

LE

POINT.

en santé
services sociaux
éducation

www.lepointensante.com

Volume 14, numéro
HIVER 2019

**L'urgence
de digitaliser
le système
de santé**

**Conjuguer
qualité et
performance
en santé**



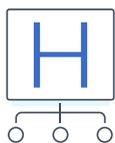
**Sans
habiletés
politiques,
point de
salut !**

**Gestion
des risques
et performance**

COLLOQUES EN RÉSUMÉ :
SanTech - Informatique Santé - SoQibs/AQIISTI

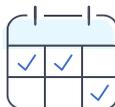
Ensemble, digitalisons le système de santé un hôpital à la fois

PetalMD vous propose des solutions technologiques innovantes propulsées par l'intelligence artificielle et conçues pour simplifier les processus de gestion de votre hôpital, réduire les coûts opérationnels et améliorer l'accès aux soins de santé.



Console hospitalière

Réduisez les délais de communication avec les médecins de garde grâce à des listes de garde maintenues à jour en temps réel et accessibles à partir d'appareils mobiles.



Gestion d'horaires des médecins

Libérez du temps aux médecins en automatisant la création des horaires des différents services médicaux et simplifiez leur diffusion à l'échelle de l'hôpital.



Gestion des rendez-vous patient

Recueillez des données clés sur votre offre de soins médicaux afin d'optimiser la prise en charge des patients.



Messagerie sécurisée

Sécurisez et simplifiez les processus de communication avec une messagerie conçue spécialement pour les hôpitaux et qui respecte les plus hautes normes de sécurité.

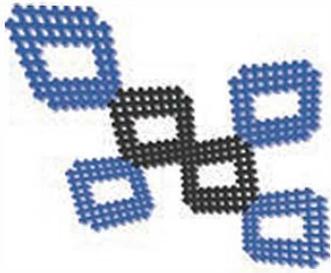
37 000
médecins utilisateurs

1 400
départements hospitaliers

150
établissements de santé

Pour plus d'information, visitez petalmd.com ou communiquez avec un conseiller spécialisé au 1 888 929-8601.





ELECTRONIQUE MICROTECH SGGDSA-10

canada inc.

SYSTÈME DE GESTION GLOBALE DE SALLES D'ATTENTE AVEC CONTENU MULTIMÉDIA

BORNE HYBRIDE

IMPRESSION PAPIER
OU SMS

MODULE RDV
POUR SIGNALER
VOTRE PRÉSENCE

BILLET SMS



S.V.P. PRENDRE UN NUMÉRO
PLEASE TAKE A NUMBER

A

Prélèvements



B

Retour Spécimen



C

Radiologie



Signalez votre présence à votre rendez-vous | Appuyez ici



WEB-TICKET
Rendez-vousSM



Les identificateurs de poste de service de type ACL (8 pouces) indiquent aux clients clairement et rapidement l'emplacement des guichets ou bureaux.

Leur apparence correspond au design du tableau d'appel.

Pour cela, ils sont faciles à repérer pour un client à la recherche du poste de service qui l'appelle.

Il est désormais possible de jumeler, au tableau d'appel, une section multimédia qui permet d'afficher du Powerpoint ou tout autre logiciel permettant de faire la publicité interactive ou de visionner des clips ou des films, ect.



SOMMAIRE

Volume 14,
Numéro 3

5 La qualité et la performance au bénéfice des usagers

Jacques Couillard, Daniel Lemieux
Jacques Drolet, Stéphane Charbonneau
Jocelyne Trudel

10 Petit guide pour réussir sa fusion organisationnelle

Geneviève Goudreault, Marie-Eve Bouthillier
D' Joseph Dahine

15 Le modèle québécois en hygiène et salubrité – Et un regard sur d'autres provinces

Marc Beauchemin

22 Le plan d'action en hygiène et salubrité du CIUSSS de la Capitale-Nationale : l'harmonisation des pratiques

Julien Rajotte Udvarhelyi

27 L'urgence de digitaliser le système de santé au Québec

Francis Robichaud

30 Conjuguer qualité et performance en santé et services sociaux

Luc Castonguay, Pierre Lafleur

36 Gérer dans un environnement professionnel : un défi insoupçonné

Joël Brodeur

38 Le Partenariat de soins et services avec les usagers au CISSS de Laval : qualité ou performance ?

Mireille Camilien, Isabelle Simard,
Benoit Tétreault, Marie-Pascale Pomey

43 Gestion des risques et performance

Mireille Camilien, Isabelle Simard

48 Formation des professionnels de la santé en région, l'expérience de la décentralisation du baccalauréat en sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski

Manon Daigle, Louise Bolduc

COLLOQUES EN RÉSUMÉ

52 Programme SanTech

55 Programme Informatique Santé

59 Programme SoQibs (AQIISTI)

CHRONIQUE

34 PLUS ÇA CHANGE, PLUS C'EST PAREIL ! - On en parlait dans l'temps...

Guy Sabourin

RUBRIQUE

20 HABILITÉS POLITIQUES Sans habiletés politiques, point de salut !

Pierre Joron



Éditeur
Normand Bouchard
norbou@prodtgv.com

Journalistes
Karine Limoges
k.limoges@lepointensante.com
Guy Sabourin
sabouringuy@gmail.com

Directeur de production
Michel Gagnon
514 277-4544, poste 229
michelg@prodtgv.com

Ventes
André Falardeau
514 277-4544, poste 239
afalardeau@lepointensante.com
Martin Laverdure
514 239-3629
martin@laverdure-marketing.

