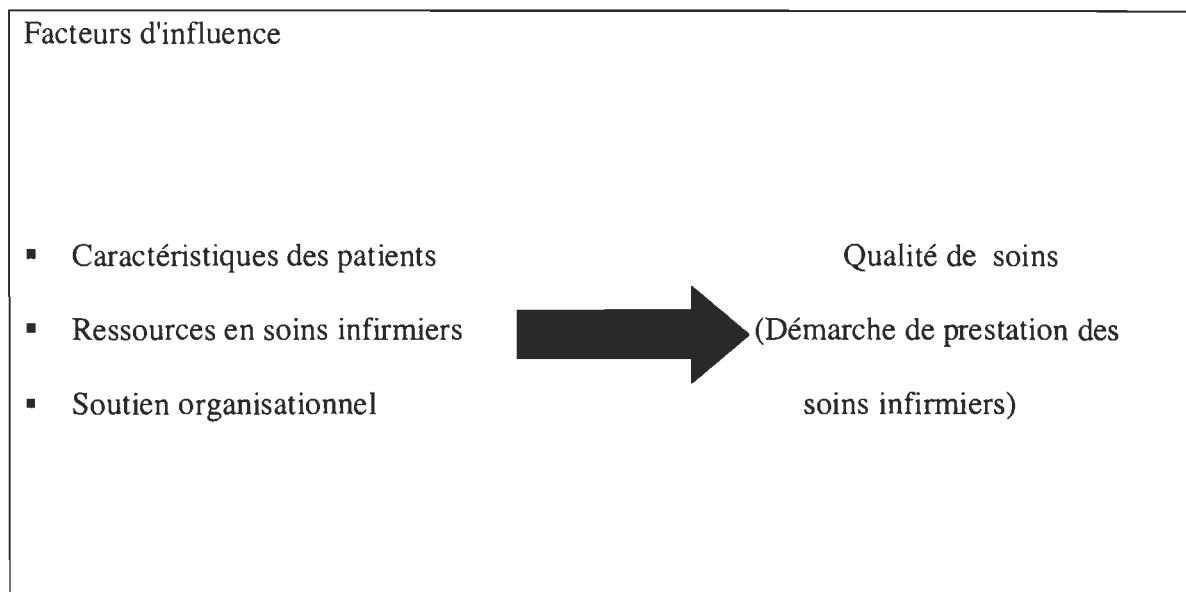
Il s'intéresse tout d'abord aux variables qui affectent le choix des méthodes de prestation de soins, soit les caractéristiques de la clientèle, le type de ressources en soins infirmiers et les éléments du soutien organisationnel. Par ailleurs, chaque modèle influencerait la manière de prodiguer les soins et pourrait faire varier les attributs qui ont un impact sur le processus de soins.

Ces attributs concernent la globalité des soins (totalité), l'imputabilité, la continuité et la coordination des soins et vont affecter les variables de la qualité de soins, de la satisfaction du client et des coûts engendrés par l'application du modèle d'organisation ou de prestation de soins. La figure 1.1 reproduit les principales composantes de ce cadre conceptuel.

Ce modèle permet la définition d'un groupe de facteurs pertinents à la situation étudiée

d'une part, et d'autre part, à la revue de la documentation effectuée et, il propose les relations qui peuvent exister entre ces facteurs.

Figure 1.1 : cadre conceptuel de Munson et Clinton



Source : Cité dans Organisation behaviour in action (1979), Human resource management, New York : Garland. p. 8-15

Chapitre 2

Méthodologie de la recherche

L'actuelle recherche se veut être à caractère exploratoire afin de déterminer les facteurs d'influence (motifs) pour l'implantation d'un programme de qualité au sein d'une organisation hospitalière.

Il existe peu de référence théorique sur le sujet en dehors de la riche documentation sur la qualité des soins. En effet, cette étude devrait permettre de mieux expliquer ce qui pousse actuellement certains gestionnaires hospitaliers à implanter une approche qualité.

2.1) L'information recueillie auprès des centres hospitaliers

Cette étape vise à recueillir des informations auprès des centres hospitaliers pour mieux comprendre leurs préoccupations vis à vis cette nouvelle approche et de cibler les raisons qui font qu'ils adoptent ou non un programme de qualité. Le choix des centres hospitaliers à incorporer dans l'étude s'est fait en se basant sur un rapport de l'Association des Hôpitaux du Québec (AHQ) sur l'appréciation de la qualité dans les centres hospitaliers à travers le Québec. Dans ce rapport, publié en 1988, on parle de quelques expériences d'implantation de la qualité. Cependant, le choix des centres est principalement justifié par la proximité géographique. Ainsi, ont été retenus trois centres, se trouvant tous dans la ville de Trois-Rivières. Le choix s'explique aussi, par le manque de moyens surtout financiers pour couvrir l'ensemble des centres hospitaliers de la Mauricie, ce qui aurait impliqué des frais de transport importants, de plus, ces trois centres sont les seuls à manifester un certain intérêt pour le sujet de notre recherche.

Par ailleurs, le choix des centres répond à des exigences de la taille (grand, moyen, petit).

La taille est déterminée à partir du nombre des médecins et l'effectif total.

Pour ce qui est des répondants, ce sont les responsables qualité des trois centres qui furent sollicités. Ceci afin d'avoir des opinions qui émanent de personnes ayant une grande connaissance de la question. Ces responsables ont demandé un délai pour pouvoir répondre à nos questions et afin de mieux répondre à la grille d'entrevue.

L'échantillon est donc composé de 3 centres hospitaliers ayant déjà adopté un programme de la qualité. Les critères d'échantillonnage suivants ont été retenus: les trois organisations devaient avoir implanté le programme de la qualité depuis au moins un an, celui-ci devait être opérationnel depuis au moins 2 ans, et ces centres devaient être localisés au Québec.

2.2) Étude de cas

Une étude de cas fut utilisée dans le cadre de cette recherche. Elle vise à recueillir les informations pertinentes à la question de recherche. Les nouvelles connaissances générées par l'étude lui conféreront un caractère formatif dont bénéficieront les responsables de la gestion dans ce secteur.

L'étude de cas présente des avantages. En recherche qualitative, elle est justifiée par le fait qu'elle peut générer des données subjectives riches qui vont permettre au chercheur de développer par la suite une théorie ou des hypothèses empiriquement vérifiables (Deshaies, 1992).

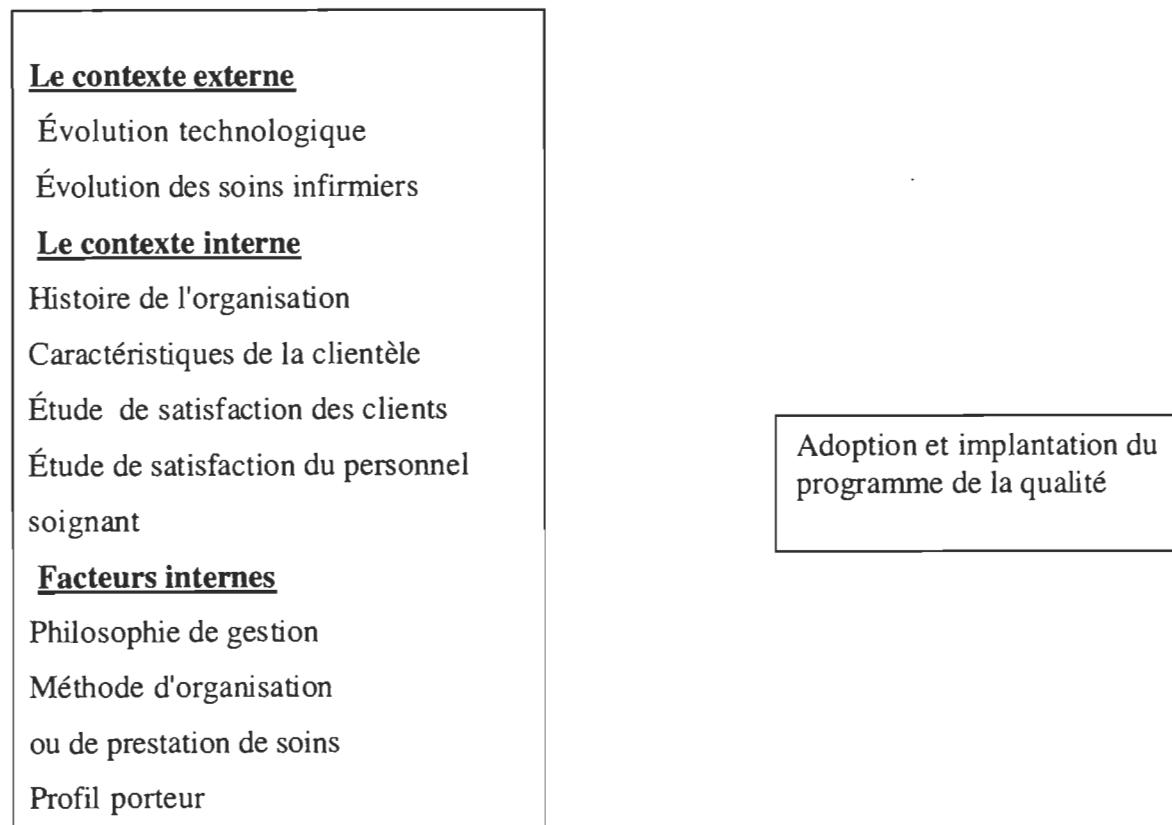
Selon le même auteur, en recherche qualitative, l'étude de cas est de plus en plus acceptée comme méthode valable.

