LE RELIEF

SEPTEMBRE 2016 | VOLUME 2 - N° 3

LE RÔLE ET LA PLACE DES NORMES EN RESSOURCE INTERMÉDIAIRE

PRISE DE POSITION
Que penser des normes de qualité?
TERRAIN
Coopérer dans la mise au point d'un système de contrôle de la qualité des services en ressources intermédiaires et de type familial : bilan d'une expérience de recherche participative
EXPERTISE
L'agrément, pour des milieux de vie de qualité
RECHERCHE
Les gestionnaires de ressources intermédiaires face aux normes : l'indispensable démarche collective

© Shutterstock

ASSOCIATION DES
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES
D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC
Partenaire pour des milieux de vie de qualité

À PROPOS DE L'ARIHQ

L'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) est un organisme à but non lucratif reconnu officiellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour représenter les ressources intermédiaires d'hébergement pour adultes au Québec. Les ressources intermédiaires (RI) offrent leurs services aux divers établissements du réseau de la santé et deviennent leurs partenaires dans leur mission d'hébergement, de soutien et d'assistance.

En tant qu'Association partenaire tant de ses membres que du gouvernement et des établissements, l'ARIHQ se donne pour mission de promouvoir des milieux de vie de qualité pour les personnes hébergées en ressources intermédiaires. Elle négocie l'ensemble des conditions nécessaires au fonctionnement et au développement durable des ressources. À ce titre, elle promeut les intérêts professionnels, sociaux et économiques de ses membres et les soutient concrètement dans leur mission par des services-conseils variés.

RÉDACTRICE EN CHEF :
Annie GAUTHIER

COMITÉ DE RÉDACTION :
Anne JUANCO, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ
Annie GAUTHIER, responsable recherche et qualité, ARIHQ
Luc VALLERAND, directeur du service aux membres et des communications, ARIHQ

MISE EN PAGE :
Créations Karine Charlebois

RÉVISION LINGUISTIQUE ET DIFFUSION :
Anne JUANCO, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ
Caroline GUIMONT, conseillère aux communications

COLLABORATION À LA PRÉSENTE ÉDITION :
Madeleine DREW, gestionnaire, services à la clientèle, Agrément Canada
Nourredine FERROUM, consultant
Annie GAUTHIER, responsable recherche et qualité, ARIHQ
Louis LEMAY, conseiller aux membres, ARIHQ
Geneviève MARTIN, directrice, services à la clientèle, Agrément Canada
Johanne PRATTE, directrice générale, ARIHQ

VENTES PUBLICITAIRES :
Anne JUANCO, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ

ISSN 2368-7711
Titre : Le Relief (Montréal. 2014)

LES NORMES DANS LES RI

Éditorial | Johanne Pratte

Vous est-il déjà arrivé, malgré vos connaissances, votre expérience et votre meilleure volonté, de réaliser que le résultat de vos actions n'était pas celui souhaité? L'approche qualité dans le milieu de la santé et des services sociaux est une quête sans fin. Et la question de l'évaluation se pose indéniablement : mais évaluer selon quelles normes? Comment doit-on définir ces normes? Qui doit les définir? Pour qui? Pourquoi?

Les articles de ce numéro de la revue Le Relief rendent compte de différentes perspectives sur la qualité des services offerts aux personnes qui sont hébergées en ressource intermédiaire. Ils témoignent aussi de l'importance des questions qui jalonnent souvent les démarches visant une amélioration de la qualité, des enjeux relatifs aux processus d'évaluation et de la place qu'occupent les usagers, les familles, les intervenants et les experts dans ces processus.

En ce domaine, et plus qu'ailleurs peut-être, il est difficile et pourtant nécessaire de diversifier les angles de vue afin de sortir d'une pensée unique qui s'imposerait et qui risquerait de clore la réflexion sur la pertinence et le rôle des normes de qualité en fonction de leurs multiples contextes d'application.

Quels que soient la position adoptée et le cadre dans lequel s'élabore leurs réflexions, les auteurs traitent dans ce numéro de l'importance de s'impliquer activement dans la définition des normes, dans leur application, et parfois même dans leur remise en cause afin qu'elles soient toujours utiles pour soutenir l'atteinte de résultats favorables tant pour les usagers et leurs proches que pour les intervenants, experts et gestionnaires.

Si le regard posé sur les processus normatifs est variable, un consensus semble cependant se dégager en matière de qualité : celui de placer la personne au cœur de nos actions. Une telle vision fait appel à une mobilisation de tous les acteurs, de même qu'à une concertation de l'ensemble des partenaires qui offrent des services à l'usager et à ses proches. Plus qu'un processus d'évaluation à posteriori, plus qu'un exercice de conformité à des normes, la qualité doit être une véritable culture dans nos organisations et ainsi dicter nos actions au quotidien. En ce sens, les processus d'agrément revêtent un intérêt particulier puisqu'ils encouragent l'atteinte d'objectifs concrets par les principaux acteurs de la qualité, ainsi qu'en témoigne dans leur article Mme Madeleine Drew et Mme Geneviève Martin d'Agrément Canada.

Par ailleurs, assurer des services de qualité à l'usager fait partie des orientations et des principes directeurs du Cadre de référence sur les ressources intermédiaires. À cette fin, les établissements doivent mettre en œuvre les dix activités du suivi professionnel de l'usager énumérées dans ce Cadre. Une de ces activités concerne la détermination des services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'usager. Afin de baliser l'évaluation de la qualité de ces services, le ministère a mis sur pied un comité aviseur qui collabore au développement d'un système de contrôle de la qualité des services de soutien ou d'assistance déterminé par les professionnels de l'établissement et offert par le personnel de la ressource intermédiaire. Ce système propose également de contrôler la qualité des services professionnels offerts par l'établissement. Dans le présent numéro, l'article signé par Annie Gauthier fait le bilan des travaux de ce comité.

Il s'agit là d'un projet ambitieux qui, avec raison, vise à assurer la qualité des services offerts à chaque personne accueillie dans une ressource intermédiaire. Cependant, pour que ce système livre son plein potentiel et contribue à l'amélioration des pratiques, l'expérimentation montre la nécessité d'un investissement important en temps, en formation et en ressources humaines. Dans un contexte où le réseau est en pleine réorganisation et où trop souvent les professionnels des établissements manquent de temps pour réussir à réaliser les activités du suivi professionnel déjà prévu au Cadre de référence, un tel projet risque d'atterrir amputé de quelques morceaux et de n'être pas appliqué tel qu'il a été élaboré et expérimenté.

Ainsi, malgré les commentaires généralement positifs recueillis suite à l'expérimentation du système, l'implantation

est susceptible d'être compromise au nom de l'équilibre des ressources humaines et financières disponibles au sein du réseau public de la santé et des services sociaux. On risque de rogner ce qui exige le plus de temps et d'efforts, à savoir les rencontres avec les personnes concernées permettant d'humaniser la procédure de contrôle, de même que l'analyse fine et complète des résultats en matière d'écarts de qualité et de solutions souhaitables.

Dans ce contexte, le processus pourra-t-il encore favoriser l'évaluation des services offerts par tous les acteurs? Qui sera le gardien de la neutralité du processus? Est-ce que les services offerts à tous les usagers seront évalués avec la même rigueur? La qualité des services sera-t-elle contrôlée seulement pour les usagers qui se plaignent le plus fort? Et les autres? Les personnes responsables d'appliquer le processus auront-elles les moyens de tirer les conséquences pratiques de leurs constats?

Bref, dans un contexte où le réseau est surchargé, où les ressources humaines sont à bout de souffle, il est important de prendre du recul pour interroger ce qu'implique le développement d'une culture de qualité que chacun peut s'approprier dans le cadre d'un processus d'amélioration continue. L'article de M. Nourredine Ferroum offre un précieux apport en ce sens. Il souligne le caractère indispensable de l'adhésion des propriétaires et des gestionnaires de ressources à toutes les étapes d'un cheminement en matière de qualité. Il mentionne aussi le rôle structurant que peut être appelée à jouer une association comme l'ARIHQ dans une telle démarche.

Le présent numéro arrive à point pour soutenir la réflexion critique de chacun sur la manière de concevoir et d'appliquer les normes en RI. Bonne lecture! ■

PRISE DE POSITION

La rubrique « Prise de position » exprime la perspective de l'ARIHQ sur les enjeux reliés au thème en question. Il est rédigé à partir des propos recueillis lors d'une séance de discussion regroupant les membres de l'équipe.

Louis Lemay | ARIHQ

QUE PENSER DES NORMES DE QUALITÉ?