Développement et projets spéciaux
Christian Grenier
514 277-4544, poste 233
cgrenier@lepointensante.com

Service à la clientèle et abonnement
Michel Gagnon
514 277-4544, poste 229
1 888 832-3031, poste 229
michelg@prodtgv.com

Révision linguistique et correction d'épreuves
Suzanne Perron

Graphisme
Denise Du Paul

Impression
PUBLICATIONS 9417

Abonnements
Au Canada :
1 an (4 numéros) = 49,95 \$
2 ans (8 numéros) = 69,95 \$
Un numéro, 14,95 \$, plus les taxes qui s'appliquent à ces tarifs.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1911-7221

Le Point en santé et services sociaux
1360, avenue de la Gare,
2^e étage
Mascouche, QC,
Canada J7K 2Z2

Tous droits réservés. Le contenu de la revue, en tout ou en partie, ne peut être reproduit sans autorisation de l'éditeur.

Indexé dans REPÈRE

La qualité et la performance au bénéfice des usagers

Article 14.03.02 Mots-clés : qualité, performance, usager, amélioration continue, expérience client.

Daniel Lemieux
Usager partenaire



Jacques Couillard
Directeur général adjoint, soutien, administration et performance
Direction de la qualité, de l'évaluation de la performance organisationnelle et de l'éthique (DQÉPE), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal



Jacques Drolet
Directeur adjoint – performance organisationnelle (DAPO)



Stéphane Charbonneau
conseiller cadre
performance et qualité
DQRE



Jocelyne Trudel
Conseillère cadre
DAPO



Le Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) a été créé lors de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Ainsi, au 1^{er} avril 2015, l'établissement naissait du regroupement de 11 organisations ayant des missions, des valeurs et des cultures organisationnelles distinctes et spécifiques. Plus récemment, en novembre 2017, le CCSMTL intégrait également l'Hôpital Communautaire Notre-Dame.



Le CCSMTL dessert une population d'environ 300 000 personnes principalement répartie sur les territoires des anciens centres de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance et Sud-Ouest-Verdun. En raison de ses nombreux mandats régionaux, le CCSMTL offre des soins et des services spécialisés et surspécialisés sur l'ensemble du territoire montréalais et il détient des mandats suprarégionaux. L'établissement compte quatre instituts universitaires et un centre affilié universitaire.

Un des défis auxquels les organisations ont été conviées dans le cadre de la transformation du réseau est d'améliorer la trajectoire clientèle par une meilleure intégration des soins et services. En 2015-2016, d'importants efforts ont été déployés par le CCSMTL pour mettre en place une nouvelle structure organisationnelle. À cette époque, la direction a privilégié une approche de gestion de type amélioration continue pour bonifier l'expérience client. À cette fin, le comité de direction a défini et adopté quatre valeurs organisationnelles : le respect, la collaboration, l'engagement (désir de se dépasser) et la passion.

L'émergence d'un modèle intégrateur

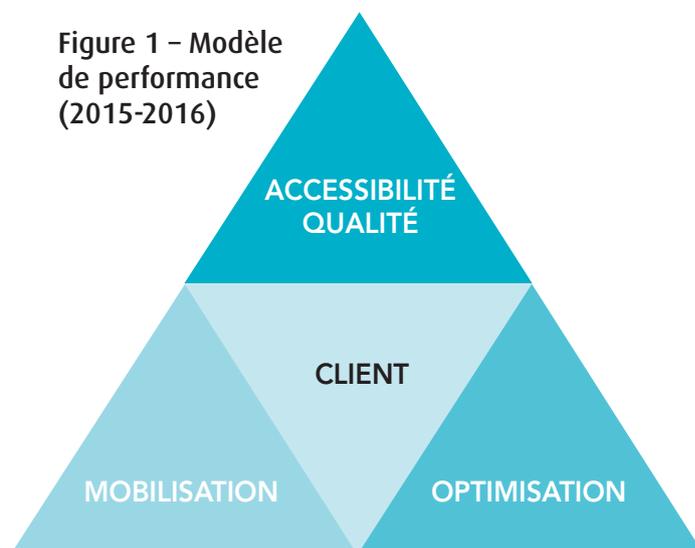
Lors de sa deuxième année d'existence, l'établissement est passé en mode planification stratégique. La direction a donc décidé de s'assurer que les valeurs sont incarnées concrètement par des comportements attendus. C'est alors que le besoin de se doter d'un modèle de performance a été reconnu et une démarche entreprise pour développer un modèle propre au CCSMTL à partir des assises suivantes :

- ◆ les *Orientations ministérielles 2015-2020 (MSSS)*;
- ◆ le *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion (2012)*;

- ◆ le *Cadre conceptuel de la qualité d'Agrément Canada*;
- ◆ l'*Approche Planetree*, centrée sur la personne;
- ◆ la gestion visuelle;
- ◆ la consultation des usagers, des proches et des partenaires de la communauté.

Ce premier modèle (figure 1), comporte quatre dimensions sur lesquelles s'aligne la planification 2015-2016 de l'organisation. Il se veut fédérateur en ce sens qu'il rejoint tous les secteurs d'activité de la nouvelle organisation et s'inspire des modèles et approches hérités de ses constituantes.

Figure 1 – Modèle de performance (2015-2016)



Le modèle performance vise à :

- ◆ influencer la culture organisationnelle;
- ◆ assurer la cohérence entre les différents secteurs de l'organisation;
- ◆ améliorer la prise de décision;
- ◆ générer la mobilisation collective envers l'approche centrée sur la personne.