Cependant, la littérature indique que l'étude de cas présente certaines limites. Tout d'abord il est difficile de savoir à quel point le cas choisi est représentatif de sa classe de phénomène. De plus, si le chercheur utilise des données provenant de tierces personnes, ces données peuvent être biaisées par la perception de ces personnes.

2.3) Les variables retenues

Afin de cerner les motifs qui ont guidé les gestionnaires ayant implanté une approche qualité, nous nous inspirons du modèle théorique déjà présenté dans la présente recherche car il met en lumière des facteurs d'influence reliés à la qualité de la prestation des soins.

Figure 1.2 : Variables clés retenues pour l'adoption et l'implantation de la qualité



Par ailleurs, nous adapterons ce modèle pour l'ajuster aux variables retenues par la revue de la documentation (voir figure 1.2). Nous élargissons ainsi la dimension des facteurs d'influence pour tenir compte d'une part, du contexte externe en y ajoutant les variables suivantes : l'évolution technologique, les écoles de pensée prévalentes en soins infirmiers et, le contexte interne ainsi que, les variables histoire de l'organisation et philosophie de gestion.

Le contexte externe : il comprend l'évolution de la technologie et des soins infirmiers. Nous pensons que ces deux éléments sont capables d'influencer la façon d'offrir les soins. Ce contexte dépend de l'évolution des connaissances dans le domaine de la santé. Selon plusieurs chercheurs l'évolution de la technologie et des soins infirmiers peuvent influencer la façon d'offrir les services de soins.

Le contexte interne : ce facteur présente certains caractéristiques propres à l'organisation, telles que : l'histoire de l'organisation, les caractéristiques de la clientèle et du personnel.

L'histoire de l'organisation concerne son ancienneté et le savoir qu'elle a acquis à travers le temps. Cet élément peut conférer à l'organisation un degré d'adaptation très important par rapport à son environnement.

En ce qui concerne les caractéristiques de la clientèle, il est nécessaire de faire une comparaison entre les soins requis par les clients et le degré de satisfaction. Ainsi, nous pensons que la recherche continue de la satisfaction des clients peut générer un service de meilleure qualité.

Quant aux caractéristiques du personnel, on retient la satisfaction au travail. Nous partons de l'idée qu'un employé satisfait est synonyme d'une grande qualité de services.

Facteurs internes: ces facteurs concernent la philosophie de gestion et la méthode d'organisation. Le choix de ces facteurs s'inspire des écrits de Mintzberg. Selon cet auteur, la méthode de gestion et d'organisation affectent la façon dont l'organisation perçoit le service. Nous pensons que la perception du service peut influencer sa prestation.

2.4) La qualité dans le centre hospitalier

Les centres hospitaliers sont tout d'abord au service d'une population. Certains d'entre eux ont d'ailleurs une mission de services publics intégrant des fonctions de soins, mais aussi d'assistance et de prévention.

Certains auteurs, notamment Jacquerye (1999), ont donné à l'hôpital un aspect d'une entreprise gérant une multiplicité d'équipements, de métiers et de compétences, dont la mission est de prendre en charge des personnes en perte d'autonomie ou présentant des dysfonctionnements.

Selon le même auteur, la qualité au sein d'un organisme hospitalier peut être définie comme une structure d'expertise et de référence, pluridisciplinaire, installée par la direction avec pour mission :

- L'efficacité : qui consiste à mesurer la qualité du résultat du service rendu au regard des objectifs préalablement déterminés. L'enjeu ici est de valoriser la prestation fournie à la personne soignée.

- L'efficience, quant à elle, mesure la qualité de ces mêmes résultats au regard des moyens mis en œuvre afin de répondre dans les meilleurs délais et au meilleur coût aux besoins des clients.

Cependant, adopter un projet de la qualité au sein de l'organisation hospitalière revient à prendre le risque d'introduire la contradiction et la contestation, à générer des ambitions, des phénomènes de rejet ou encore des motivations (Khan,1987). Dans ce contexte, des structures et des moyens doivent être mis en œuvre pour faciliter la réalisation d'un tel projet.

2.5) Instruments de mesure

Compte tenu que nous sommes confrontés à un terrain relativement vierge, la grille d'entrevue a été utilisée pour recueillir une information pertinente par rapport aux variables retenues. Elle vise à permettre de mieux connaître les motivations de ces cadres supérieurs à implanter une approche qualité. Plus précisément, nous cherchons à cerner les motivations de ces dirigeants pour entreprendre un programme de la qualité.

Le phénomène de la qualité est nouveau dans ce secteur, et par conséquent dans les organisations étudiées. La technique de l'entrevue a été privilégiée afin de recueillir des commentaires et des informations récentes représentant fidèlement la réalité. La grille d'entrevue, composée de questions ouvertes a été spécialement conçue pour cette recherche, élaborée, pré-testée et validée auprès des spécialistes de la qualité.

La première partie de la grille recueille les informations générales, les effectifs présents ainsi que leurs répartitions dans les différentes fonctions de l'organisation. la deuxième

partie contient une recension des éléments déclencheurs de mise en place d'un programme de la qualité.

2.6) Limites de la recherche

La principale limite de cette recherche vient du fait de l'évolution constante et rapide dont le domaine de la qualité. Le caractère descriptif de la recherche ainsi que l'échantillon formé seulement de 3 organisations ont pour effet de restreindre la validité externe de cette recherche et par conséquent la portée de nos conclusions.

Malgré ces limites méthodologiques, cette recherche fournit un apport important sur la présence de différents éléments déclencheurs et de planification d'un programme de qualité.

2.7) Motivation pour entreprendre un programme de la qualité

Au niveau de cette première étape du processus décisionnel, soit la motivation pour entreprendre un programme de la qualité, il s'agit d'inventorier et de comprendre quels sont les éléments déclencheurs du processus d'implantation d'un programme de la qualité. L'inventaire cherchera à cerner, entre autres, l'importance relative des différentes motivations fréquentes mentionnées dans la documentation en gestion de la qualité, sans pour autant limiter l'inventaire à ces seules dimensions. Pour les fins de cette recherche et l'élaboration de la grille, nous concentrons les questions sur les facteurs recensés dans la revue de la documentation et présents dans le cadre de référence.

Chapitre 3

Présentation et analyse des résultats

3.1) Profil des centres hospitaliers répondants

Les trois centres hospitaliers qui ont fait l'objet de notre étude à savoir le centre hospitalier régional de Trois-Rivières, le centre hospitalier du centre de la Mauricie et le Regroupement Cloutier- du Rivage sont des centres dont la mission est de fournir à la population des soins généraux et spécialisés de courte durée.

Ces centres sont dotés d'une vocation sous-régionale ainsi que d'une vocation régionale pour certaines spécialités. Ils doivent offrir à la population, des services médicaux et chirurgicaux généraux et spécialisés. Ils doivent s'assurer, par la mise en place de corridors de services et par la conclusion d'alliances avec leurs partenaires, que les services soient offerts et accessibles à la population des territoires de la région.

Un des éléments à préciser relativement à l'implantation d'un système de qualité dans les centres hospitaliers québécois semble être relié à l'obligation faite, par le Conseil Canadien des Agréments des établissements de santé (CCA), à tous les hôpitaux du Canada de démontrer l'existence d'un programme qualité. Celui-ci doit être opérationnel pour qu'un centre hospitalier soit agréé par le CCA pour une période maximale de trois ans.

Voilà ce qui a motivé au départ les trois centres étudiés à développer tous les outils possibles qui leur permettent d'atteindre cet objectif fixé par l'organisme national.

La qualité dans les centres hospitaliers du Québec relève d'une dynamique visant à obtenir un fonctionnement plus performant des services, une préoccupation clairement

orientée vers les clients, associée à une utilisation plus rationnelle des ressources existantes.

3.1.1) Le Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (CHRTR)

Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières est un centre hospitalier de soins et services médicaux et chirurgicaux généraux et spécialisés de courte durée. Il dispose de 473 lits de courte durée, dont 428 en santé physique et 45 en santé mentale, pour dispenser des services de deuxième et de troisième ligne, répondant aux problèmes complexes de santé qui nécessitent l'accès aux services ambulatoires spécialisés ou l'hospitalisation.