L'Entente nationale entre l'ARIHQ et le MSSS établit qu'une ressource intermédiaire «est imputable de la qualité du milieu de vie et des services de soutien ou d'assistance qu'elle rend aux usagers». (article 1-3.05). Cette qualité s'apprécie à partir d'un ensemble de critères prédéterminés. Elle est réglée et régulée par des normes plus ou moins contraignantes qui s'appliquent et se vérifient de différentes manières. Par exemple, le contrôle entourant l'adoption de pratiques axées sur le rétablissement des personnes dans leur milieu de vie ne s'organisera pas de la même manière que celui qui entoure l'application de procédures pour tout ce qui concerne l'alimentation et l'administration des médicaments.

Ce texte relève quelques-uns des principaux enjeux entourant la question des normes de qualité en ressource intermédiaire et présente le positionnement de l'ARIHQ à ce sujet.

En ressource intermédiaire, parler de normes de qualité, c'est parler de règles. Dans son ouvrage classique *Les règles du jeu - L'action collective et la régulation sociale,* le sociologue Jean-Daniel Reynaud soutient que la création, le maintien ou la transformation des règles sont au centre de la vie sociale. Les règles, selon cet auteur, représentent les obligations et les contraintes que s'imposent les acteurs sociaux, qu'ils en soient les auteurs ou qu'ils les négocient. Lorsque nous avons discuté des normes de qualité en RI, cette question a fait émerger toutes sortes d'incertitudes, voire d'appréhensions dans notre équipe, et ce même si on s'accorde sur l'importance de promouvoir des services de qualité dans le respect des pratiques exemplaires reconnues.

Les responsables de RI doivent soumettre leurs pratiques à certaines exigences de conformité. Cela introduit indirectement une notion de contrôle concernant ce qui est fait. Or, nous constatons que l'idée que les services rendus au sein des ressources puissent faire l'objet d'un contrôle systématique suscite certaines réserves parmi nos membres. La discussion que l'équipe de l'ARIHQ a eu à ce sujet fut l'occasion de mieux comprendre les raisons de cette réserve et d'identifier les conditions de son dépassement :

1- La neutralité de la démarche normative

D'après le Cadre de référence RI-RTF (2016), le processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager est sous la responsabilité professionnelle de l'établissement public avec lequel une ressource a signé une entente particulière. De quels services parle-t-on ici? Il s'agit des services de soutien et d'assistance offerts par la RI, mais aussi des services professionnels que l'établissement dispense aux usagers. Ainsi, des normes de qualité s'appliquent autant à la RI qu'à l'établissement, mais ces normes ne sont pas exactement les mêmes puisque les services et les soins, de même que les responsabilités de chacun envers l'usager sont différents.

Dans ce contexte, l'établissement partenaire a la délicate tâche d'évaluer ses propres services et ceux dispensés par le personnel de la RI. Cela pose la question de la neutralité de l'évaluateur, qui se trouve ainsi à la fois juge et partie. Les professionnels des CISSS (ou CIUSSS) sont conscients de la tâche délicate qu'ils ont à accomplir et plusieurs font en sorte que l'intervenant responsable de la qualité relève d'une autre direction que celle du programme clientèle dont il doit contrôler les pratiques. Sans être parfait, ce type de choix semble donner plus de neutralité à la personne responsable du contrôle de la qualité.

À cet égard, nous ne pouvons que souligner l'intérêt complémentaire que revêtent les organismes indépendants d'agrément que sont Agrément Canada ou encore le Conseil québécois d'agrément.

2- La qualité des services, l'affaire de tous

Le Cadre de référence RI-RTF mentionne que la ressource et l'établissement partenaire sont complémentaires dans l'exercice de leur rôle et de leur expertise auprès de l'usager. La participation des deux parties est également nécessaire au moment d'apprécier la qualité des services qui sont rendus à cet usager. Les parties sont solidairement responsables de la qualité des services rendus à l'usager, bien que chacune ne soit

© Shutterstock

imputable que de ses propres actes. Afin de soutenir cette complémentarité, il serait intéressant que des formations conjointes soient mises sur pied, favorisant une compréhension partagée des normes de qualité en ressources intermédiaires.

Les questions entourant les normes de qualité sont l'affaire de tous. Ils sont l'affaire des intervenants et des gestionnaires, soit, mais le point de vue des résidents et de leurs proches doit également être entendu, d'où l'importance de son inclusion dans le système de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager prévu au Cadre de référence RI-RTF (2016). En effet, la mise en perspective d'une pluralité de points de vue permet de cheminer vers un gain de neutralité, en modulant le poids respectif des biais propres à chacune des parties. En ce sens, l'amélioration de la qualité relève d'un processus en mouvance, suivant des critères d'ordre collectif (sociaux, culturels, politiques) et individuel qui peuvent changer dans le temps et, parfois, entrer en conflit les uns avec les autres.

De façon générale, cette façon de concevoir le contrôle évite le piège d'un évaluateur tout puissant et la recherche d'un coupable. Elle permet de sortir d'une vision négative du contrôle qui entretient les appréhensions à l'égard de la démarche-qualité. En effet, si les ressources s'approprient collectivement le contrôle de la qualité, qu'elles adhèrent volontairement à un ensemble de normes qu'elles jugent pertinentes parce qu'elles ont démontré leur bien-fondé, le contrôle devient une façon positive de prendre en charge son propre développement en harmonie avec les valeurs fondamentales de la société. La nature contraignante du contrôle est alors mise au service d'une certaine garantie de qualité pour l'usager.

3- L'importance cruciale de l'analyse

Par ailleurs, lorsque des lacunes sont identifiées, il est important qu'au moment de l'analyse des données recueillies, le responsable de l'établissement en discute avec le gestionnaire de la ressource afin d'obtenir sa rétroaction. Les causes possibles de ces lacunes et les améliorations à mettre en place doivent faire l'objet d'une discussion fondée sur l'analyse. La mise en commun des points de vue donne un portrait d'ensemble plus riche, permet un approfondissement de la compréhension et l'identification de solutions adaptées à chaque contexte particulier. Si au contraire, l'une ou l'autre des parties s'approprie le monopole de l'analyse des écarts de qualité et se soustrait à l'échange, le résultat en sera nécessairement affaibli.

4- Viser un résultat pour l'usager

Le processus de contrôle de la qualité prévu au Cadre de référence présente une approche par résultats et non par moyens. Il importe que les intervenants et les gestionnaires s'impliquent tous dans un échange productif, les conduisant à mettre en place des pratiques bonifiées au bénéfice de l'usager.

Pour nous, l'intérêt d'un tel système de contrôle de la qualité tient essentiellement à sa capacité à évaluer le degré d'atteinte ou non d'un résultat souhaité pour l'usager. Lorsque nécessaire, cette évaluation doit permettre d'identifier, de surcroît, les avenues visant à réorienter les pratiques dans un sens favorable à l'atteinte de ce résultat attendu. ■

Référence

Reynaud, Jean-Daniel. 1997. *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin/Masson : Paris.

TERRAIN

La rubrique « Terrain », comme son nom l'indique, donne la parole à des acteurs issus du terrain, qu'il s'agisse de gestionnaires de ressources intermédiaires, de résidents ou d'intervenants du réseau public de la santé et des services sociaux.

Annie Gauthier | ARIHQ

COOPÉRER DANS LA MISE AU POINT D'UN SYSTÈME DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES SERVICES EN RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL : BILAN D'UNE EXPÉRIENCE DE RECHERCHE PARTICIPATIVE

Entre le printemps 2013 et l'automne 2014, des représentants de l'équipe ministérielle responsable des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), une chercheure de l'Université Laval spécialisée en mesure et évaluation de la qualité des services, ainsi que des représentants d'associations vouées, entre autres, à la qualité des services offerts et à la défense des intérêts des ressources intermédiaires et de type familial, se sont rencontrés à une dizaine de reprises au département des sciences de la consommation du Pavillon Paul-Comtois de l'Université Laval à Québec. Ces rencontres ont réuni en moyenne de 10 à 15 personnes. L'objectif : collaborer à la mise au point d'un système d'évaluation de la qualité des services offerts dans le réseau des ressources intermédiaires et des ressources de type familial du Québec.

Le groupe formait ce qu'on appelle communément un comité aviseur, où les membres ont la possibilité de formuler des commentaires et des suggestions. Le comité a été divisé en deux volets distincts, l'un réunissant des représentants d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, l'autre des représentants d'associations de ressources intermédiaires et de type familial. Le programme, les modalités de travail et les échéanciers étaient communs aux deux volets, mais le lieu des rencontres et les dates différaient.