Figure 2 – Modèle Qualité Performance — Le point de vue de l'utilisateur



C'est pourquoi, dès les premières esquisses, le client s'est imposé comme la dimension centrale du modèle. Les autres dimensions complémentaires sont : accessibilité/qualité — optimisation — mobilisation. Ces dimensions sont placées autour du client. Il faut noter que le terme *client* représente, selon le contexte, la personne qui reçoit le service ou les soins, les proches, la communauté ou la population.

Cette première version a fait l'objet d'une démarche de consultation auprès des directions-conseils de l'organisation. Les résultats de ces consultations ont été ensuite discutés en comité exécutif. C'est dans la foulée de ces discussions que le nom du modèle a été modifié une première fois, pour devenir le modèle Qualité; le concept de « performance » n'ayant pas bonne presse.

Bien sûr, au cours de cette période (2016-2017) et à la suite de cette décision, il y a eu l'inévitable débat théorique et conceptuel à savoir si la qualité fait partie de la

performance ou si c'est plutôt l'inverse. Sensible aux commentaires reçus, le comité exécutif a rapidement révisé sa position. Le nom du modèle actuel (Modèle Qualité Performance – MQP) traduit ainsi mieux l'approche combinée de la qualité et de la performance que la direction veut promouvoir, privilégiant ainsi leur complémentarité. Ce changement de titre repose sur le fait qu'au CCSMTL, la qualité et la performance sont indissociables.

En parallèle, le modèle a continué d'évoluer. Chacune de ses dimensions possède maintenant plusieurs sous-dimensions. Le CCSMTL a choisi de mettre de l'avant l'approche centrée sur la personne du modèle *Planetree*. Dans ce contexte, le modèle a fait l'objet d'une consultation auprès d'utilisateurs, de proches et de partenaires de la communauté lors de la phase de validation; la voix du client a exercé une influence sur le modèle et sur son application. En effet, à la suite de ces rencontres, la sous-dimension « Communication » a été ajoutée au modèle pour refléter l'influence que le point de vue du client exerce sur chacune des sous-dimensions.

Nécessairement, l'ajout de sous-dimensions entraîne une certaine complexification du modèle. L'attente est par ailleurs très claire, le modèle doit être appliqué de manière cohérente d'une dimension à l'autre. Cette vision à 360 degrés est équilibrée et permet de soutenir la prise de décision dans l'organisation. Essentiellement, l'amélioration de la performance passe par le maintien de hauts standards de qualité. À titre d'exemple, la transformation progressive des pratiques professionnelles actuellement en cours est une démarche qui s'inspire du modèle.

En matière de gouvernance, un comité consultatif de niveau tactique a été constitué afin de veiller au bon déroulement du déploiement dans toutes les directions du CIUSSS. Ce comité a le mandat de proposer des stratégies d'appropriation novatrices et cohérentes au modèle. Il met en avant l'ordonnancement des actions en fonction des priorités et orientations stratégiques, il exerce une vigie au regard du déploiement. Le comité consultatif est présidé par le directeur général adjoint, soutien, administration et performance et coprésidé par un usager partenaire. Le comité relève du comité de direction à qui il rend compte.

Le déploiement du modèle constitue l'une des priorités stratégiques de notre organisation. La stratégie de déploiement repose d'abord sur un engagement formel de la direction. Un exercice d'analyse et de résolution de problème (A3 objectif) a été élaboré. Un plan d'action en trois volets soutient l'actualisation des travaux pour cette première année d'implantation. Le premier volet concerne les conditions stratégiques préalables, comme l'engagement de la haute direction, la mobilisation du conseil d'administration et du comité de direction, notamment par les attentes de la PDG signifiées aux directeurs. Le deuxième volet est une phase de sensibilisation et d'appropriation du modèle par les équipes. Ce volet du plan repose notamment sur une stratégie de communication. À titre d'exemple, en 2018-2019, l'ordre du jour des rencontres de la direction du CIUSSS avec ses cadres comprendra la présentation de l'une des dimensions du modèle, en insistant sur le point de vue de l'utilisateur. Enfin, le troisième volet vise l'expérimentation du modèle, ce qui consistera essentiellement à soutenir les initiatives. Pour finir, le développement d'outils d'autodiagnostic a également été planifié afin d'assurer le suivi de la maturité organisationnelle.

Votresystemedesante.icis.ca

Ce site vise à fournir aux décideurs du système de santé et aux Canadiens les résultats actuels dont ils ont besoin sur les indicateurs.

Votre système de santé : En bref	Votre système de santé : En détail	Votre système de santé : En profondeur
Sélection d'indicateurs généraux sur des sujets importants pour la santé des Canadiens	Série complète d'indicateurs à l'échelle des régions et des établissements qui touchent les soins de courte durée, les soins de longue durée et la santé de la population	Accès sécurisé à des comparaisons à l'échelle des établissements et aux données de l'exercice en cours, et possibilité de produire des rapports personnalisés

De meilleures données pour de meilleures décisions :
des Canadiens en meilleure santé

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Pour illustrer la perspective de l'utilisateur, nous avons jugé pertinent de vous présenter des extraits d'une réflexion de monsieur Daniel Lemieux qui copréside le comité consultatif (mars 2018).

« À titre d'utilisateurs, nos attentes d'une prestation de services adéquate et sans fautes sont certes légitimes, mais elles demeurent tributaires d'un amalgame des meilleures conditions.