Plus spécifiquement, le CHRTR possède une vocation régionale en cancérologie, en traumatologie (neurologie, neurochirurgie), en néphrologie et en infectiologie, de même qu'une vocation sous-régionale pour certaines spécialités. Ces services spécialisés sont offerts et accessibles à la population des territoires de toute la région par la mise en place de corridors de services et la conclusion d'alliances avec Les partenaires du réseau.

Le CHRTR possède également une mission d'enseignement. Les contrats d'association conclus avec des établissements d'enseignement universitaires et collégiaux permettent au CHRTR d'offrir aux résidents et aux autres étudiants du domaine de la santé des stages et de la formation pratique, favorisant le développement des compétences et des connaissances. L'établissement vise également une désignation universitaire pour laquelle des démarches ont déjà été initiées.

Le CHRTR est accrédité par le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Les ressources du CHRTR :

- 220 médecins, dont 170 spécialistes et 50 omnipraticiens
- 2 300 employés
- un budget de 120M \$
- 33 spécialités
- 10 451 usagers en chirurgie d'un jour, ce qui place le CHRTR au premier rang au Québec, avec un taux d'atteinte du potentiel optimal d'utilisation de la chirurgie d'un jour de 95%
- 15 561 admissions générales, soit 147 267 jours -présence
- 94 622 visites aux cliniques externes

3.1.2) Regroupement Cloutier du Rivage (RCR)

En 1996, lors de la fusion de l'hôpital Cloutier avec le Centre d'accueil Luc Désilets, le CLSC du Rivage et le Foyer Père Frédéric, la Régie régionale confirmait les trois missions du nouvel établissement, soit les missions Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), Centre local de services communautaires (CLSC) et Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Cet établissement multivocationnel, s'appelle maintenant le Centre de santé Cloutier-du Rivage (connu sous le nom de Regroupement Cloutier du Rivage).

Dans le but de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population, l'établissement offre une gamme de services de base intégrés et continus, soit des

services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés ainsi que des services d'hébergement. L'établissement réalise aussi des activités de promotion de la santé.

L'établissement s'assure que les personnes requérant de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et les services requis leurs soient offerts, à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile, ou si nécessaire, qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Les ressources RCR :

- Urgence 24/7 de type intermédiaire
- 9 médecins omnipraticiens disponibles sur une base régulière
- 3 médecins disponibles pour remplacement
- 42 omnipraticiens et spécialistes
- 34 432 consultations en urgence
- 18 270 consultations en cliniques externes

Le RCR est accrédité auprès du Conseil Québécois d'Agrément des établissements de santé.

3.1.3) Le Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie (CHCM)

En processus d'affiliation avec l'Université de Sherbrooke, le Centre hospitalier du Centre-de-la- Mauricie a une vocation régionale en santé mentale et sous-régionale en santé physique. Cet établissement a vu le jour en février 1997 dans le cadre de la reconfiguration du système de santé au Québec. Il est donc le résultat d'une fusion de deux établissements déjà existants, soit le Centre hospitalier régional de la Mauricie, maintenant devenu notre site Shawinigan-Sud sur lequel sont dispensés des soins généraux et spécialisés de courte durée et le Centre hospitalier Ste-Thérèse, maintenant l'actuel site Ste-Thérèse où sont dispensés des soins psychiatriques de courte et de longue durée.

Au cours de l'année 2000-2001, le CHCM a mis en place des mécanismes en vue de consolider sa démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et des services. Ces mécanismes permettent la circulation des informations sur la qualité de haut en bas et de bas en haut dans la pyramide hiérarchique, la prise en charge par les directions du suivi des améliorations et la reddition de comptes au conseil d'administration. Le conseil a nommé trois de ses membres pour constituer le comité qualité et qui sont chargés de lui faire rapport sur le suivi de la démarche qualité dans l'établissement, sur l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers et sur la gestion des risques.

Les ressources du CHCM :

- effectif total : 1186
- effectif médical : 116

- effectif en soins infirmiers : 350
- Nombre total des lits :220

Le CHCM est affilié au Conseil Canadien d'agrément des établissements de santé.

Suivant les profils des trois centres, nous pouvons conclure que deux centres sont de la même taille et sont tous les deux affiliés au Conseil Canadien des Agréments des établissements de santé, il s'agit du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (CHRTR) et le Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie (CHCM). Le troisième centre est d'une taille relativement petite par rapport aux deux autres centres hospitaliers et il est accrédité contrairement aux deux centres auprès du Conseil Québécois d'agrément des établissements de santé.

Après la présentation des profils des trois centres hospitaliers, nous allons essayer de dégager les motivations qui ont poussé chaque centre à adopter un programme de qualité.

3.2) Les motifs sous-jacents de la qualité

Comme l'étude vise à clarifier les différents motifs sous-jacents de la mise en place d'un programme de la qualité, les questions ouvertes permettaient aux répondants de fournir les informations les plus proches de leur réalité : obligation extérieure, telle que l'accréditation, législation, volonté interne de l'organisation, etc.

D'après les témoignages recueillis auprès des différents responsables, il est essentiel de souligner que la qualité n'est pas née par hasard dans ces centres hospitaliers mais

réflète le souci de ceux-ci de fournir à leurs clients des soins et des services de qualité optimale. Les motifs ont été regroupés et présentés dans le tableau 3.1 qui suit.

Tableau 3.1 : Les motifs sous-jacents

Les centres	RCR	CHCM	CHRTR
Les facteurs d'influence			
Évolution technologique	non	non	non
Qualité des soins infirmières	non	non	non
Satisfaction des clients	oui	oui	oui
Caractéristiques des clients	non	non	non
Satisfaction du personnel	oui	non	non
Personnel	oui	oui	oui
Amélioration des méthodes de soins	oui	oui	oui
Les facteurs éventuels d'influence :			
Implication de la direction générale	oui	oui	oui
Réduction des coûts	non	non	non
Développement de partenariat	non	oui	oui
Productivité	non	oui	non
Confiance des clients	non	non	non
Cadre de travail :			
Accidents, gestion de risque	non	non	non
Motivation	non	oui	non

Ce tableau permet, en fait, de cerner les convergences et divergences des trois centres relativement aux éléments déclencheurs de la qualité. On peut constater que la satisfaction des clients, le personnel, l'amélioration des méthodes de soins et

l’implication de la direction générale font l’unanimité des trois centres hospitaliers quant aux éléments qui motivent l’adoption d’un programme de qualité.

3.2.1) les motivations du CHRTR pour l’adoption de la qualité

- les grands axes du programme de la qualité du CHRTR**

le programme de qualité instauré par le CHRTR vise les éléments suivants :

- la prestation de soins de santé complets et de qualité
- l’amélioration continue de la prestation des soins aux clients hospitalisés et externes et des soins communautaires;
- la promotion de la santé;
- la création de partenariats;
- l’appui de la formation en soins de santé et de l’utilisation appropriée des ressources.
- la gestion efficace et efficiente des ressources.
- la gestion efficace de l’information.

- les motifs sous-jacents**

Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières accorde la primauté à la personne. De ce principe, découlent des convictions que le conseil d’administration de l’établissement a émises sous forme de « valeurs et engagements » devant guider l’action et les décisions du conseil d’administration et des intervenants. Ces valeurs sont: l’humanité, le respect, l’équité, la transparence et la qualité.

En ce qui concerne la qualité, les gestionnaires du CHTR ont affirmé que le choix de la qualité reposait essentiellement sur une volonté de satisfaire la clientèle et le personnel, sur une implication de la direction générale et sur le développement du partenariat. Ils ajoutent que la culture qualité a été principalement initiée par le personnel afin de permettre un développement des compétences et offrir un service d'une grande qualité.

La direction du centre, croyant que la meilleure performance est obtenue au travers d'un personnel responsable, compétent, motivé et un client satisfait, a montré une grande implication pour l'adoption de la qualité.

Pour les responsables, afin de mieux servir une grande masse de la population, le centre et pour combler le manque de compétence dans certaines spécialités a conclu certains partenariats. Ces partenariats ont permis une meilleure qualité tout en couvrant l'ensemble du territoire.

3.2.2) les motivations du CHCM pour l'adoption de la qualité

- les grands axes du programme de la qualité du CHCM**

Le programme de la qualité élaboré par le CHCM se veut comme objectifs :

- d'offrir des soins hautement humanisés et personnalisés
- d'offrir des services axés sur les besoins de la clientèle
- d'adopter une gestion intégrée et par programmes
- de développer des partenariats et d'encourager l'interdisciplinarité
- d'offrir de nouveaux soins intensifs et ultramodernes

- d'avoir un personnel dynamique et impliqué
 - d'informatiser les requêtes sur les unités de soins
 - d'entretenir des collaborations et des liens étroits avec les établissements du réseau
 - de faire un suivi systématique de clientèles
- **les motifs sous-jacents**

Les répondants du CHCM ont insisté sur le fait que le programme de la qualité a été mis en place pour résoudre plusieurs problèmes, parmi ces problèmes figuraient l'insatisfaction des clients qui se manifestaient par un nombre élevé de plaintes et les réclamations incessantes du personnel concernant le cadre et les conditions du travail.