Lors des rencontres du volet ressources auxquelles j'ai assisté à titre de responsable en recherche et qualité à l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ), chacun y allait de ses impressions et observations pour tenter d'éclairer les aspects à être pris en compte dans la mise au point d'un système d'évaluation de la qualité des services. Bien que des perspectives critiques aient été élaborées en cours de route, c'est sur le terrain des appréhensions, des sentiments d'iniquité et des prises de position chargées d'émotions que s'est déroulée une part des rencontres. Puis, entre l'automne 2014 et l'hiver 2016, les réunions se sont espacées pour faire place à l'expérimentation du système d'évaluation dans diverses régions et secteurs de pratiques. Enfin, une rencontre bilan eut lieu le 17 juin 2016.

Le présent article se donne pour but de partager quelques réflexions tirées de ces travaux quant au fonctionnement du comité et au rôle de l'expertise scientifique dans la mise au point d'un système d'évaluation de la qualité des services en milieu d'hébergement. Produit de l'interaction entre plusieurs acteurs, ce système résulte à la fois d'orientations unilatérales du ministère, d'échanges de points de vue entre les membres du comité et de contraintes méthodologiques relevant des principes de la mesure et de l'évaluation. Marquée par l'asymétrie des positions occupées par les parties et par une volonté de travailler en partenariat pour des services de qualité à l'usager, la mise au point de ce système était également dépendante d'un ensemble de conditions d'ordre normatif, budgétaire, légal et professionnel.

Points de convergence et de divergence

La mise au point d'un système d'évaluation de la qualité des services offerts aux usagers desservis par le réseau public doit être approchée comme un projet collectif nécessitant la coopération de plusieurs acteurs. La volonté ministérielle que ce système s'applique aussi bien dans des familles d'accueil que dans des ressources intermédiaires de différentes tailles hébergeant des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées, dans des champs d'intervention aussi variés que la santé mentale, la déficience intellectuelle, le handicap physique, la perte d'autonomie liée au vieillissement, la toxicomanie et les autres dépendances, forcent les établissements de soins, les ressources d'hébergement et les équipes ministérielles à discuter des éléments communs à tous ces milieux et de ceux qui nécessitent un abord particulier.

Au sein du comité, des désaccords se sont exprimés concernant l'application et les objectifs du système d'évaluation. Du côté des représentants de ressources intermédiaires et de type familial, par exemple, il est fréquent que les responsables des plus petites ressources émettent des doutes quant à la capacité d'un système d'évaluation de la qualité à tenir compte du contexte particulier de l'approche « milieu de vie » qui les caractérise : « ce qui nous inquiète, c'est que ce soit uniformisé à la grandeur du réseau. Nous, on réagit. On est des familles d'accueil, on va le rester. On ne deviendra pas des cafétérias, et on n'installera pas de gicleurs au plafond. » À quoi il est répondu, du côté des représentants du ministère, qu'un tel système doit être conçu de manière à répondre aux normes reconnues et promues par les données probantes. Malgré les divergences, chacun croit défendre une vision légitime de la qualité dans l'intérêt des usagers.

Les craintes exprimées par les représentants RI-RTF s'enracinent dans un historique de luttes pour préserver la spécificité du milieu de vie de type familial ou communautaire : « on a eu du mal à défendre nos orientations et à ne pas se laisser noyer pour devenir des institutions trop normées. » Mais, au-delà de ces enjeux ancrés dans des luttes pour leur reconnaissance, la qualité des services est une question qui intéresse tous les citoyens et au premier chef, les personnes qui utilisent ces services. Nul ne conteste la valeur d'une maison bien entretenue, d'un immeuble sécuritaire, d'un cadre de vie structurant et agréable, d'un menu sain et diversifié, de mesures de protection contre les abus, ou

© Shutterstock

encore, d'un soutien et d'une assistance personnalisée. Sur ces points, il y a, semble-t-il, consensus. L'enjeu se situe forcément ailleurs que là où il y a consensus.

Nos observations nous amènent à considérer l'idée que l'enjeu majeur pourrait se situer dans l'écart entre les discours favorables aux normes de qualité reconnues, et ce qui s'en répercute dans les pratiques tant des établissements que des ressources. En effet, les discussions s'animent tout particulièrement dans ces zones d'incertitude où paradoxalement s'expriment de fortes convictions et où s'entrecroisent les faits, les histoires, les affects, les normes et les valeurs.

Apport de l'expertise scientifique

Dans le cadre de ce projet, l'expertise de Mme Chantal Bouchard, professeure à l'Université Laval, a été sollicitée afin de garantir les qualités métriques de l'Instrument. En effet, le système d'évaluation devait permettre de déterminer le plus fidèlement possible la nature et les causes des écarts de qualité identifiés. Dans ce contexte, les représentants RI-RTF étaient invités à émettre des recommandations en ce qui a trait aux objets, critères et processus tout autant qu'aux contraintes qui le balisent, à la méthode d'évaluation et à l'utilisation qui en sera faite.

Ici encore, différents idéaux et plusieurs normes se rencontrent. Les uns veulent objectiver la démarche tandis que les autres craignent qu'ainsi elle se déshumanise. Et si les discussions ont témoigné de points de vue variés, l'orientation définitive relève toujours en bout de piste d'une prérogative ministérielle, dans la mesure où le comité aviseur ne possède pas de pouvoir décisionnel. Par ailleurs, de manière générale, les membres du comité ont reconnu d'une même voix qu'un des écueils qui guettent le système d'évaluation est de le réduire à une procédure de nature strictement administrative. Tous s'entendent pour dire que donner toute la place qui leur revient aux qualités métriques de l'Instrument ne devait pas avoir pour conséquence de négliger l'action du « facteur humain » à l'œuvre dans tout le processus.

Ainsi, même si les procédures de mise au point du système ont eu pour effet de renvoyer à la marge les affects et les partis pris, l'apport de l'expertise scientifique ne s'est pas cantonné dans cette visée d'objectivation. Elle a également assumé deux fonctions importantes.

La première est une fonction de mise en perspective des intérêts particuliers ou corporatistes, ainsi que de mise en dialogue des idées qui permettaient d'en dédramatiser la portée. Cette mise à distance s'est effectuée principalement au travers la dimension procédurière du travail du comité. Dans ce contexte, s'il y avait effectivement place aux discussions franches sur les finalités, la légitimité et les enjeux de l'évaluation, la charge émotive associée aux paroles des membres demeurait en quelque sorte dans une zone de non-applicabilité ou d'impertinence en regard de la construction métrique de l'Instrument qui elle, relevait d'une opération soumise à des contraintes méthodologiques strictes.

La seconde fonction assumée par l'expertise scientifique a été de garder le cap sur la visée d'un bénéfice pour l'usager, en rappelant et en priorisant son intérêt par rapport à d'autres intérêts. Ainsi, malgré les appréhensions exprimées et maintes fois réitérées d'un système qui serait appliqué sans tenir compte des variables propres aux contextes locaux, il est resté clairement soutenu par la chercheure que l'applicabilité des différents critères de qualité allait être variable en fonction des usagers, de leur situation clinique et de leur milieu de vie.

À la recherche de résultats favorables à l'usager

L'adoption d'un parti pris pour l'intérêt de l'usager peut être vue comme une sorte de garde-fou face à un système qui s'appliquerait machinalement, sans l'apport de la réflexion, de l'analyse et de la discussion. Dans son propos, la chercheure a constamment rendu compte de cette visée centrale : « on ne veut pas juste repérer les écarts de qualité et éteindre de petits feux pour éviter que la bâtisse au complet ne prenne feu, parce que ça ne donnerait rien, en fin de compte, pour l'usager. La capacité d'analyse est primordiale. Ça va prendre l'expertise, mais surtout le temps pour s'asseoir, chercher vraiment les causes et en tirer un bénéfice pour l'usager. »

Pour nous, cette orientation du système est ce qui lui confère sa raison d'être. Mais, nonobstant cet axe central, la notion d'un bénéfice pour l'usager n'en est pas plus évidente : qui décide de ce qu'est un bon résultat pour l'usager? L'usager lui-même? Un professionnel? Le ministère? Les experts? Selon quelles valeurs, quelles normes? L'autonomie, l'absence de préjudice, la justice sociale, le confort? De telles questions se posent avec une acuité particulière lorsque les avis sont contradictoires entre des personnes impliquées dans un même processus d'évaluation.

Une conjugaison de normes et de valeurs entre en jeu pour refléter les cultures professionnelles et organisationnelles, les aspects juridiques et les dynamiques locales. Cette diversité rend nécessaire un travail d'analyse dans lequel différentes sensibilités peuvent moduler l'appréciation de la qualité et l'identification des écarts de qualité. En outre, le point de vue des résidents et de leurs proches, leurs objectifs de vie, leurs espoirs ou leurs souhaits deviennent de précieuses boussoles pour des intervenants confrontés à l'incertitude quant au bien-fondé de leurs pratiques.