Si on lui fournit des conditions favorables, l'utilisateur peut devenir un contributeur éclairé à l'amélioration des pratiques, entretenant avec les intervenants et le personnel soignant une relation égalitaire basée sur le partage des connaissances. Ce faisant, l'expérience de la personne qui requiert des soins et services s'en trouve appréciée.

L'attitude des employés doit aussi refléter cette conjoncture et la matérialisation de cette nouvelle culture de la qualité, qui exigera une acclimatation. La responsabilisation de tous les acteurs du réseau est un élément-clé.

Si l'utilisateur ou son représentant ne possèdent pas toujours les outils pour juger de la qualité dans la prestation des soins et des services, ils savent en revanche détecter les situations problématiques.

Le « client » n'a à priori aucune raison de se méfier d'une volonté des gestionnaires d'instaurer une utilisation juste et rationnelle des savoirs et des ressources, dans la mesure où l'établissement ne faillit pas à ses obligations d'offrir des services irréprochables à la population. Un plan d'intervention mieux adapté, par exemple, évitera à la famille d'une personne hébergée de nombreux déplacements et des complications inutiles.

Le questionnement récurrent des pratiques n'est jamais un processus vain : fait-on bien les choses et au mieux des intérêts de la personne soignée ? »

Le déploiement du modèle constitue l'une des priorités stratégiques de notre organisation. La stratégie de déploiement repose d'abord sur un engagement formel de la direction.

En terminant, pour assurer l'atteinte de nos objectifs, il est impératif de communiquer les attentes qui découlent du modèle à tous les acteurs de l'organisation. Le déploiement du modèle au cours de la prochaine année devrait permettre d'enraciner la culture qualité performance centrée sur la personne. Cette nouvelle culture organisationnelle devrait stimuler la passion et favoriser l'amélioration continue de la qualité et de la performance dans le cadre d'un leadership collectif centré sur la personne et avec les personnes.



Petit guide pour réussir sa fusion organisationnelle

Article 14.03.08 Mots-clés : fusion, culture, changement, amélioration, éthique.



Geneviève Goudreault

Directrice, direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE), Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval



Marie-Eve Bouthillier
Ph. D.

Cadre-conseil en éthique
Centre d'éthique, DQEPE
CISSS de Laval



Dr Joseph Dahine

Directeur médical
DQEPE – Officier
de la sécurité des
patients – Intensiviste,
CISSS de Laval

En 1998, le géant automobile allemand Daimler, fabricant de Mercedes-Benz, acheta la compagnie américaine Chrysler pour la somme de 36 milliards de dollars. À l'époque, la fusion des deux organisations devait permettre de larges économies et positionner la nouvelle entité dans les marchés américains et européens. La fusion fut un fiasco total. Moins de dix ans plus tard, Daimler payait une tierce compagnie 650 millions de dollars pour se débarrasser de Chrysler. Que s'est-il passé? Les cultures étaient incompatibles. En effet, les dirigeants et employés de la luxueuse compagnie Daimler ne pouvaient accepter la philosophie de Chrysler de bâtir des voitures « économiques » et avaient de la difficulté à accepter le style de leadership et les rapports moins formels de l'entreprise américaine. Une blague circulait notamment chez Chrysler : « Comment prononce-t-on Daimler-Chrysler? La réponse : Daimler – le Chrysler est muet! »



Introduction

Près de 75 % des fusions dans le domaine industriel échouent à cause des chocs de culture des entreprises⁽¹⁾. Il est aisé d'oublier que les organisations sont composées d'individus et que, conséquemment, elles possèdent une identité qui leur est propre. Nos organisations dans le domaine de la santé ne font pas exception. Il est largement reconnu que l'amélioration de la qualité doit notamment passer par un changement progressif de la culture. Peter Drucker disait d'ailleurs que « *Culture eats strategy for breakfast* » : plans et stratégies fonctionnent, mais seulement si les acteurs sont mobilisés et qu'il existe une véritable volonté de changement imbriquée dans les activités quotidiennes. Lorsque ces principes sont bien appliqués, les résultats sont impressionnants : citons notamment l'exemple de l'Écosse qui a réussi à diminuer son taux de mortalité hospitalière de 16,3 % en huit ans depuis le lancement de son programme « Scottish Patient Safety Programme »⁽²⁾.

Notre texte propose de réfléchir aux enjeux de la transformation du réseau sous l'angle de la qualité, de la performance et de l'éthique. Nous utilisons l'expérience de la région de Laval comme base de discussion, bien conscients que la fusion fut plus aisée que celles ayant eu lieu dans d'autres régions puisqu'aucun établissement fusionné n'a la même mission, que le territoire est moins vaste que d'autres régions et que le partenariat interétablissement était bien établi avant la fusion.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval est issu de la fusion, au 1^{er} avril 2015, du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval, du Centre jeunesse de Laval, du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de Laval et du regroupement avec l'Hôpital juif de réadaptation. L'établissement est dirigé par 16 directions et emploie un peu plus de 9 000 personnes et près de 600 médecins. Avec sa population estimée à 429 000 habitants, Laval est la troisième ville la plus peuplée du Québec et le troisième plus grand centre économique, derrière Montréal et Québec.

La peur du changement et la peur de l'autre comme sources potentielles d'une crise identitaire

Nous abordons ici quelques enjeux fondamentaux auxquels nous confrontent les grandes transformations organisationnelles. Loin d'être exhaustive, cette section met en lumière quelques défis humains et éthiques à surmonter pour réussir l'aventure d'une large fusion.