Ces problèmes ont engendré des services de qualité plutôt médiocre et une baisse de la productivité. Pour remédier à ce disfonctionnement, la direction s'est portée garante d'effectuer un vrai changement en instaurant la culture de la qualité.

3.2.3) Les motivations du RCR pour l'adoption de la qualité

Le programme qualité du RCR se base essentiellement sur les objectifs suivants :

- la satisfaction de la clientèle.
- l'accessibilité.
- la continuité des services.
- l'efficacité.
- l'efficience ainsi que la performance.

- **Les motifs sous-jacents**

Selon les responsables du centre Regroupement Cloutier du Rivage, la direction et le personnel constituent les véritables initiateurs de la qualité. Ils affirment que le personnel est le gage principal de la qualité des services et que la compétence de leurs ressources humaines a permis au centre d'acquérir une certaine notoriété en matière de qualité de service.

Aussi, les plaintes reçues des clients ont permis grandement aux gestionnaires d'accélérer le processus d'adoption de la qualité.

3.3) la comparaison entre les trois centres hospitaliers

a) L'évolution technologique

Il est rare que ces deux mouvements, évolution technologique et qualité, qui rythment la vie de l'organisation, se rencontrent en un même texte (Seurat 1994). Les plus prestigieux classiques de la qualité ignorent souvent l'évolution technologique comme déclencheurs de la qualité.

Les figures 3.1, 3.2, 3.3 font ressortir les éléments de convergence et les éléments sous effet.

Figure 3.1 : Les motifs sous-jacents (éléments de convergence)

Motifs	RCR	CHCM	CHRTR
Satisfaction des clients	oui	oui	oui
Personnel	oui	oui	oui
Amélioration des méthodes de soins	oui	oui	oui
Implication de la direction générale	oui	oui	oui

Figure 3.2 : Les réponses positives

Motifs	RCR	CHCM	CHRTR
Satisfaction du personnel	oui	non	non
Développement de partenariat	non	oui	oui
Productivité	non	oui	non
Motivation	non	oui	non

Figure 3.3 : Les éléments sans effet

Motifs	RCR	CHCM	CHRTR
Évolution technologique	non	non	Non
Qualité des soins infirmiers	non	non	non
Caractéristiques des clients	non	non	non
Réduction des coûts	non	non	non
Confiance des clients	non	non	non
Accidents, gestion de risque	non	non	non

Par ailleurs, dans le contexte de cette étude, les responsables des trois centres hospitaliers affirment que l'implantation de la qualité n'avait pas pour but de faire face à l'évolution

technologique, bien que ces centres aient eu à se doter d'outils technologiques essentiels à leur mission. Donc, l'évolution technologique ne peut pas être considérée comme élément déclencheur de la qualité dans ces centres.

Cependant, le programme de qualité a conduit à mettre en place de nouveaux outils technologiques au service de l'usager. Les centres en question ont investi pour accélérer la circulation de l'information, un atout majeur dans la prestation des services. Ils ont aussi rehaussé leur parc d'équipements.

b) La qualité des soins infirmiers

La qualité des soins est sans doute le facteur qui contribue le plus à donner confiance dans le système tant pour les professionnels de la santé que pour le public en général.

En effet, l'établissement de santé a un objectif clair, précis, soit de satisfaire, par sa politique, ses propres procédures, son organisation, la mesure des résultats, l'évaluation de ses pratiques, à un certain nombre d'exigences formalisées (les standards) de pratiques et services (Jacquerye 1999).

La qualité n'est donc plus une affaire de seule bonne volonté ou de bonnes intentions. Les centres hospitaliers doivent se professionnaliser et l'accréditation du Conseil Canadien des Agréments des établissements de santé répond ainsi à un besoin de reconnaissance sous forme de «label de qualité».

Ainsi, l'évaluation des soins est non seulement confrontée en interne aux exigences et aux modes de gestion propres à l'institution, mais aussi en externe aux orientations de la politique sanitaire en général et des normes nationales reconnues à travers le pays.

Ce souci de qualité des soins infirmiers a-t-il été un facteur déterminant dans la décision d'implanter un système de qualité? Les responsables des trois centres retenus sont unanimes. La qualité des soins infirmiers n'a pas été un déclencheur. À ce chapitre, les trois centres fournissent d'autres informations importantes. Ces centres offrent de nombreux services incluant les soins infirmiers directs. Ainsi, le souci d'implanter la qualité serait davantage influencée par les services offerts à la population et non pas celle de la qualité des soins infirmiers comme tel.

c) Satisfaction des clients et caractéristiques de la clientèle

Dans le secteur hospitalier, le patient n'est pas un client ordinaire tel qu'on le conçoit dans l'industrie ou dans les autres secteurs tertiaires. Ce client est bien consommateur de soins, en général ce n'est pas lui qui les choisit, bien qu'il ait à y donner son consentement.

Or, la satisfaction du patient est liée à son désir de récupérer sa santé et son autonomie le plus rapidement possible, désir assorti de conditions optimales de durée (pas d'hospitalisation prolongée), de confort (qualité hôtelière de son séjour) et de qualité de soins médicaux et infirmiers, lesquels doivent être conformes aux standards de pratiques.

Cette particularité a pour objectif d'obliger les responsables des centres hospitaliers à se soumettre à des enquêtes de satisfaction ou des mesures d'insatisfaction telles les plaintes afin d'avoir une information pertinente.

On assiste actuellement dans le monde hospitalier à un travail de fond. À ce chapitre, on s'intéresse de plus en plus à l'usager qui est le seul à pouvoir fournir une opinion

argumentée sur la façon dont il a été traité, bien que son jugement puisse parfois être biaisé par différents facteurs, comme une confiance exagérée envers les professionnels, etc.

Les données révèlent que la satisfaction des clients est un déclencheur important qui est à la base de la mise en place d'un programme de la qualité. Les répondants adhèrent à l'idée que ces enquêtes constituent un vrai feed back capable d'orienter l'organisation vers une meilleure façon de faire. Selon ces répondants le but de l'opération au départ était d'obtenir des indicateurs susceptibles de renseigner sur les points à améliorer. Avec le temps, ces informations sont devenues une incontournable source dont la finalité est l'amélioration continue de la qualité des services.

Quant à l'influence des caractéristiques des clients pour implanter un programme de la qualité, les répondants ont assuré que ce facteur est négligeable sinon absent. L'implantation est toujours motivée par le désir de mieux servir ses clients.

d) Satisfaction et adhésion du personnel

Contrairement à la satisfaction de la clientèle, les répondants des trois centres sont d'accord sur le fait que les études de satisfaction du personnel ont été initiées suite à l'implantation du programme de qualité, car à travers ce programme une rubrique est dédiée uniquement au personnel.

Les résultats de ces enquêtes montrent que peu importe la taille du centre, la satisfaction des travailleurs ou leur insatisfaction n'a pas du tout joué un rôle déterminant dans la décision d'implanter un programme de qualité.

Dans la présente étude, les répondants indiquent que le personnel a la conviction que la qualité est importante et se sent responsable à cet effet, ce qui constitue un élément important de l'approche. En somme, il semble que la capacité du personnel à s'approprier le concept de la qualité constitue un véritable atout, un facteur de succès incontournable, d'où la nécessité de susciter l'adhésion du personnel au programme de la qualité.

Sur le terrain, le facteur « adhésion du personnel» semble décisif dans la décision d'implanter un programme de la qualité. Les répondants confirment que le personnel revendiquait la qualité au quotidien et ne voulait pas faire de la qualité une activité distincte. Ce souci et l'adhésion du personnel ont permis d'implanter une nouvelle philosophie de prestation de services en milieu hospitalier.

e) L'amélioration des méthodes de prestation des soins

Les responsables des trois centres sondés confirment qu'il y a toujours place à l'amélioration continue des méthodes de prestation de soins. Mais cela, demande une meilleure compréhension de la façon d'effectuer le travail. Le personnel de première ligne doit participer à cet effort. Il faut élaborer un processus de résolution de problèmes pour permettre aux travailleurs et aux gestionnaires de résoudre les problèmes dans d'autres secteurs départementaux et fonctionnels.

Alors que les trois centres tentent de faire face à l'augmentation du volume de malades et à la complexité de la prestation des soins de santé, leur personnel doit faire face à une spirale de problèmes.