Des contraintes de départ

Il faut souligner que le projet était pris dans un ensemble de contraintes de départ, dont la plus importante est probablement que la conception même du système était par avance balisée dans le choix de ses objets par un Instrument préexistant, l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance offerts aux résidents des RI-RTF, avec lequel il devait s'harmoniser. Or, l'adhésion à cet Instrument est pour le moins problématique au sein des milieux associatifs et la crainte qui s'est alors exprimée, fut que les difficultés d'application de l'Instrument ne se reproduisent, comme le suggère ce propos d'un participant : « il ne faudrait pas se retrouver avec un nouvel outil qui pose problème. »

De mauvaises expériences avaient donc laissé leurs traces. Leurs répercussions dans le comité démontrent bien combien l'affect participe aussi de la prise de position des participants au processus délibératif. Ces expériences font douter, par exemple, de la possibilité de nouer de bons partenariats avec les intervenants du réseau. Elles rendent les représentants RI-RTF hésitants à croire que le système d'évaluation puisse se révéler constructif. En revanche, pour l'équipe ministérielle, le fait de partir de l'Instrument n'apparaît pas comme un gage d'échec : oui, on part de l'Instrument pour commencer à bâtir, mais ça va se bâtir différemment. Cette contrainte reliée à l'octroi d'un mandat par le ministère a infléchi et orienté le travail de recherche en lui imposant un cadre formel : « moi, disait la chercheure, je n'ai pas de marge de manœuvre dans cela. »

De plus, il a été formellement établi qu'aucune injection de fonds en provenance du MSSS n'allait soutenir le processus d'implantation et d'appropriation de cet instrument dans le réseau de services. Il fallait donc concevoir un processus qui n'allait pas requérir de personnel supplémentaire pour être appliqué. Les établissements allaient plutôt devoir réorganiser leur gestion interne pour faire les choses « autrement » et rendre l'évaluation possible.

Apport du comité

Le processus a initialement été lancé par le MSSS, avec pour objectif explicite de faire en sorte que les associations deviennent des alliés dans la promotionde la démarche auprès des ressources : « on veut implanter un processus collaboratif au nom de l'intérêt de l'usager. » Ici, science et politique se rejoignent sur l'importance de mettre sur un pied d'égalité les différents acteurs pour tenir compte d'une diversité d'avis, méthode qui a largement contribué à faire accepter le projet. Ainsi, on a pu voir à l'œuvre d'une part un travail d'andragogie et d'autre part diverses stratégies pour gérer les pressions et insatisfactions des représentants des milieux associatifs et syndicaux. En effet, dans un comité à plusieurs voix, toutes n'abondent pas dans le sens des propositions ministérielles, et ce en raison d'expériences différentes. À cet égard, le caractère dynamique du processus a pu se vérifier dans la possibilité qui était donnée de contester et de suggérer des alternatives aux propositions émises, de même que dans certains effets de mise en commun sur la conception du système.

Ces discussions au comité ont rendu palpable l'importance de diversifier les sources d'information et de faire de l'analyse des résultats, le gage de la qualité du processus d'évaluation dans son entier : « ça nous oblige à nous asseoir ensemble et à parler des écarts de qualité. » La qualité du processus repose sur une cueillette d'information la plus large possible, mais au final, on s'entend pour dire que c'est l'analyse de ces informations et le cas échéant des écarts de qualité mis au jour, qui permettra de réaliser avec le plus de justesse et de succès les améliorations requises. L'expérimentation a confirmé l'importance d'un travail d'analyse critique des visions et des propos de chacune de parties concernées ou touchées par d'éventuels écarts.

Défis d'implantation

Dans cet article, je souhaitais engager une réflexion sur les défis et les enjeux d'un système d'évaluation de la qualité des services en ressource intermédiaire. En creusant un peu, on découvre que c'est moins le système en lui-même qui suscite l'appréhension, que la manière dont il pourrait être utilisé : « je suis persuadée de l'honnêteté des gens autour de la table, mais sur le terrain, j'ai des craintes. Comment cela va s'appliquer? À quoi ça va vraiment servir? » Les échanges de bon aloi qui ont généralement été encouragés tout au long de ce processus consultatif n'ont pas entièrement entamé la méfiance de plusieurs à l'endroit de la manière dont le système d'évaluation de la qualité allait descendre sur le terrain.

La diversité des points de vue, affects, normes et valeurs qui se sont exprimés tout au long des rencontres est sans doute un prisme essentiel à toute lecture des résultats qui découleront de l'implantation du système et de son appropriation par les différents acteurs. Les propos que l'ARIHQ a commencé à recueillir auprès de gestionnaires et propriétaires de ressources qui ont participé à l'expérimentation du système démontrent déjà le caractère variable, quoique majoritairement positif de leur expérience. Lorsque le système sera plus largement appliqué, l'analyse de cette inévitable variabilité, pour mieux en comprendre les ressorts, restera à faire.

Pour ma part, ayant suivi le processus depuis ses débuts, ce qui m'a frappé au cours des rencontres est la manière dont les différentes parties occupent pleinement la place qui leur est assignée, jouant et assumant leurs rôles respectifs au sein d'un espace quasi saturé d'idées préétablies en regard desquelles les possibilités de changement me sont apparues extrêmement réduites. Dans cette perspective, pour les parties qui se situent historiquement dans une position de lutte pour leur reconnaissance, il semble essentiel de croire que le fait d'exprimer leurs inquiétudes et leurs insatisfactions a des chances de sensibiliser les instances décisionnelles à leur réalité. Cette croyance représente un levier pour la participation puisqu'elle mobilise et stimule la prise de parole en vue de changements souhaités. Cependant, dans le comité auquel j'ai assisté, le moins que l'on puisse dire est que cette croyance fut mise à rude épreuve. En effet, dans le contexte de ce comité aviseur initié par l'État et faisant appel à l'expertise scientifique, les soulèvements d'émotions et l'expression d'opinions ne semblent pas avoir été à l'origine de réorientations majeures.

Questionner le sens de cette limite me paraît nécessaire si nous voulons découvrir de nouvelles façons de coopérer avec efficacité dans l'espace public. Le présent texte fourni quelques pistes pour interroger cette limite au travers un retour réflexif sur le contexte de travail et les échanges au sein du comité consultatif dont nous avons fait l'expérience. L'analyse n'en est cependant qu'amorcée, car pour aller plus loin, il faudrait porter une attention plus soutenue et pointue à la manière dont dans ce type de comité, les idées s'expriment, sont reçues, interprétées, ignorées ou contestées, comment elles sont ramenées à une certaine conception de ce qui compte, de ce qui est pertinent ou pas, et de ce qui peut réellement s'inscrire dans des projets d'ordre collectif ; comment ces idées permettent de se situer en accord ou « contre » certaines pratiques et comment enfin, par ces échanges, s'expriment non seulement une pluralité irréductible de normes et de valeurs, mais également le rôle régulateur de l'État.

Comme point de repère dans cette diversité, l'approche personnalisée pour chaque résident situe l'évaluation dans un potentiel renouvellement des pratiques à partir d'un écart de qualité démontré et analysé, de pistes de solution en partie négociables et de l'objectif partagé d'un bénéfice pour l'usager. Si nous voulons l'appliquer avec soin, une telle approche va demander du temps, mais elle pourrait certainement créer un espace favorable à une forme d'évaluation constructive. Si au contraire nous l'appliquons de façon expéditive, cette belle opportunité risque d'être insuffisamment exploitée. Ainsi que l'a souligné la chercheure lors de la rencontre de bilan en juin 2016, « l'analyse requiert de la formation et du temps, mais elle est la partie la plus faible actuellement dans les établissements. Et, si les responsables du processus n'analysent pas, leur processus de reddition de compte ne sera pas fini. Il faut pouvoir faire le suivi, et poser des actions conséquentes aussi. »

Pour le moment, on peut dire que le projet a pu acquérir une certaine légitimité politique, du fait même d'avoir été travaillé en consultation avec les parties prenantes. En dépit des hésitations et des tensions exprimées, les résistances au système de contrôle peuvent s'en être trouvées amoindries, puisque les participants ont eu l'occasion d'en comprendre les aspects positifs et d'émettre leurs commentaires. Cependant, dans la mesure où la démarche du comité aviseur n'aura pas permis de tirer le plein potentiel de l'intelligence collective, de s'entendre sur les moyens requis, et de surmonter les résistances de l'ensemble des parties prenantes, il faut envisager la possibilité que le projet atterrisse sur des terrains locaux où les conditions préalables à sa mise en œuvre ne soient pas réunies. ■

La rubrique « Expertise » introduit la perspective d'un expert externe à l'équipe de l'ARIHQ, afin de diversifier les angles de vue et d'apporter un éclairage particulier au thème à l'étude.