Les organisations, tout comme les individus qui la composent sont porteurs de valeurs, d'histoires, de cultures, de pouvoirs et d'identités. En plus du stress qu'elle peut provoquer^(3,4), une fusion menace l'équilibre établi. Il en découle des résistances qui peuvent freiner, voire faire échec au changement. Une fusion « bienveillante » devrait tenir compte des dimensions humaines et des différentes composantes du contexte organisationnel dans l'élaboration et la mise en œuvre du changement. Une large partie se joue dans la perception qu'ont les individus de la manière dont se fait le processus de changement. À quel rythme ? Ont-ils participé ? Ont-ils reçu l'information nécessaire ? À cet égard, la qualité des leaders, une communication efficace et un processus transparent semblent des ingrédients pouvant déterminer le succès de la fusion⁽⁵⁾.

Mais la peur de l'autre est bien réelle et elle nous renvoie à nous-mêmes. Qui suis-je ? Et qui serai-je dans cette nouvelle configuration ? À travers le changement et la crise identitaire s'inscrit également une peur de l'inconnu et de la perte de contrôle, qui se traduit en véritable question de survie. Quelle sera ma place ? Serais-je laissé pour compte ? C'est bien là le drame intérieur de la conscience soumise au regard de l'autre dépeint par Sartre dans *Huis Clos* : « Tous ces regards qui me mangent. [...] Pas besoin de gril, l'enfer c'est les autres. » L'enfer relève du fait de ne jamais pouvoir s'extraire du jugement d'autrui. Si ces rapports sont tordus et viciés, alors l'autre ne peut être que l'enfer. Mais comment sortir de l'enfer ?

Une expérience de fusion axée sur l'ouverture à l'autre

La période entourant la fusion d'organisations foisonne de défis à relever, d'obligations légales et administratives à respecter et le maintien des opérations en assurant des soins et des services accessibles, continus, de qualité et sécuritaires. Les meilleures pratiques documentées en matière de fusion et d'acquisition rapportent que la communication et la gestion du changement doivent être au

cœur d'une démarche de transformation de cette envergure. Le défi de l'identité culturelle est probablement le plus délicat à relever : il est lié à la fonction principale que remplit la culture dans une organisation qui est une fonction de cohésion, de ciment, d'agrégation de significations partagées.⁽⁶⁾ Les organisations nouvellement créées font face à des dilemmes et elles sont tenues d'y répondre sans mettre en péril la performance de la nouvelle entité. Les modes de fonctionnement des établissements d'origine quant au temps, à l'information, à la communication et à la hiérarchie divergent et influencent le mode de fonctionnement de la nouvelle organisation.

Dans ce cas, le choix des solutions adoptées est largement influencé par le système de valeurs⁽⁷⁾.

Dans un article intitulé « La gestion des différences culturelles dans les fusions-acquisitions internationales : une compétence distinctive? »⁽⁸⁾ publié en 2012, Christine Coisne, professeure associée de management à l'Edhec Business School de Lille en France, fait état des facteurs de réussite d'une intégration en comparant les aspects d'une intégration organisationnelle et ceux d'une intégration socioculturelle, lesquels cohabitent lors de fusions d'organisation :

Intégration organisationnelle	Intégration socioculturelle
Définition de la structure organisationnelle et des responsabilités managériales	Mise en œuvre d'un leadership visible et cohérent dans le développement d'une vision partagée
Définition des objectifs et plans d'action de l'intégration	Nomination des équipes d'intégration ad hoc
Alignement et rationalisation des systèmes et des procédures	Définition précoce et claire des flux d'information et de communication
Identification et rétention des employés-clés	Gestion de l'incertitude
Constitution des compétences organisationnelles : partage de ressources et transfert de connaissances	Instauration de la confiance, du respect et de la dignité grâce à l'institution de la collaboration, la coopération et l'engagement immédiats
Promotion de l'apprentissage	Gestion du changement culturel incluant la construction d'une nouvelle identité et l'instauration d'attitudes positives à travers la création d'un univers de sens partagé, fait de décisions et d'actions communes

S'inspirant de ces principes, en 2015, la haute direction du CISSS de Laval a rapidement voulu camper la stratégie de soutien à la transformation. Le choix des principes directeurs devant guider les équipes de soutien à la transformation ont été :

- Respecter l'humain (clientèle et personnel) et faire preuve de bienveillance dans toutes les décisions et actions;
- Avoir une approche inclusive qui tient compte de la particularité et de la culture de chacun des établissements (1+1=1);