Selon les responsables des trois centres, l'amélioration de la prestation des soins est un défi constant exigeant une négociation et une coordination entre les gestionnaires et le personnel respectif des départements multidisciplinaires. Ceci donne naissance à une politique de soins focalisée sur le malade. Donc, l'accent est mis sur le rôle du malade à orienter les décisions concernant les soins et les services.

De l'avis des répondants, le souci de l'amélioration des méthodes de prestation des soins pour les trois centres permet d'aboutir à une adhésion à un programme de qualité qui vise à mieux servir leurs clients.

f) L'implication de la direction

Pour les trois centres hospitaliers le rôle des dirigeants dans l'implantation de la qualité est primordial. Selon les répondants, les dirigeants ont instauré la promotion de la qualité comme valeur organisationnelle, ainsi que l'établissement d'objectifs de qualité significatifs et leur utilisation active pour améliorer l'efficacité organisationnelle.

Les résultats indiquent également que l'implication de la direction générale constitue une composante vitale à l'implantation de la qualité. Mais Pour que le programme de qualité soit efficace, il faut une implication de la part des dirigeants pour créer plus de changements, d'initiatives et d'engagements.

Sur ce point les répondants sont d'accord qu'il n'y a pas de programme de qualité sans implication de la part de la direction.

g) Le contrôle des coûts

D'après les répondants, la préoccupation relative aux coûts n'a pas été un facteur important en tant que tel dans l'adoption de la qualité. Par ailleurs, les centres doivent faire des arbitrages face à l'amélioration constante des méthodes de prestation des soins, tant en sachant que le budget de l'hôpital ne dépend pas du volume des clients. Les centres se trouvent face à un dilemme, celui de faire face à un nombre croissant de patients avec un budget insuffisant.

Pire encore, le centre le plus grand a confirmé que même avec un programme de la qualité, les responsables ne sont pas parvenus à réduire les coûts, au contraire parfois ça met en lumière davantage le manque de ressource et l'impact sur la qualité des soins.

En somme la considération des coûts n'a pas été un élément déclencheur pour l'ensemble des trois centres sondés.

h) Le souci de partenariat

Les répondants des trois centres sont unanimes sur le fait que le programme de la qualité ne doit pas être une activité distincte de la gestion. Ils confirment qu'avant l'adoption du programme qualité, il y avait dans leur centre des activités liées à la qualité mais elles étaient éparpillées. L'implantation d'un programme de qualité a eu pour but de coordonner et de rassembler ces actions à travers des comités d'amélioration continue.

En ce sens, le programme qualité a suscité la création de comités dans les trois centres, ces comités appelés aussi «équipes multidisciplinaires» ont encouragé le travail en

équipe. Ceci a permis une meilleure connaissance des rôles et des responsabilités par les différentes catégories de prestataires de services.

i) La productivité

Dans les trois centres, le programme qualité vise à favoriser la recherche de méthodes susceptibles d'améliorer la productivité. Les gestionnaires du Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie (CHCM) sont d'accord que l'adoption de ce programme a augmenté le niveau de fluidité dans le système, et a permis l'élimination de la duplication des activités. Ceci a conduit à une meilleure complémentarité des intervenants multidisciplinaires. En principe, on a senti que le besoin d'atteindre un niveau de productivité donné a poussé les gestionnaires du CHCM à se pencher sur la question de l'adoption d'un programme de qualité. Pour les deux autres centres, le souci de la productivité demeure sans effet sur la décision d'implanter un programme de la qualité.

j) La confiance des clients

Les répondants des trois centres soulignent que leur démarche qualité ne visait pas nécessairement de ramener la confiance de la clientèle mais plutôt augmenter sa satisfaction versus les soins et les services reçus. Leur stratégie est tournée vers l'extérieur, c'est à dire vers le client et le service, plutôt que vers l'intérieur. Il s'agit là pour ces centres de mieux adapter les services à la demande et d'en améliorer la qualité et aussi, ils comptent établir un certain niveau de confiance des clients à l'endroit de l'hôpital.

k) Cadre du travail (accidents, gestion des risques)

Les responsables estiment que l'amélioration du cadre du travail (accidents, gestion des risques, motivation etc.) n'a pas été une motivation de base pour adopter un programme de qualité. Ils affirment que l'intégration de la qualité a permis cependant de relancer une certaine philosophie de gestion basée sur la motivation et une meilleure description des tâches. Ce travail a été accompli grâce aux équipes multidisciplinaires.

Ils ajoutent aussi que la gestion des risques fait partie du programme de la qualité, et que ce dernier peut contribuer effectivement à diminuer certaines erreurs. Cependant l'adoption de la qualité reste sans impact sur le problème de l'absentéisme du personnel.

Chapitre 4

Interprétation des résultats

Les résultats qui ressortent de cette étude nous indiquent clairement que les facteurs déclencheurs de la qualité varient selon chaque centre, ainsi il y a des éléments de divergences et de convergences quant aux motifs réels de l'adoption de la qualité. Néanmoins, l'étude révèle certains éléments qui font l'unanimité des gestionnaires des trois centres et qui représente les raisons majeures de l'adhésion au principe de la qualité.

Ces éléments nous indiquent que l'adoption de la qualité est plutôt motivée par le souci de satisfaire l'ensemble des clients et d'assurer au personnel l'environnement idéal pour permettre le développement des méthodes de soins. Ces facteurs et à l'avis de tous les répondants, n'auront pas d'influence sans une véritable implication de la direction générale.

Pour une analyse comparative complète, il est nécessaire d'aborder chaque facteur afin de dégager son importance dans le choix d'un système qualité.

Concernant l'évolution technologique, Laurin (1993) indique que dans une perspective de modèle global de soins de santé, le soin lui-même est radicalement affecté par les nouvelles technologies, dont le produit prend la forme de nouveaux équipements et de nouveaux médicaments. Au moment où la révolution technologique atteint toutes les sphères de la société, le domaine des soins de santé est également en train de subir un changement radical.

Soigner les malades à l'hôpital aujourd'hui, consiste à utiliser les technologies du plateau technique c'est à dire des laboratoires, de l'imagerie, du bloc opératoire... etc. Mais faire de la bonne médecine, c'est également pouvoir choisir et utiliser ces technologies avec pertinence et sécurité pour le malade. En effet, si c'est largement grâce au développement

des technologies que la médecine a autant gagné en efficacité au cours des quarante dernières années, l'évolution technologique représente aujourd'hui la garantie d'une bonne qualité et d'une grande sécurité des soins.

Cependant on se demande si l'adoption de la qualité n'est pas tributaire à l'évolution technologique? Pas forcement, suivant les propos des responsables qualité des trois centres hospitaliers. L'évolution technologique ne peut pas être considérée comme un élément déclencheur au plan du choix de l'implantation de la qualité, ce qui rejoint en quelque sorte la littérature qui semble indiquer que le fait d'adopter la qualité est davantage synonyme d'une adhésion au progrès.

Durand (2000) explique que la qualité et l'évolution technologique œuvrent autour de l'incessante métamorphose, de l'évolution de l'entreprise, de son environnement et ses hommes.

Quant à la qualité des soins infirmiers, dans un contexte de rationalisation de l'offre hospitalière, la recherche de la qualité de l'offre hospitalière et du " juste soin " dépend d'une foule de facteurs influencés à la fois par les personnes qui y œuvrent et les disponibilités financières et les techniques qu'ils possèdent.

La littérature souligne souvent que l'amélioration de la qualité des soins permet de gagner la confiance des clients et des organismes de tutelle. Sur le terrain, les témoignages ont permis de faire le lien d'une part, entre amélioration de la qualité des soins infirmiers et l'implantation d'un système qualité et de l'autre part entre l'implantation et l'accréditation auprès des organismes de tutelle.

À cet effet, c'est le désir d'adhésion au Conseil Canadien d'Agrément des établissements de santé qui pousse les professionnels du secteur hospitalier à adopter une démarche qualité. Cette adhésion est en fait une reconnaissance en terme de qualité, c'est l'équivalent pour ce secteur des normes de l'ISO.

Cependant, la littérature n'indique pas un lien direct entre la qualité des soins infirmiers et l'adoption d'un programme de la qualité. Par ailleurs, même sur le terrain, les professionnels ne semblent pas être motivés par la qualité des soins lors de la prise de décision d'adopter un système qualité.

Par rapport à la satisfaction des clients et des caractéristiques de la clientèle, l'AFNOR (1992), avance que l'enquête d'opinion des clients peut être considérée comme une base d'échange et de communication entre les fournisseurs et les clients. En effet, les clients exigent un service de meilleure qualité alors les organisations adoptent un système qualité pour mieux respecter les attentes de leurs clients.

Les professionnels de la santé soulignent que pour avoir une clientèle satisfaite au terme de son recours aux services hospitaliers (plateau technique - consultations - urgences - hospitalisation...), aux services administratifs, hôteliers et autres, il faut instaurer des démarches qualité susceptibles de garantir un niveau donné de satisfaction.