Madeleine Drew | gestionnaire, services à la clientèle
Geneviève Martin | directrice, services à la clientèle

AGRÉMENT CANADA
Meilleure qualité. Meilleure santé.

L'AGRÉMENT, POUR DES MILIEUX DE VIE DE QUALITÉ

INTRODUCTION

Tout le monde a droit à des milieux de vie sécuritaires de haute qualité.

Vous vous préoccupez du bien-être de vos résidents, leur sécurité est une priorité pour vous, et vous êtes fiers de porter une attention particulière à la qualité des services que vous offrez. Alors, lorsque certains processus ne donnent pas les résultats attendus, il devrait exister un mécanisme pour améliorer la situation, qu'il s'agisse d'un problème dans la prestation du service ou au niveau du leadership. Prenons par exemple le cas où un résident fait une chute. Cette chute aurait-elle pu être prévenue? Ou encore, une infection se propage dans la ressource Intermédiaire en hébergement (RI); les mesures de précaution ont-elles été bien appliquées? Il y a toujours moyen d'améliorer la qualité des soins et des services que nous offrons, et c'est là que l'agrément entre en jeu.

L'agrément se définit comme un **processus** qui permet aux organismes tels les RI d'examiner et d'améliorer la qualité de leurs services de façon régulière et systématique. Il s'agit aussi d'un **outil** pour déterminer ce qui fonctionne bien et ce qui doit être amélioré. Finalement, c'est une **évaluation** des services d'un organisme par rapport à des normes d'excellence. L'agrément permet aux organismes de viser l'excellence et de se concentrer sur une démarche continue afin d'offrir des soins et des services sécuritaires de haute qualité aux usagers, aux familles, aux soignants et aux communautés.

CADRE CONCEPTUEL

La sécurité et la qualité des soins et services de santé sont des concepts interdépendants. Le cadre conceptuel d'amélioration de la qualité du processus d'agrément intègre la sécurité dans les dimensions de la qualité, les normes d'excellence, les mesures de rendement, les rapports et les décisions relatives au type d'agrément décerné. Ce cadre conceptuel exhaustif atteint son plein potentiel quand il est entièrement intégré aux structures, aux processus, aux résultats et aux services. Le cadre conceptuel de la qualité d'Agrément Canada comprend huit dimensions.

L'APPROCHE CENTRÉE SUR L'USAGER

Une des dimensions de la qualité, soit celle des services centrés sur l'usager, prend de plus en plus d'ampleur. Il s'agit d'une approche favorisant des soins respectueux, compatissants, compétents, adaptés à la réalité culturelle et qui répondent aux besoins, aux valeurs, aux croyances et aux préférences des personnes hébergées et des membres de leurs familles. Cette approche facilite une collaboration mutuellement avantageuse entre les résidents, les familles et les prestataires de services. Ainsi, les prestataires de soins et services ne prodiguent plus des soins et services à l'usager, mais bien avec le concours de l'usager. Ce n'est plus le point de vue du prestataire qui prédomine et il peut maintenant s'établir une véritable collaboration entre l'usager et lui.
Les soins centrés sur l'usager et la famille aident les organismes à améliorer les processus décisionnels, les résultats, l'expérience vécue par les personnes hébergées, la gestion financière et la sécurité. Ils mènent à une gestion des risques plus efficace. On atteint tous ces avantages lorsque :

- les usagers acquièrent les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour gérer leur santé, ce qui se traduit par une amélioration des résultats en matière de santé et par un moindre recours aux services de santé;
- les usagers nouent des relations étroites avec leurs prestataires de soins et participent à la prise de décisions;
- les usagers trouvent des possibilités d'amélioration des soins plus tôt dans le processus, ce qui contribue à une gestion des risques et à une sécurité améliorées.

En tant qu'organisme d'agrément, Agrément Canada est particulièrement bien placé pour mener, soutenir et accélérer la mise en œuvre d'une approche de soins centrés sur l'usager et la famille dans des organismes tels les RI. Agrément Canada aide les organismes à adopter des principes et des pratiques qui relèvent de cette approche de soins, et ce, pendant la conception, la prestation et l'évaluation des services.

CADRE CONCEPTUEL DE GESTION DE LA QUALITÉ D'AGRÉMENT CANADA

DIMENSION	TEXTE EXPLICATIF
Sécurité	Assurez ma sécurité.
Services centrés sur le client	Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.
Milieu de travail	Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.
Efficience	Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.
Pertinence	Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
Accessibilité	Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.
Accent sur la population	Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
Continuité	Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.

Le Comité consultatif sur les soins centrés sur l'usager et la famille d'Agrément Canada s'est inspiré de cette définition pour intégrer du contenu sur les soins centrés sur l'usager et la famille au programme d'agrément : « Une approche de soins qui oriente tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services et qui a pour fondement des partenariats mutuellement bénéfiques entre les usagers, les familles et les prestataires de services. » (Adaptation des définitions de l'Institute for Patient-and-Family-Centered Care [2008] et du ministère de la Santé de la Saskatchewan [2011])

NORMES D'EXCELLENCE

L'agrément repose sur le principe fondamental voulant que les organismes qui utilisent des normes pour guider leurs activités soient en mesure d'améliorer de façon concrète la qualité des soins. Les normes d'Agrément Canada sont élaborées en consultation avec des spécialistes du milieu et des organismes clients. Elles sont évaluées et mises à jour sur une base régulière. Les normes s'appuient sur les résultats de recherches, sur les meilleures pratiques et sur les tendances propres au milieu visé. L'ensemble de normes peut servir de guide aux propriétaires de RI. L'agrément peut ainsi servir d'outil pour évaluer les services par rapport à des normes d'excellence qui représentent les meilleures pratiques cliniques et administratives. Par contre, il ne s'agit pas de normes minimales qui doivent être respectées pour avoir un permis d'exploitation, mais bien d'une référence pour viser plus haut et pour améliorer les milieux de vie des personnes hébergées. De plus, les normes d'agrément nécessitent une intégration aux activités quotidiennes. Ce n'est pas seulement le fait d'avoir une politique et une procédure qui compte, mais que les normes soient aussi mises en pratique par les divers intervenants concernés.

Les normes d'Agrément Canada ne sont pas prescriptives, ce qui permet à chaque RI d'implanter des politiques, procédures et pratiques qui correspondent à son propre contexte, et qui sont adaptées à sa réalité. Les normes étant applicables dans différents contextes pour un même niveau de service, elles permettent une collaboration entre les organismes pour mieux répondre à l'exigence recherchée.

Par exemple, les normes aident les organismes à évaluer leurs politiques et procédures sur la prévention des chutes. A-t-on bien évalué le résident? L'environnement est-il libre d'obstacles? Quels médicaments prescrits au résident peuvent avoir un effet sur l'équilibre? Il y a plusieurs autres exemples où la RI peut faire une réflexion sur ses pratiques : prévention et contrôle des infections, gestion du personnel, relation avec les partenaires, plan de mesures d'urgence, entre autres.

En 2008, Agrément Canada a introduit des pratiques organisationnelles requises (POR) dans son Programme d'agrément Qmentum. Les POR sont des pratiques essentielles qui doivent être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Les POR font partie des normes, et elles sont le sujet de suivis si elles ne sont pas en place, puisqu'elles touchent la sécurité des usagers.

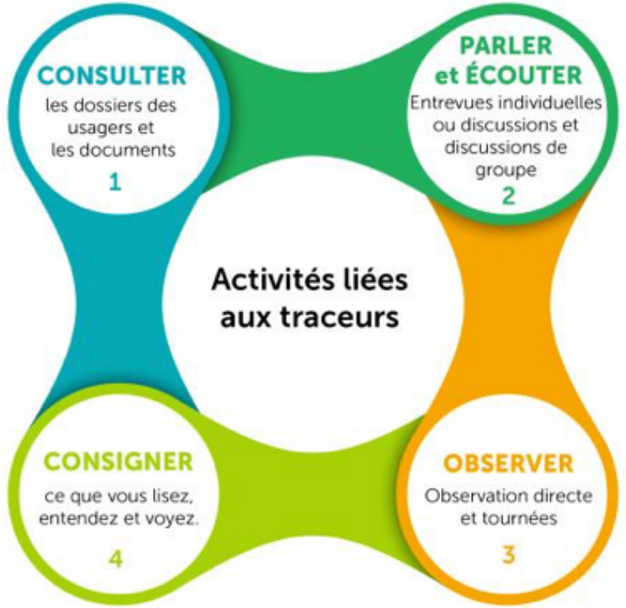
Les POR sont regroupées en six secteurs liés à la sécurité des usagers; chaque secteur comportant un but qui lui est propre, soit :

- **Culture de sécurité** : instaurer une culture de sécurité dans l'organisme.
- **Communication** : promouvoir le transfert efficace de l'information aux usagers et aux membres de l'équipe tout au long du continuum des soins.
- **Utilisation des médicaments** : assurer l'utilisation sécuritaire des médicaments à risques élevés.
- **Milieu de travail ou effectifs** : créer un milieu de travail et un environnement physique qui appuient la prestation sécuritaire des soins et services.
- **Contrôle et prévention des infections** : réduire les risques d'infections nosocomiales, ainsi que leurs répercussions dans l'ensemble du continuum des soins.
- **Évaluation des risques** : cerner et réduire les risques liés à la sécurité et propres à la clientèle desservie.