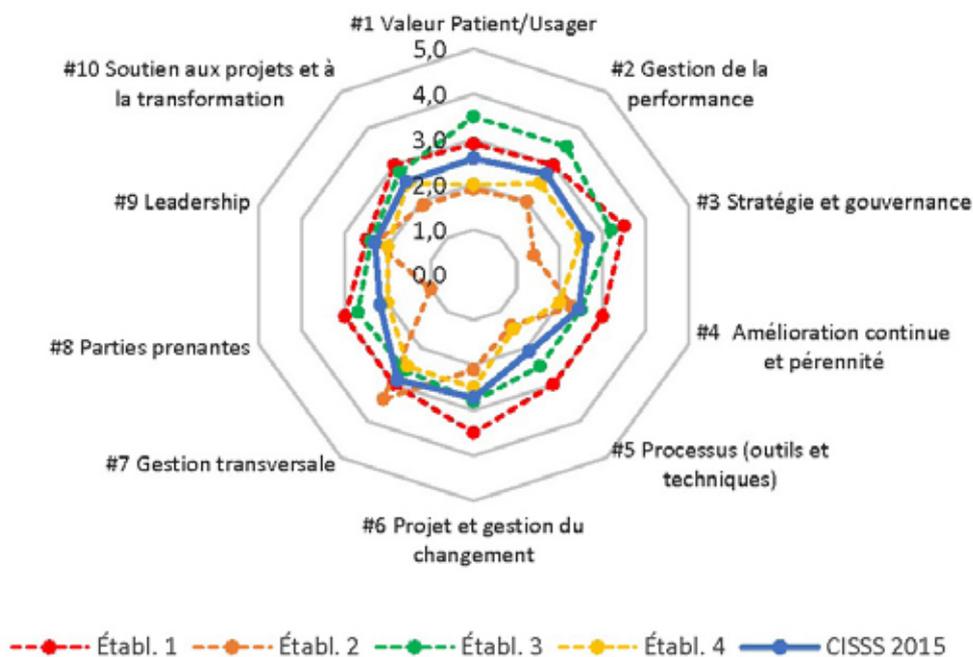
- Avoir des mécanismes de communication permettant de partager, de façon bidirectionnelle et en continu, toutes informations pertinentes;
- Privilégier une démarche de transformation basée sur les principes de l'amélioration continue;
- Mettre les compétences de chacun en commun, au profit de tous; faire preuve de synergie.

La priorité était claire : connaître les organisations fusionnées pour en comprendre les enjeux culturels, humains

et de performance. C'est ainsi que déjà en phase de pré-fusion (avant avril 2015), tous les établissements à être fusionnés ont accepté de se prêter à l'exercice d'évaluation de la maturité organisationnelle en matière d'amélioration continue et de Lean santé. À l'aide d'une grille d'évaluation proposée par HEC Montréal et l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), les comités de direction des quatre établissements sur le point de fusionner ont procédé à une autoévaluation basée sur dix volets :

- Les valeurs liées aux patients et usagers,
- La gestion de la performance,
- La stratégie et la gouvernance,
- L'amélioration continue et pérennité,
- Les processus (outils et techniques),
- Les projets et la gestion de changement,
- La gestion transversale,
- Les parties prenantes,
- Le leadership,
- Le soutien aux projets et à la transformation.

Maturité amélioration continue - Lean santé des installations fusionnées du CISSS de Laval - Avril 2015



Évidemment, des écarts furent observés dans la plupart des dimensions de la maturité. Toutefois tous avaient une propension à l'amélioration continue ainsi qu'une approche axée sur l'amélioration du parcours de l'utilisateur, ou du moins en avaient la volonté. Ce sont les volets où il y avait le moins d'écart entre les cinq établissements. Le résultat de cette autoévaluation a été une clé importante à la compréhension des différences organisationnelles et est devenu le principal intrant à l'élaboration de la stratégie de soutien et d'intégration, particulièrement quant aux volets d'amélioration continue de la qualité et de la performance. Si cet exercice n'avait eu comme seul résultat de connaître les cultures existantes et les respecter, un objectif important aurait été atteint.

**Il est aisé d'oublier que
les organisations sont
composées d'individus et que,
conséquemment, elles
possèdent une identité
qui leur est propre.
Nos organisations
dans le domaine de la santé
ne font pas exception.**

Conclusion

Bien que la transformation du réseau de la santé ne fût pas optionnelle, la façon dont les établissements choisissaient de diriger l'intégration l'était.

Le danger aurait été de définir le succès de notre fusion par l'homogénéisation de nos organisations participantes. Le CISSS de Laval a plutôt opté de voir l'exercice comme un métissage⁽⁹⁾ où chaque élément pourra conserver son identité, sa définition tout en proposant une ouverture à l'autre. Phénomène dynamique, le métissage implique la rencontre et la création et ose les risques de l'alliance dont surgira de l'inédit. La mémoire veille à rappeler constamment qu'il est possible d'être autrement sans toutefois renoncer à ses origines.

Remerciements à Michel Lorange pour ses précieux commentaires sur le texte.

Références

1. SPERDUTO, V.W. (2007). *The impact of the appreciative inquiry summit process on employee engagement and organizational culture in a merger and acquisition.*
2. <http://ihub.scot/spsp/acute-adult/>
3. KAVANAGH, M.H., ASHKANASY, N.M. (2006). «The impact of leadership and change management strategy on organizational culture and individual acceptance of change during a merger.» *British Journal of Management*, Volume17, Issue S1, Pages S81-S103.
4. BROWN, H., ZIJLSTRA, F., LYONS, E. (2006). «The psychological effects of organizational restructuring on nurse.» *Journal of Advanced Nursing*, February, Pages 344-357.
5. KAVANAGH, M.H., ASHKANASY, N.M. (2006). Op. cit.
6. COISNE, C. (2012). *La gestion des différences culturelles dans les fusions-acquisitions internationales : une compétence distinctive ?* Repéré à : <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/22-xxieme-conference-de-l-aims/communications/2700-la-gestion-des-differences-culturelles-dans-les-fusions-acquisitions-internationales-une-competence-distinctive>
7. BENNANI, K. (2006). *Fusion et acquisitions : les facteurs qui influencent la performance post-opération* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal.
8. COISNE, C. (2012). Op.cit.
9. LAPLANTINE, F., NOUSS, A. (1997). *Le métissage : Un exposé pour comprendre - Un essai pour réfléchir*, repéré à : <http://classes.bnf.fr/rendezvous/actes/8/laplantine.pdf>

Le modèle québécois en hygiène et salubrité

Et un regard sur d'autres provinces

Article 14.03.14 Mots-clés : hygiène et salubrité, prévention et contrôle des infections, formation initiale, formation continue



Marc Beauchemin

Analyste des procédés administratifs et de l'informatique, Direction des équipements, de la logistique et de la conservation des infrastructures, ministère de la Santé et des Services sociaux

Lorsqu'on travaille dans un secteur d'activité particulier, il est naturel et utile d'évaluer la bonne marche de celui-ci, selon des critères que nous croyons justifiés. Il est aussi pertinent de vouloir comparer notre secteur d'activité avec celui d'autres provinces ou pays. Cette comparaison permet souvent d'améliorer nos pratiques locales.