En réalité les responsables des trois centres hospitaliers indiquent que les études de satisfaction ont permis d'humaniser le milieu de travail comme celui de l'hôpital et ont conduit incontestablement à l'adoption de la qualité.

En ce qui concerne la satisfaction et l'adhésion du personnel, elles existent des études qui visent l'amélioration continue des relations de travail, ces études ont permis de mettre en évidence les progrès réalisés et ceux qui restent à accomplir. Juran (1991) laisse entendre que l'enquête d'opinion interne est un outil d'évaluation et de mesure systématique de tous les compartiments de chaque activité et de l'impact de celle ci sur la satisfaction de tous les partenaires, externe et interne.

Selon Mintzberg (1982), les personnes à tous niveaux sont l'essence même d'un organisme et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'organisme.

En s'identifiant aux objectifs de l'organisation, les travailleurs se montrent plus créatifs et plus responsables vis à vis des problèmes que peut rencontrer l'organisation. Selon le témoignage de plusieurs professionnels du secteur de la santé, le personnel a été toujours conscient de l'importance de la qualité. Il s'agit, à leur avis, d'un moyen privilégié pour repérer les dysfonctionnements et agir en conséquence (Jacquerye 1999). Selon le même auteur, la qualité est souvent inspirée par des valeurs qui ont pour but de restituer une identité aux personnes qui travaillent.

Les responsables des centres hospitaliers qui ont participé à l'étude vont dans ce sens et confirment la même chose, ils insistent sur le fait que le personnel a souvent suscité un intérêt particulier pour la qualité et qu'au départ toutes les démarches qualité ont été initiées par le personnel.

Pour ce qui est de l'amélioration des méthodes de soin, il s'agit d'une idée révolutionnaire dans le domaine des soins de santé. L'idée, c'est d'améliorer le niveau des

soins, même s'il est déjà très bon, grâce à une recherche continue d'amélioration de la qualité (Brun 1996). L'objectif ici est non seulement de répondre aux normes mais plutôt de les dépasser. En fait, il s'agit de faire progresser les normes.

C'est véritablement une notion élargie dépassant le simple soutien au malade pour prendre en considération la qualité du service offert et les gens qui l'offrent. À ce stade les responsables des trois centres hospitaliers nous ont confié que l'adoption de la démarche qualité a été motivée par l'amélioration des méthodes de prestations des soins car auparavant les soins se prodiguaient d'une façon inefficace et ceci causait beaucoup de défaillances au plan de la prise de décisions.

Avant d'aborder le rôle de l'implication de la direction dans l'implantation d'un système qualité, il faudra souligner que les dirigeants établissent la finalité et les orientations de l'organisation. Ils conviennent qu'ils créent et maintiennent un environnement interne dans lequel les personnes peuvent pleinement s'impliquer dans la réalisation des objectifs de l'organisation (Mintzberg 1982).

Leteurtre et al. (1999), abondent en ce sens et notent qu'il incombe à la direction la responsabilité d'établir une politique relative à la qualité du service et à la satisfaction du personnel. L'implantation de la démarche qualité et sa réussite dépendent de l'engagement de la direction et du fonctionnement efficace du système.

En effet, les responsables des programmes de qualité dans les trois centres hospitaliers insistent sur le fait que la mise en place d'un système de qualité ne peut se réaliser que si la direction en accepte le principe et soutient la démarche de toute son autorité pour qu'elle réussisse, ce qui fut réalisé dans ces trois établissements. Ils rejoignent en ce sens

les différents auteurs. Deming (1982), va plus loin et souligne que la politique qualité doit s'inscrire dans la stratégie de l'établissement et doit comporter une forte implication des hautes instances.

Ceci rejoint la situation constatée sur le terrain, car les responsables ont insisté sur l'implication de la direction comme élément important dans la décision d'implanter une démarche qualité. Cette implication s'est manifestée par l'élaboration d'un document écrit précisant l'engagement de la haute direction dans la politique qualité en termes clairs et compréhensibles par tous, avec les objectifs pertinents et définis de façon à pouvoir être évalués et cela dans les trois centres.

Concernant le contrôle des coûts, Leteurte et al.(1999) estiment que l'exigence des bénéficiaires des soins croît et va croître sans cesse, et les moyens resteront limités quant aux capacités que la nation souhaite et peut investir dans la santé.

Le même auteur insiste sur le fait que la qualité vise avant tout au maintien d'un niveau de performance, ce niveau dépend bien sûr des moyens dont on dispose. De même pour Jacquerye (1999), tout établissement a des ressources limitées, forcément toujours insuffisantes, et l'approche de la qualité à ceci d'intéressant qu'elle met de la transparence dans les arbitrages en officialisant le contrat entre les exigences attendues et les moyens existants.

Lors de cette étude, les responsables des trois centres hospitaliers ont souligné que la qualité ouvre les voies de progression avec les moyens disponibles et que la qualité est loin d'être motivée par une réduction des coûts, mais qu'elle repose sur un souci de dégager quelque part une capacité de réinvestir des moyens, de l'énergie et du temps dans

d'autres tâches plus créatrices de valeur ajoutée. En sens, cette approche de la qualité permet d'établir plus de transparence dans les choix effectués.

Pour le facteur « souci de partenariat», les professionnels de la santé estiment que toutes les mesures de rationalisation, de rigueur administrative et d'adaptation aux changements envisagés par les établissements de santé ne suffiront pas, à elles seules, à assurer le succès des programmes de la qualité. Les centres hospitaliers devront compter notamment sur la volonté des autres établissements du réseau de la santé pour rechercher une meilleure complémentarité, ce qui devrait permettre à tous les partenaires de réaliser des économies significatives et aux usagers de bénéficier de soins et de services de meilleure qualité.

Dans ce contexte, les responsables des trois centres hospitaliers indiquent que la recherche de partenariat n'a eu aucune influence sur la décision d'implantation de la qualité. Ils ont aussi insisté sur le fait que chaque centre hospitalier doit exercer son leadership sur cette question afin de contribuer à faciliter les rapprochements et coordonner la complémentarité interétablissements sur leur territoire. Ceci permettra une réponse graduée aux besoins de santé de la population en privilégiant le principe de subsidiarité conjugué à la qualité et à la sécurité des soins.

Concernant la productivité, les analystes des systèmes de santé indiquent que les centres hospitaliers travaillent sous la pression financière des gestionnaires publics (ministères, régies régionales). Les responsables des services hospitaliers sont tenus régulièrement informés de la productivité de leur service ou du taux d'occupation de leurs lits. Ils sont encouragés à être financièrement performants.

En gestion hospitalière, l'amélioration de la productivité se fait à travers le développement des compétences et l'utilisation des nouveaux outils de gestion et de prestation de services et ceci peut amener à un service de meilleure qualité. Ceci rejoint les propos du responsable qualité du Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie. Ce dernier affirme que la recherche de la productivité permet une meilleure utilisation du capital humain et un service d'une grande qualité.

Quant aux deux autres centres, les répondants considèrent que la recherche de la productivité peut au contraire engendrer un service de qualité médiocre, dans le cas par exemple où on hospitalise parfois un peu rapidement ou un peu longtemps, hors de tout critère médical. Où encore lorsqu'on ne favorise pas les techniques légères, plus confortables pour le patient, mais moins rentables pour l'hôpital.

À leur avis, la productivité ne peut pas être réellement un facteur déterminant de la décision d'adopter un programme de la qualité.

Pour la confiance des clients, il convient de dire que de nombreux clients recherchent la confiance que peut inspirer une entreprise avant d'entamer les échanges avec cette dernière. Juran (1982) avance que la mise en place d'un programme qualité est une façon de répondre à cette attente. En ce sens Kélada (1988) abonde et note que la qualité a pour but d'établir un climat de confiance en assurant au client que les processus sont maîtrisés afin de répondre au mieux à ses exigences et donc à le satisfaire. Pour atteindre ce résultat, plusieurs entreprises ont mis en place un système qualité comme ISO (AFNOR 1992).

L'assurance de la qualité est selon la définition normalisée de l'ISO un ensemble d'actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité. Dans la réalité les trois centres hospitaliers n'adhèrent pas au principe qui stipule que la culture qualité permet d'obtenir la confiance des clients. Ils estiment que l'adoption de la qualité s'articule uniquement autour de la satisfaction du client.

Pour discuter du cadre du travail dans les centres hospitaliers, Leteurtre (1999), souligne que l'objectif de la gestion des risques, c'est avant tout d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, du personnel et des visiteurs du centre hospitalier en réduisant le risque de voir se reproduire, à des moments et des endroits différents, le même type d'incident préjudiciable.