Ce ne sont pas toutes les POR qui s'appliquent à tous les milieux de vie. Elles varient en fonction des services fournis et des populations ciblées.

AUTO-ÉVALUATION

L'auto-évaluation est une étape importante du processus d'agrément. L'auto-évaluation permet à la RI de déterminer dans quelle mesure elle se conforme aux normes dans ses activités quotidiennes, et ainsi de cerner ce qui fonctionne bien et ce qui doit être amélioré. La RI peut tout d'abord reconnaître ce qu'elle fait bien, conformément aux meilleures pratiques cernées dans les normes. Puis en établissant la liste des normes auxquelles elle ne se conforme pas ou pas complètement, la RI peut ensuite établir l'ordre de priorité pour les suivis à faire. L'auto-évaluation est aussi une occasion de faire connaître les normes au personnel. Les mesures de rendement peuvent aussi être utilisées avec les normes pour mesurer le progrès et partager les résultats avec les équipes.



LA VISITE D'AGRÉMENT

Pour les organismes, la visite d'agrément s'avère l'occasion de démontrer à une équipe de visiteurs constituée de leurs pairs qu'ils se sont engagés à offrir des soins et des services de qualité qui se conforment aux normes (Greenfield, Braithwaite, & Pawsey, 2008). Pour les visiteurs, il s'agit aussi d'une occasion de partager leurs connaissances et leur expérience avec le personnel, la direction et les clients de l'organisme visité.

Les visiteurs d'Agrément Canada se servent de traceurs pour suivre le cheminement d'un usager ou d'une procédure administrative en vue d'en évaluer la conformité. Pendant le traceur, les visiteurs utilisent divers moyens pour recueillir les données probantes nécessaires pour déterminer s'il y a conformité aux normes. Ces moyens comprennent l'observation, ainsi que l'interaction avec le personnel et les personnes hébergées. Les traceurs sont utilisés pour évaluer les processus cliniques et administratifs. La méthodologie du traceur est souple et permet aux visiteurs d'observer et d'interagir directement avec les membres du personnel dans leur environnement de travail. La décision relative au type d'agrément est fondée sur les résultats de cette évaluation.

AGRÉMENT ET RI

Certaines RI sont déjà engagées dans une démarche d'agrément. Lors de la visite d'agrément d'un CISSS ou d'un CIUSSS, les RI peuvent accueillir un visiteur qui accompagne un professionnel de l'établissement pour évaluer les processus liés au travail du professionnel. Il arrive aussi qu'une RI ait l'occasion d'être témoin d'une visite d'agrément qui a lieu dans le CHSLD avec lequel elle partage des installations.

Selon l'article 107.1 de la LSSSS, tout établissement doit obtenir l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'un organisme d'agrément reconnu. Ceci inclut les CISSS et les CIUSSS ainsi que les CHSLD. Cependant, tout organisme qui le désire peut entreprendre un processus d'agrément sur une base volontaire. Les organismes qui le font se démarquent des autres parce qu'ils démontrent leur volonté de s'engager dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, et de se conformer à des normes reconnues.

Les RI peuvent s'engager dans la même démarche que leurs établissements partenaires. En effet, le Cadre de référence RI-RTF (2016) du MSSS indique que « la qualité de leur relation a un impact important sur le service rendu à l'usager ». L'amélioration des communications et de la collaboration interne, ainsi que la relation avec les partenaires externes est un des bénéfices de l'agrément (Nicklin et al., 2013). Il est important que les efforts d'amélioration de la qualité et de la sécurité soient déployés tout au long du continuum de soins (Ruchlin et al., 2004). Une participation des RI au processus d'agrément pourrait avoir comme bénéfice un meilleur arrimage entre la RI et l'établissement public avec lequel elle a établi un partenariat.

POURQUOI CHOISIR L'AGRÉMENT?

Plusieurs études suggèrent que l'agrément favorise les changements de pratiques par les professionnels qui se conforment davantage aux normes de bonnes pratiques (Haute Autorité de Santé, 2010). De même, l'agrément a un effet positif sur la gestion organisationnelle, telles les conditions de travail, la formation du personnel et la planification en vue de situations d'urgence. Par contre, peu d'études jusqu'à présent ont abordé le lien entre l'agrément et l'amélioration des soins et l'impact sur la satisfaction des usagers, ou encore les résultats pour la santé (Brudakk et al., 2015). Avec le virage visant à augmenter la participation des usagers dans la prise de décisions, laquelle est reflétée dans les normes d'Agrément Canada, on peut s'attendre à ce que l'agrément mène à une consultation accrue des usagers et, par conséquent, à des répercussions positives sur leur satisfaction.

Les résultats d'une étude pilote indiquent que les décisions de certification en France, lesquelles correspondent à des décisions d'agrément au Canada, agissent comme « moteur » de l'amélioration, et que les suivis accordés aux recommandations qui ressortent de la visite d'agrément incitent le changement en vue de répondre aux normes (Haute Autorité de Santé, 2013). Si certaines études montrent que des professionnels ont une perception mitigée ou négative de l'agrément (Haute Autorité de Santé, 2010), cela souligne l'importance de l'approche prise pour introduire l'agrément dans les organismes qui entament le processus, et l'importance de la formation des prestataires de soins en matière d'amélioration continue de la qualité. Greenfield et al., (2007) dans leur revue de littérature, ont déterminé que la préparation à l'agrément et le processus d'agrément promouvaient le changement dans l'organisme. La réflexion des prestataires de soins sur leurs pratiques initie le changement et il en découle l'introduction d'une culture d'amélioration continue des soins.

L'agrément est aussi l'occasion de reconnaître un travail bien fait, que cette reconnaissance provienne de la direction ou des pairs au moment de l'auto-évaluation ou des visiteurs pendant la visite d'agrément (Pomey et al., 2010). La validation des succès a un impact sur la fierté du personnel et engendre un meilleur moral.

CONCLUSION

Le processus d'agrément est considéré comme étant un trajet plutôt qu'une destination; il y a toujours la possibilité de s'améliorer. Le programme d'agrément permet de cerner les pistes d'amélioration au moyen de l'auto-évaluation, de se faire évaluer par des pairs pendant la visite d'agrément et de dresser une liste de priorités en fonction des résultats obtenus. Il encourage l'adoption des meilleures pratiques au quotidien et il aide à améliorer l'efficience des services. Il permet de mitiger les risques, d'évaluer les processus organisationnels de façon continue, d'améliorer la communication au sein de l'organisme et des équipes, et de confirmer la volonté d'offrir des services sécuritaires et de haute qualité. L'agrément est avantageux pour les différentes parties prenantes, tels les usagers, les prestataires de soins ainsi que l'organisme qui s'engage dans la démarche. Enfin, le processus d'agrément peut aider l'ARIHQ et ses membres à réaliser leur mission, soit d'être « Partenaire pour des milieux de vie de qualité ». ■

RÉFÉRENCES

Gouvernement du Québec (mars 2016). *Cadre de référence. Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux : Québec, http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000168/

Brudakk, K., Vist, G., Bukholm, G., Barach, P., Tjomsland, O. (2015). « A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects », *BMC Health Services Research*, vol. 15, p. 280.

Greenfield, D., Braithwaite, J. (2007). *A review of Health Sector Accreditation Research Literature*, University of New South Wales, Centre for Clinical Governance Research in Health.

Greenfield, D., Braithwaite, J., & Pawsey, M. (2008). « Health care accreditation surveyor styles typology », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 21, p. 435–44, doi: 10.1108/09526860810890422.

Haute Autorité de Santé (novembre 2010). *Quel est l'impact de la certification des établissements de santé?*, Revue de la littérature internationale, Synthèse, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/impact_synthese_matrix_certification.pdf

Haute Autorité de Santé (mars 2013). *Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé?*, Synthèse, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/synthese-impact-decisions-v3.pdf

Nicklin, W., et al. (octobre 2013). *The Value and Impact of Health Care Accreditation: A literature Review*, Accreditation Canada.