Couvrant dans les services de soutien – hygiène et salubrité, services alimentaires et buanderies – depuis plusieurs années, nous vous présentons ici notre évaluation du modèle en hygiène et salubrité du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Nous jetterons ensuite un coup d'œil sur celui d'autres provinces canadiennes.

Des conditions gagnantes

Pour considérer qu'un secteur d'activité est « en bonne santé », il y a des conditions essentielles préalables. En hygiène et salubrité, et pour tout service de soutien, voici certaines caractéristiques ou conditions stratégiques que nous pouvons considérer comme gagnantes¹ :

1. Il existe d'autres conditions gagnantes (p. ex., ressources humaines en quantité suffisante). Ces aspects ne seront pas abordés dans l'article.

- Structures de concertation stratégique et opérationnelle
- Programmes de formation adéquats
- Bonnes pratiques documentées
- Liens forts avec les services connexes
- Amélioration des équipements et des produits (nouvelles technologies)
- Association qui représente le secteur
- Partenariat profitable avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Les structures de concertation permettent aux participants de travailler ensemble et de partager leur expertise et leurs connaissances. En particulier, les structures stratégiques permettent de donner des orientations au réseau et de développer et documenter les bonnes pratiques. Quant aux structures opérationnelles, elles servent à implanter les bonnes pratiques, à trouver des solutions aux problématiques opérationnelles et à valoriser le rôle des employés et du service.

Des programmes de formation adéquats assurent que la main-d'œuvre possède les connaissances de base pour exécuter le travail qui lui est confié. Deux types de formations sont requis : la formation initiale (avant l'entrée en fonction) et la formation continue (en cours d'emploi).

Il est aussi nécessaire que les bonnes pratiques soient identifiées, documentées, disponibles et mises à jour au besoin. Ceci assure une harmonisation des pratiques en mettant les mêmes documents de référence à la disposition de tous les employés du réseau.

Des liens solides doivent exister entre les services d'hygiène et salubrité et la prévention et le contrôle des infections (PCI), partenaires dans la lutte aux infections nosocomiales. Du point de vue stratégique et opérationnel, il importe que des représentants des deux secteurs fassent partie des mêmes comités et travaillent ensemble sur des plans d'action concrets.

Il importe également d'assurer l'amélioration continue des équipements et des produits utilisés, afin de renforcer la

productivité et/ou la qualité du travail. Le personnel, et particulièrement les gestionnaires, doit faire preuve d'ouverture d'esprit pour s'approprier et tester de nouvelles technologies. La disponibilité de financement permettant la mise en place de différents projets pilotes est aussi un facteur important.

Une association sectorielle ou un regroupement permet de légitimer, d'acquérir une crédibilité et de valoriser un secteur d'activité. Un tel groupe rejoint et mobilise un grand nombre de personnes. L'association peut organiser des activités de transfert de connaissances (p. ex., colloque), administrer un site internet et dispenser certaines formations spécifiques.

Enfin, nous sommes convaincus de l'utilité d'un travail en partenariat entre un secteur d'activité et le MSSS afin de documenter et diffuser les bonnes pratiques, et développer des indicateurs ou un programme de formation. Les responsables du Ministère peuvent permettre d'accéder à des ressources pertinentes pour faire avancer les dossiers, aviser les autorités d'une problématique particulière et utiliser des canaux efficaces pour diffuser de l'information. En ce qui a trait aux services de soutien, le MSSS vise à harmoniser et améliorer les pratiques.

Le modèle québécois en hygiène et salubrité

Penchons-nous maintenant sur chacune des conditions gagnantes mentionnées précédemment pour le modèle québécois en hygiène et salubrité dans le réseau de la santé et des services sociaux.

La concertation

Deux types de structures de concertation existent actuellement : le groupe de travail en hygiène et salubrité et les tables suprarégionales. Le groupe de travail en hygiène et salubrité est un comité stratégique d'experts du réseau mis sur pied en 2005 par le MSSS. Ce groupe a rédigé plusieurs guides de bonnes pratiques visant l'amélioration et l'harmonisation des façons de faire en hygiène et salubrité. Quatre champs d'expertise y sont représentés : hygiène et salubrité, prévention et contrôle des infections (PCI), microbiologie et santé et sécurité du travail.

Lors d'un sondage effectué en mars 2017, 93 % des gestionnaires en hygiène et salubrité se sont dits très satisfaits ou satisfaits des guides publiés.

Pour consulter le Guide sur la gestion des déchets en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-602-01W.pdf>

D'autre part, les tables suprarégionales sont des structures opérationnelles regroupant des responsables en hygiène et salubrité de plusieurs régions. Elles ont succédé aux tables régionales qui étaient présentes dans presque toutes les régions avant la réorganisation de 2015. Quatre ou cinq tables suprarégionales ont été implantées dans le réseau. Elles participent à l'atteinte des objectifs du Ministère en matière d'hygiène et salubrité et assurent le développement et l'intégration des meilleures pratiques ainsi que la mise aux normes des établissements du réseau.