Il estime aussi que la démarche qualité permet de diminuer les erreurs et les risques liés aux services hospitaliers. Ils avancent que grâce à la démarche qualité les agents hospitaliers prennent conscience que les responsables sont attentifs à leurs problèmes au quotidien, qu'ils sont écoutés. Dans ce cadre, la présente étude a montré que la démarche qualité au sein des établissements de santé permet effectivement de réduire le nombre d'erreurs et d'accidents (les signalements relatifs aux chutes, transport de patients, à l'insécurité ou aux pannes de matériels...), du moins selon ce que rapportent les répondants.

Par ailleurs, les responsables des trois centres sondés estiment que l'amélioration du cadre de travail n'a pas motivé la prise de la décision d'implanter la qualité, signalant que l'amélioration de l'environnement du travail faisait toujours partie de leurs stratégies.

Conclusion

Le souci de la qualité n'est pas nouveau en gestion hospitalière, ce qui est nouveau c'est la prise de conscience plus marquée de cette obligation à laquelle font face les centres hospitaliers, soit celle de tout mettre en œuvre pour assurer aux clients des soins de qualité.

Cette étude a mis la lumière sur cette question à travers une étude menée auprès de trois centres hospitaliers de la Mauricie, elle a permis en quelque sorte de dégager les motivations qui poussent les gestionnaires des centres en question à adopter une démarche qualité.

Nous conclusions restent tout à fait applicables dans un contexte particulier celui de la spécificité des trois centres sondés. Pour ce faire le modèle de Munson et Clinton nous a servi de plateforme pour initier notre propre modèle. Ce modèle fait l'inventaire des motifs qui peuvent avoir potentiellement une incidence à divers degrés sur l'adoption d'un programme de la qualité.

Parmi ces motivations, ceux de la satisfaction de la clientèle et du personnel, de l'amélioration des méthodes de soins et de l'implication de la direction générale, ces facteurs présentent un intérêt certain puisque ces éléments font l'unanimité quant à leur influence sur la décision d'adopter un programme qualité.

Ainsi dans une première partie, le modèle de Munson et Clinton (1979) a été utilisé. Les bases de notre cadre de référence s'appuient donc essentiellement sur ce modèle et sur les travaux de Deming, Juran et sur la théorie des organisations de Mintzberg.

Ce cadre de référence constitue la pierre angulaire de notre recherche, et vise essentiellement à calquer les théories de la qualité dans les milieux industriels dans le secteur hospitalier et à définir l'influence de certains aspects organisationnels d'une structure.

Par la suite, le recensement de la littérature nous a permis d'établir une grille d'analyse dont la finalité et de faciliter la comparaison entre les trois centres hospitaliers.

Enfin inspiré par les lectures et les directives de la directrice de recherche, nous avons pu proposer un modèle d'analyse qui possède le mérite d'intégrer les principaux facteurs d'influence.

À l'aide de cette grille, nous avons pu élaborer un questionnaire qui comporte 3 volets, un volet permet de dégager les facteurs internes qui influencent la décision d'adopter un programme de la qualité. Le deuxième est dédié aux facteurs externes, le troisième concerne le cadre de travail et son impact sur l'implantation de la démarche qualité.

L'analyse des écarts entre la théorie et le réel peut procurer la possibilité d'identifier certaines pistes de recherche et de faire des ajustements au sein même de l'organisation, tant au niveau de la gestion des services hospitaliers que dans la mentalité des dirigeants.

Par ailleurs, il convient de signaler que plusieurs facteurs n'ont pas fait l'objet de notre investigation, nous reconnaissons que plusieurs d'entre eux tels que la personnalité et

l'expérience des cadres dirigeants, la disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles peuvent jouer un rôle important dans la décision d'adopter un programme de la qualité.

Enfin, ces études de cas menées auprès des trois centres hospitaliers démontrent que la qualité dans le milieu hospitalier est peu développée par rapport à d'autres secteurs. Cette situation tient à trois éléments: la culture, la formation et les moyens.

Finalement, le pilotage de la qualité à l'hôpital nécessite de la part des autorités publiques une implication plus déterminée et mieux coordonnée. Les gestionnaires des centres hospitaliers aimeraient que les autorités stimulent plus activement la détermination d'indicateurs permettant l'évaluation de la qualité des services médicaux et les comparaisons interhospitalières. En ce sens, ces centres souhaiteraient que les travaux des professionnels du secteur (Collège des médecins) soient organisés et planifiés de manière à fournir plus rapidement et pour l'ensemble des disciplines, les balises requises afin d'assurer pleinement leur programme qualité.

Références

Agnès, J. (1999). La qualité des soins infirmiers. Implantation, évaluation, accréditation. Collection Sciences infirmières.

Alain, M. (1993). Réussir la qualité de service. Montreal, Éd Agence d'Arc.

Anderson, Carol et Erin Hughes. (1993). Implementing nursing in a long-term care facility. *Journal of Nursing Administration*, vol. 23, no 6, (juin), p. 29-35.

Anderson, Maria et Thomas Choi. (1980). Primary nursing in an organisational context. *Journal of Nursing Administration*, (mars), p. 26-31.

Armanasco, V, O. Guadalupes et S. Hartel. (1989). Developping an integrated nursing care management model. *Nursing Management*, vol. 20, no 10, p. 26-29. 1989.

Association Française de Normalisation. (1992). Maîtriser la qualité. Paris, Norme Française, p 11-30.

Balbir ,S. (1991). The public sector in the united states. Public economy series, 3.

Beaumier, J. (1993). La gestion de la qualité, un projet d'entreprise. Cognitrix Inc.

Bergeron, F. Falardeau, J. (1994). La réingénierie des processus d'affaires dans les organisations canadiennes. Québec, Éd Transcontinentales Inc.

Brun, J. (1996). Qualité des soins : une approche ISO 9000. Paris, Berger-Levrault.

Brunelle, D. (1986). L'amélioration de la qualité de vie au travail. Cahiers de recherche, UQTR, Département d'administration et d'économique.

Cantarelli, V. (1990). L'approche démocratique de la qualité. Dans Bordas (Éd), «*Traité de la qualité totale*». Paris: Vincent Laboucheix, p113-121.

- Crosby, P.B. (1986). La qualité, c'est gratuit. Paris, Economica.
- Culpepper, R.C., Richie M.Eet . (1986). The effect of primary nursing on quality assurance. *Journal of Nursing Administration*, vol. 16, no 11, (novembre), p. 589-597.
- Daefller, R.J. (1977). Outcome of primary nursing for the patient. *Military Medecine*, vol. 142, p. 204-208.
- Deming, E. W. (1986). Out of crisis. Usa: Cambridge University Press, 1986, (traduit en français, 1991).
- Deshaires, B (1992). La méthodologie de recherche en sciences humaines. Laval, Québec. Éditions Beauchemin.
- Desrosiers, Ghyslaine, et Claire Thibault. (1990). L'organisation des soins infirmiers, évolution et perspective. Montréal : Association des hôpitaux du Québec, 141 p.
- Dionne, L. (1996). Bilan de santé et environnement de la région de la Mauricie Bois Franc. Régie régionale de la santé et des services sociaux en Mauricie Bois Franc.
- Donabedian, A. (1984). Quality and cost containment. *Nursing Outlook*, vol. 32, p. 142-145.
- Duquette, A. (1994). L'évolution des principales modalités d'organisation de soins : texte de conférence. 12 p.
- Durand, R. (2000). Développement de l'organisation : nouveaux regards. Paris Économica.

Eiglier, P. (1979). Éléments pour une théorie de service. Institut d'administration des entreprises. Études et documents. Série de recherche, W.P.

Fatzer, G. Stora, G. (1990). La mesure de la qualité. Dans Bordas, «*Traité de la qualité totale*». Paris, Laboucheix, pp 217-223.

Felton, G. (1975). Increasing the quality of nursing care by introducing the concepts of primary nursing : a model project. *Nursing Research*, vol. 24, no 1, p. 25-32.

Fraisse, R. (1988). Service public demain. Paris, Économica.

Gagné, R. (1998). PEP : à chacun sa Petite Entreprise Performante au sein de l'entreprise. Montreal: Agence d'Arc.

Giovanetti, P. (1980). A comparison of team and primary nursing care systems. *Nursing Dimensions*, vol. 7, no 4, 96-100.

Glandon, Kenneth et Colbert, Thomasma. (1989). Nursing delivery models and RN Mix : Cost Implications.

Gogue, J. M. (1990). Les six samourai de la qualité. Paris : Economica.

Gortner, H. Mahler, J. (1994). La gestion des organisations publiques. Presses de l'Université du Québec.

Guay, M. (1994). Guide sur le diagnostic et le changement organisationnel. École Nationale d'Administration Publique.

Hall, S. (1986). Nursing assessment and strategies. Philadelphia. JB Linincott, 2 Ed.

Harrington, H.J. (1994). Business process improvement. USA, Mc Graw-Hill Inc.