Pomey M, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos A. (2010). « Does accreditation stimulate change? A study of the context and the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations », *Implement Sci*, vol. 5, no1, p. 31.

Ruchlin, H., Dubbs, N., Callahan, M. (janvier-février 2004). « The Role of Leadership in instilling a Culture of Safety: Lessons from the Literature », *Journal of Healthcare Management*, vol. 49, no1, p. 47-58.

À PROPOS D'AGRÉMENT CANADA

Agrément Canada est un organisme indépendant, à but non lucratif, incorporé depuis 1958. Il est agréé par l'International Society for Quality in Health Care (ISQua). Il est régi par un conseil d'administration composé de bénévoles provenant de plusieurs disciplines du milieu de la santé, avec une représentation du Québec. Il est financé par les revenus générés par les clients; les organismes communautaires constituent un tiers de sa clientèle au Canada.

PARTAGE DES MEILLEURES PRATIQUES

Agrément Canada, avec ses partenaires, comprend l'importance de partager les connaissances avec ses pairs. C'est pourquoi il a mis sur pied une base de données sur les pratiques exemplaires et un carrefour des ressources où les organismes clients peuvent en apprendre davantage à propos de la façon dont s'y prennent leurs pairs de partout au pays pour mettre en œuvre des initiatives touchant la qualité et la sécurité. N'importe quel organisme de soins et de services sociaux au Canada peut transmettre des pratiques exemplaires à Agrément Canada, lesquelles sont approuvées par un comité de révision. Le carrefour des ressources, quant à lui, est un endroit où les organismes peuvent échanger des outils, des exemples et des conseils directement les uns avec les autres.

AGRÉMENT : DÉMARCHE EN DEUX ÉTAPES

Le **programme d'agrément de base** d'Agrément Canada est conçu pour aider les organismes à commencer leur démarche d'agrément. Il s'agit d'un programme d'agrément préliminaire conçu pour :

- favoriser la compréhension de l'agrément et les connaissances qui s'y rattachent;
- mettre au point des ressources et développer la capacité au sein des équipes qui participent à l'agrément;
- renforcer les structures et les processus de base d'un organisme en ce qui a trait à la qualité et à la sécurité.

Le **programme Qmentum** met l'accent sur l'amélioration continue de la qualité en harmonisant le processus avec les programmes existants de l'organisme. Le programme encourage l'utilisation des normes sur une base continue et favorise donc l'intégration de la qualité, la gestion des risques et la sécurité des personnes hébergées au quotidien.

RECHERCHE

La rubrique « Recherche » s'appuie sur des recherches documentaires, de même que sur l'expérience et l'expertise acquise par son auteur relativement à une facette du thème exploré.

LES GESTIONNAIRES DE RESSOURCES INTERMÉDIAIRES FACE AUX NORMES : L'INDISPENSABLE DÉMARCHE COLLECTIVE

Nourredine Ferroum | consultant
M.Sc. Administration de la santé - Gestion de la qualité

© Shutterstock

Les questions relatives à la mise en place de normes s'imposent dans de nombreux domaines, y compris dans la délivrance de services aux personnes vulnérables. Ce questionnement interroge à chaque fois la définition d'un équilibre, qui semble parfois fragile, entre la nécessité de s'assurer du caractère reproductible, vérifiable et partagé des services délivrés et la recherche de prestations adaptées à des personnes et des situations uniques.

Cet équilibre, dans lequel certains voient une contradiction, n'est en fait que l'expression d'une nécessité impérieuse, une réponse aux exigences visant à satisfaire l'ensemble des parties prenantes.

Dans ce cadre, les gestionnaires doivent être considérés comme des acteurs incontournables de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'un cadre normatif destiné aux ressources intermédiaires (RI). C'est le préalable indispensable à une démarche d'amélioration continue de la qualité qui pourra se révéler profitable autant aux usagers, aux intervenants qu'aux gestionnaires de ressources intermédiaires.

Nous aborderons donc dans un premier temps quelques éléments de contexte, puis les raisons qui militent en faveur de la démarche avant d'envisager dans un dernier point la réflexion collective comme condition indispensable de réussite.

1 Éléments de contexte

Il ne s'agit pas d'aborder ici les définitions et questionnements multiples autour du concept de qualité des services que reçoivent les usagers des ressources intermédiaires. De nombreux travaux universitaires s'intéressent à ces questions, notamment dans le domaine de la qualité des soins de santé. Pour autant, certaines notions doivent être définies simplement avant d'aller plus avant dans la discussion.

La Norme :
Document qui définit des exigences, des spécifications, des lignes directrices ou des caractéristiques à utiliser systématiquement pour assurer l'aptitude à l'emploi des matériaux, produits, processus et services. Elle établit des spécifications dans une optique de qualité, de sécurité et d'efficacité[1].

La Certification :
Procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, une organisation, un processus, un service ou une compétence est conforme à des exigences spécifiées dans un référentiel[2].

Il est question ici de la seule conformité à des critères.

L'Accréditation-Agrément :
Procédure par laquelle un organisme détenant une autorité reconnaît formellement qu'un organisme, entreprise ou individu est compétent dans un secteur précis[3].

La certification, envisagée seulement comme exigence de conformité à une liste de critères ne permettrait pas de développer une démarche dynamique impliquant tous les acteurs concernés. Une organisation comme l'ARIHQ aurait donc avantage à favoriser un engagement dans un processus d'amélioration continue de la qualité des services, d'adaptation et de développement organisationnel.

À ceux qui pensent qu'aucune norme ou qu'aucun référentiel n'est nécessaire, il peut être utile de rappeler que certaines conditions élémentaires de sécurité, facilement vérifiables et non négociables, devraient s'imposer dans les ressources intermédiaires comme ailleurs. À cet égard, des comparaisons avec d'autres domaines sont instructives : qui souhaiterait prendre place dans un avion dont la check-list de sécurité n'a pas été complétée? Dans un avion où chaque équipage choisirait sa manière de procéder et à qui il faudrait faire

[1] Définition de l'ISO (Organisation internationale de normalisation)
[2] Définition du Mouvement québécois de la qualité
[3] Définition du Mouvement québécois de la qualité

une confiance aveugle parce qu'il s'autodéclare compétent? Pourquoi serait-ce si différent dans une ressource intermédiaire qui prend en charge des personnes vulnérables?

Le risque est défini comme l'exposition à un danger. Même si l'on convient qu'il est difficile d'identifier et de prévenir tous les risques (sécurité des biens et des personnes, financiers, juridiques, etc.), il apparaît clairement que la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité basée sur des référentiels adaptés peut largement y contribuer.

Dans ce cadre, l'implantation d'un processus qualité dans le champ d'intervention des ressources intermédiaires et des ressources de type familial (RI-RTF) tel qu'affiché par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise à déployer les actions suivantes :

- Mesurer et documenter en continu les critères de la qualité des services offerts par l'établissement et par la ressource
- Identifier l'existence d'un écart de la qualité entre la qualité voulue et la qualité rendue dans les services dispensés par l'établissement et par la ressource
- Déterminer et analyser les causes de l'écart de la qualité
- Déterminer et planifier les actions à mettre en place pour assurer la qualité des services offerts à l'usager
- Mettre en œuvre, suivre et évaluer les actions déployées.

Le MSSS précise que ce processus a pour objectif « de s'assurer de la qualité des services offerts à un usager par l'établissement et par la ressource. Il n'a pas pour but d'intervenir de manière coercitive à l'égard de la RI-RTF, mais peut constituer une porte d'entrée vers l'application d'autres processus qui, eux, pourraient notamment être de nature coercitive. »

Le train est donc en marche et les réformes organisationnelles du réseau de la santé et des services sociaux sont engagées. Il s'agit désormais de s'adapter en défendant au mieux les spécificités des RI ou, faute d'anticipation, subir une contrainte externe en ne disposant d'aucun levier d'influence.

2 Pourquoi s'engager dans cette démarche de normalisation et d'amélioration continue?

Améliorer la qualité des services rendus aux usagers constitue en soi un objectif justifiant pleinement la mise en œuvre d'une démarche concertée. Personne ne peut être contre la vertu... Mais à cela s'ajoutent d'autres éléments intéressants :

Pour les RI :

- Permettre de faire valoir la qualité des pratiques et les efforts produits auprès des usagers
- Objectiver l'atteinte des objectifs dans le cadre des relations contractuelles avec les établissements
- Disposer d'informations et d'outils objectifs dans le cadre des ententes et lors des discussions avec le palier gouvernemental
- Éviter une concurrence déloyale en facilitant l'accès aux éléments de comparaison entre ressources ayant le même profil
- Constituer une base de connaissance pouvant être partagée

Pour les établissements :

- Assurer la comparabilité objective entre les RI ayant le même profil
- Faciliter la reddition de compte
- Mutualiser et planifier les actions sur le territoire concerné

Pour les usagers et leurs proches :

- Disposer d'informations à même d'assurer la transparence et de favoriser la confiance.