Hegedus, K.S. (1980). Primary nursing : description, analytic and experimental research studies - primary nursing : evaluation of professional practice. *Nursing Dimension*, p. 85-89.

Huberman, Michael et Matthew B. Miles. (1991). Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles : Deboeck université, 480 p.

Joan, k. (1987). Gestion de la qualité dans les établissements de santé». Les éditions Agence d'ARC Inc.

Joy, Loretta et Marcella Malay. (1992). Evaluation instruments to measure professional nursing practice. *Nursing Management*, (juillet), p. 73-77.

Juran, J. M. (1989). Planifier la qualité. Traduit par Philipe Delavergne, Paris, AFNOR.

Juran, J. M. (1993). Assessing quality growth in the US. Quality.

Juran, J. M. (1991). Juran's Quality Control Handbook. 4 th edition. Mc Graw-Hill Inc.

Kélada, J. (1988). La gestion de la qualité dans les entreprises québécoises. Montréal, HEC, Rapport de recherche.

Lafarge, C. (1999). Les rapports marchands chez les penseurs du social. Paris, l'Harmattan.

Laurin, J. (1993). Qualité des soins infirmiers : concept et évaluation. Presses de l'université de Montréal, 3 éd .

Leteurtre, H. (1999). La qualité hospitalière. Paris, Berger-Levrault.

Mac Donald, M. (1988). Primary nursing : is it worth it?. *Journal of Advanced Nursing*, p. 797-806.

Magarcal, P. (1987). Modular nursing : nurses rediscover nursing. *Nursing Administration*, vol. 18, no 11 (novembre), p. 98-103.

Manthey, M. (1990). The practice of primary nursing. Boston, Blackwell Scientific Publications.

Manthey, Marie. (1980). A theoretical framework for primary nursing. *Journal of Nursing administration*, (juin), p. 11-15.

Marram, Gwen et Van Servellen. (1980). Evaluating the impact of primary nursing outcomes. *Nursing Dimension*, (printemps), p. 48-50.

Mc Kenzie, C.B., N.G. Torkelson et M.A. Holt. (1989). Care and cost : nursing case management improves both. *Nursing Management*, vol. 20, no 10, p. 30-32.

Mintzbere, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Paris: Les Editions d'organisation, 433 p.

Mintzberg, H. (1986). Le pouvoir dans les organisations. Paris, Éd d'Organisation.

Mouvement québécois de la qualité. (1998). Les outils de la qualité. Bibliothèque nationale du Québec.

Musun, Fed et Jacqueline Clinton. (1979). Defining nursing assignment patterns. *Nursing Research*, vol. 28, no 4, p. 243-249.

Nollet, J. Farmer, J. (1992). Les entreprises de services. Éd Gaëtan Morin.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1994). Contribution des infirmières à l'efficacité de l'épisode de soins des clientèles hospitalisées. 32 p.

Paquin, B. Turgeon, N. (1994). Entreprises de services: gestion de la qualité. Éd. Agence d'Arc.

PUMA. (1996). L'administration à l'écoute du public: initiatives relatives à la qualité du service. OCDE.

Roberts, L. (1994). Process reengineering. USA: ASQC Qaulity Press.

Roux-Brioude, J. (1991). La fonction vente: objectif chiffre d'affaires. Montreal: Édition Agence d'Arc.

S. Harter et N. Goddard. (1991). Issues and strategies of nursing case quality. Chap. in. *Cost and Quality : Are they Compatible*, p. 25-42.

Sandhu, Balbir K, André Duquette et Suzanne Kerouac. (1991). Examen des méthodes de prestation de soins selon un cadre conceptuel. *Nursing Quebec*, vol. 11, no 3, p. 25-30.

Sandhu, Balbir, K. Suzanne Kerouac, André Duquette et S. Turchon. (1992). Nursing assignment pattern and patient outcomes. *Canadian Journal of Nursing Administration*, (sept-oct.), p. 14-19.

Sellik, Kenneth J., S. Russell et J.L. Beckman. (1983). Primary nursing : an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 20, no 4, p. 268-272.

Seurat, S. (1989). Innovation et qualité. Harvard l'Expansion no 55, p 111-120.

Shannon, Valérie. (1987). L'infirmière-chef et les soins intégraux. *Nursing Quebec*, vol. 7, no 3 (mai juin), p. 24-25.

Shukla, Ramesh K. (1981). Structure vs people in primary nursing : an inquiry. *Nursing Research*, vol. 30, p. 236-241.

Steckel, S.B. (1980). Primary nursing : description, analytical and experimental research studies : implementing primary nursing. *Nursing Dimension*, (hiver), p. 78-81.

Steeling, J. (1987). Qu'en pensent les infirmières?. *Nursing Quebec*, vol. 7, no 3, p. 28-31.

Ventura, Marlene R. et coll. (1982). A patient satisfaction measure as a criterion to evaluate primary nursing. *Nursing Research*, vol. 31, no 4, p. 226-230.

Wilson, N., et Pain Dawson. (1989). A comparison of primary nursing and team nursing in a geriatric long-term care setting. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 26, no 1, p. 1-13.

Zander, K. (1988). Managed care within acute care setting: design and implementation via nursing case management. *Health Care Supervisor*, vol. 6, no 2, p. 27-43.

Annexes

La grille d'entrevue

Madame, Monsieur,

J'effectue actuellement une étude dans le cadre de ma maîtrise en gestion des PME. Cette recherche a pour but de déterminer les différents éléments déclencheurs de l'adoption d'un programme de la qualité au sein d'une organisation hospitalière.

*Pour mener à bien ce projet, je sollicite votre collaboration afin de procéder à des rencontres avec les cadres supérieurs de votre organisation. Il va sans dire que les dispositions ont été prises pour assurer la confidentialité des réponses. Les données seront traitées de façon dépersonnalisée. J'effectue cette recherche sous la supervision de Mme **Jacqueline Dionne-Proulx**, Ph. D., professeure au département des sciences de la gestion et de l'économie et directrice de D.E.S.S en relations de travail à l'**Université du Québec à Trois-Rivières**.*

Un rendez vous sera pris avec l'ensemble des membres de votre équipe.

Veuillez agréer madame, monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Belkhelifa Mohamed

Guide d'entrevue

Type de l'établissement de santé : CHU, CHA

Effectif total:-----

Nombre de médecins: -----

Nombre d'infirmières:-----

Nombre de professionnels (agents hospitaliers et aides-soignants):-----

Nombre annuel de personnels de soutien: -----

Nombre annuel patients hospitalisés: -----

Nombre annuel urgences:-----

1. Les missions et les objectifs à longue et à courte durée de l'établissement?

2. Avez vous déjà entendu parler du **QUALImètre**?

3. Pourquoi avez-vous décidé de mettre en place un programme de la qualité?

4. Pouvez vous décrire brièvement le contenu de ce programme?

5. Quels ont été, selon vous, les éléments déclencheurs de cette prise de décision?

6. Est-ce que, selon vous, l'évolution technologique n'a pas été un facteur déclencheur de l'implantation du programme de la qualité?

7. Est-ce que vous avez implanté un PQ pour faire face à l'évolution des soins infirmiers?

8. Est-ce que vous faites des études de satisfaction auprès de votre clientèle ?

9. Est-ce que et les caractéristiques de votre clientèle ont influencé votre décision d'implantation d'un PQ?

10. Est-ce que vous faites des études de satisfaction auprès de votre personnel soignant?

11. Est-ce que votre personnel était un facteur décisif dans l'implantation d'un PQ?

12. Est-ce que l'implantation d'un PQ n'était pas motivée par l'amélioration de vos méthodes de prestation de soins?

13. Quelles sont les conditions essentielles pour l'implantation d'un programme de la qualité?

14. Quels sont les déterminants de succès d'un tel programme?

15. Comment décrivez-vous le rôle et l'implication de la direction dans l'implantation du programme de la qualité?

- Les affirmations suivantes pourraient être identifiées comme étant des facteurs influençant l'implantation d'un programme de la qualité.



1. Est-ce que l'engagement et la participation de la haute direction ont été un facteur important à l'implantation d'un programme de la qualité?

2. Est-ce que l'implantation du programme de la qualité avait pour raison la réduction des coûts?

3. Est-ce que l'implantation du programme de la qualité avait été influencée par le besoin de développer l'esprit de partenariat à l'intérieur de l'organisation?.

4. Est-ce que l'implantation de la qualité peut s'expliquer par une volonté d'augmenter la productivité de l'organisation?

5. Est-ce que l'implantation de la qualité n'a pas été influencée par le souci de ramener la confiance des clients vers l'organisation?

■ Cadre du travail

1. Avez-vous implanté un programme de la qualité pour diminuer les accidents, les erreurs, le taux d'absentéisme?

2. Est-ce que l'implantation de la qualité a été motivée par l'amélioration du cadre du travail? Motivation, meilleure description des tâches, etc...