Au-delà de ces éléments, la nature même de la relation entre les RI et les établissements oriente de manière certaine vers l'implantation d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

En effet, les ressources intermédiaires interviennent auprès des usagers qui leurs sont confiés par les établissements. Ces mêmes établissements engagent leur responsabilité populationnelle, sont soumis à une reddition de compte et à des démarches d'amélioration de la qualité.

« Chaque établissement est responsable d'assurer une prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité à l'usager, en conformité avec les articles 5, 100 et 101 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), de même qu'avec les autres lois applicables, les orientations ministérielles du Cadre de référence RI-RTF, les pratiques reconnues et le processus clinique de l'établissement. Cette responsabilité légale s'applique à tous les services sous la responsabilité de l'établissement, autant les services qu'il offre directement à l'usager que ceux offerts par un tiers, dont les RI-RTF à qui il confie un usager. Elle doit être exercée en tout temps et de manière continue à partir du moment où l'usager reçoit des services, jusqu'à ce qu'il n'en reçoive plus. »[5]

Les RI délivrant des prestations pour le compte des établissements, elles s'engagent, de manière très schématique, dans un modèle de partenariat de sous-traitance dont le fonctionnement est encadré par les ententes et le Cadre de référence.

Vu de cette manière, on perçoit mieux que les exigences en termes de démarche d'amélioration de la qualité qui sont à l'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux impacteront forcément, directement ou indirectement, les modes de fonctionnement et de gestion de RI aux profils très différents.

Établissements et RI étant liés par un partenariat, il est difficile de penser que ces dernières n'auront pas à s'engager in fine à répondre aux mêmes exigences qui s'appliquent aux établissements.

En outre, l'équilibre des relations est largement modifié depuis la mise en œuvre de la Loi 10 qui accroît les possibilités d'intervention directe du MSSS et confère aux organisations du réseau de la santé et des services sociaux une envergure bien plus conséquente.[6]

Le statu quo n'est donc pas une option envisageable...

[5] Site du ministère de la Santé et des Services sociaux - mise à jour : 15 mars 2016
http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/processus-de-controle-de-la-qualite/
[6] Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux
http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html

UNE INSTITUTION FINANCIÈRE ADAPTÉE À LA RÉALITÉ DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES!

Caisse Desjardins Réseau de la santé

Un seul numéro sans frais :
1 877 522-4773
www.desjardins.com/caissesante

AVANTAGES OFFERTS

- Des services conseils personnalisés et mobiles
- Du financement pour vos différents projets (agrandissement, rénovation...)
- Une connaissance des enjeux du RVER
- Des stratégies fiscales avantageuses
- Des solutions financières courantes pour votre entreprise :

opérations financières courantes, financement, épargne et placements, gestion des paiements de vos clients, solutions de paie et de ressources humaines, assurance, etc.

3 L'indispensable réflexion collective

Ces questionnements suscitent parfois une réaction percevant la norme comme une réglementation imposée contre laquelle il faudrait lutter pour préserver nos spécificités et éviter une standardisation préjudiciable.

Pour aller au-delà de cette vision à court terme, pourquoi ne pas percevoir plutôt le processus de normalisation comme l'œuvre d'une volonté collective qui trouverait son aboutissement dans l'implantation d'une culture d'amélioration continue de la qualité?

L'ARIHQ pourrait alors constituer le bon support pour engager cette réflexion collective et faire naître les outils à même de répondre aux exigences de toutes les parties prenantes.

Cette démarche présente de nombreux avantages pour les ressources intermédiaires :

- Mutualiser les moyens et permettre aux plus petites RI d'avoir accès à des outils inaccessibles pour des raisons financières, de temps disponible et de compétences spécialisées
- Permettre le partage de connaissances et de bonnes pratiques
- Faciliter la représentativité des membres pour prendre en compte tous les profils de ressources intermédiaires
- Bâtir une démarche adaptée aux RI qui ne soit pas une simple transposition directe des modèles issus de l'industrie. Il s'agit de s'inspirer des modèles existants dans d'autres secteurs proches, notamment la santé et les services sociaux, tout en les adaptant et en planifiant une intégration progressive
- Accroître la crédibilité de l'argumentation lorsque vient le temps de négocier avec le palier gouvernemental, de mettre à jour l'Entente nationale et le Cadre de référence, d'échanger avec les mégastructures que sont devenus les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Il convient toutefois d'éviter certains écueils :

- Ne pas définir et mettre en œuvre une planification stratégique incluant les outils d'évaluation et les modalités d'ajustement
- Sous-estimer les ressources nécessaires, les contraintes externes et la résistance au changement
- Négliger l'importance de l'engagement dans une démarche qui implique une confiance dans la représentation collective et un partage d'informations qui peuvent apparaître confidentielles pour les RI
- Omettre la prise en compte des utilisateurs de services. Ils sont des parties prenantes à même d'apprécier la qualité perçue et d'influencer l'évolution des processus de prise en charge. Les critères d'appréciation de la qualité se doivent donc désormais de prendre en compte la perspective de l'utilisateur, qu'on le nomme usager, patient ou client.

Changer et s'adapter est difficile, mais indispensable. Il n'y aurait effectivement pas besoin de changer si l'environnement des RI demeurait identique, que les clientèles accueillies n'évoluaient pas dans leurs besoins et leurs exigences, et que le réseau de la santé fonctionnait comme il y a 30 ans et ne faisait pas l'objet de bouleversements majeurs.

Au final, quelle est l'alternative pour les gestionnaires?

- Soit tenter de s'adapter seul, chacun dans son coin et laisser la loi du plus fort opérer : les grands groupes défendant leurs intérêts avec plus de moyens humains, techniques et politiques au détriment des petites RI. C'est beau de vouloir se battre seul, mais c'est souvent peu efficace et les chances sont grandes de mourir au combat.
- Soit défendre ses intérêts en s'appuyant sur une démarche qui ferait appel à l'intelligence collective et à la complémentarité des compétences pour faire émerger des solutions solidaires.

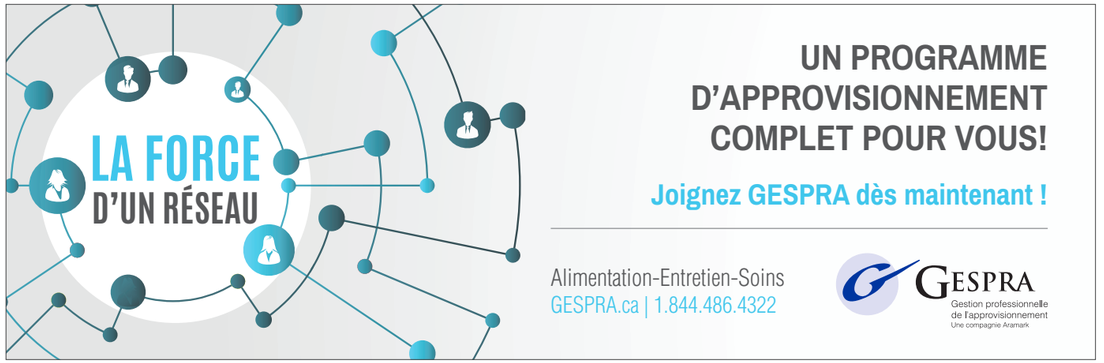
En configurant une démarche collective et une instance décisionnelle qui pourraient utilement s'appuyer sur l'expertise de l'ARIHQ, les ressources intermédiaires contribueraient pleinement à faire valoir leurs points de vue, à influencer leur avenir plutôt que de se voir imposer des réglementations.

En surmontant la peur de perdre le caractère propre à chaque RI, son identité et son fonctionnement à taille humaine, il peut être possible d'insuffler une culture d'amélioration continue et de poursuivre l'essentiel.

Investir dans l'intelligence collective, c'est prendre le pari que l'on est plus fort à plusieurs et qu'il est possible à la fois de répondre aux besoins de la clientèle que l'on dessert et d'assurer la viabilité économique des ressources intermédiaires existantes.

Voilà un grand défi qui s'annonce....

Pour contacter Nourredine Ferroum :
https://www.linkedin.com/in/nferroum



ASSOCIATION DES
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES
D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC

Partenaire pour des milieux de vie de qualité

1431, rue Fullum, bureau 202
Montréal (Québec) H2K 0B5

Téléphone : (514) 353-8933
Sans frais : 1-800-663-4906
Télécopieur : (514) 353-8930

www.arihq.com

Contact : Annie Gauthier
annie.gauthier@arihq.com