La formation

Deux programmes de formation distincts furent développés et offerts aux préposés en hygiène et salubrité. D'abord, le programme Hygiène et salubrité en milieu de soins (formation initiale), une formation générale de 525 heures (cours et stage) développée en 2009. Plusieurs établissements ont constaté la qualité des candidats issus de ce programme de formation. Il existe cependant un enjeu financier, car moins de la moitié des nouveaux préposés en hygiène et salubrité ont suivi cette formation. Un programme de formation continue a aussi été développé par le MSSS.

Les guides de bonnes pratiques

Avec le concours du groupe de travail en hygiène et salubrité du MSSS, plusieurs guides de bonnes pratiques ont été rédigés. Les employés du réseau ont donc accès, via le site internet du MSSS, à un éventail de documents sur des sujets pertinents : techniques et équipements de travail, désinfectants et désinfection, gestion des déchets, etc. Ces documents constituent une banque de connaissances impressionnante qui permet d'harmoniser les pratiques.



La prévention et le contrôle des infections

Les liens entre l'hygiène et la salubrité et la PCI sont bien évidents dans notre réseau. Il existe au MSSS plusieurs comités de PCI, notamment le comité ministériel sur les infections nosocomiales et la Table nationale de prévention des infections nosocomiales. En outre, le Plan d'action ministériel 2015-2020 en PCI comporte trois cibles et huit actions en hygiène et salubrité⁽¹⁾. Dans les établissements, de plus en plus de responsables en hygiène font partie de comités en PCI.

Les nouvelles technologies

L'hygiène et salubrité est un milieu propice pour tester et implanter de nouvelles technologies. D'abord, les gestionnaires et le MSSS démontrent l'ouverture d'esprit et la volonté requises. Aussi, le groupe de travail en hygiène et salubrité se tient à l'affût des nouvelles technologies et le Ministère met à disposition des ressources pour la mise en œuvre de projets pilotes.

L'Association Hygiène et Salubrité en Santé (AHSS)

L'AHSS est présente depuis plusieurs années et assure activement son rôle. Son conseil exécutif est formé de responsables bénévoles œuvrant en hygiène et salubrité dans le réseau. Elle organise un colloque annuel en mai/juin où on retrouve des présentations en hygiène et salubrité et en PCI et des kiosques des principaux fournisseurs.

Un partenariat MSSS/ réseau

Finalement, le partenariat entre le MSSS et le réseau prend forme surtout par le biais du groupe de travail en hygiène et salubrité. Ce groupe met en relation les acteurs concernés et leur permet de travailler ensemble pour une même cause : l'amélioration des services d'hygiène. Dans cet esprit, l'aspect hiérarchique est mis de côté au bénéfice du travail d'équipe.

D'autres provinces...

À l'automne 2016, l'association *Prévention et contrôle des infections Canada* nous a invité à présenter le modèle québécois en hygiène et salubrité à son colloque de juin 2017, à l'Île-du-Prince-Édouard. Il s'avérait donc pertinent de chercher à comparer nos pratiques avec celles de deux autres provinces, dont les modèles seraient présentés : l'Alberta et la Colombie-Britannique.

Avant cette participation, nous étions confiants quant à la valeur de nos façons de faire pour améliorer et harmoniser nos pratiques québécoises en hygiène et salubrité. Et nos impressions furent confirmées. Notre présentation s'est très bien déroulée et nous avons reçu d'excellents commentaires à l'égard de notre modèle en hygiène; en particulier sur nos guides de bonnes pratiques et notre programme de formation initiale. En comparaison, voyons ce que l'Alberta et la Colombie-Britannique avaient à présenter.

L'Alberta

Depuis 2012, l'Alberta a consenti des efforts pour standardiser ses procédures en hygiène et salubrité. En ce sens, un comité ainsi qu'un groupe de travail en PCI et en hygiène furent mis sur pied. Un module de formation pour les nouveaux préposés en hygiène fut également créé et les intervenants s'activent à standardiser leurs désinfectants.

La Colombie-Britannique

La présentation de la Colombie-Britannique a surtout porté sur le développement de ses lignes directrices en hygiène et salubrité, instaurées en 2016. Elles comportent 76 recommandations, dont 37 sont obligatoires. On a aussi présenté son système de gestion de la qualité : audits indépendants, obligation de publier les résultats, etc.

Malgré leurs efforts en hygiène et salubrité, nous pensons que nous avons une longueur d'avance sur l'Alberta et la Colombie-Britannique. Nonobstant la pertinence de leurs démarches, ces deux provinces ne semblent pas posséder toutes les conditions gagnantes mentionnées précédemment : association, tables régionales, formation initiale. Nous croyons aussi être plus ouverts à tester de nouvelles technologies au Québec.

Conclusion

Nous pouvons être fiers de ce que nous avons accompli en hygiène et salubrité au Québec, mais nous ne devons pas nous arrêter là. Il reste en effet beaucoup à accomplir pour assurer des soins sécuritaires aux usagers de notre réseau de la santé et des services sociaux.

Références

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Pour une prestation sécuritaire des soins de santé au Québec - Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, pages 33 à 35 - <http://publications>.

Plusieurs établissements ont constaté la qualité des candidats issus de ce programme de formation [programme Hygiène et salubrité en milieux de soins].



HABILETÉS POLITIQUES

Article 14.03.02 Mots-clés : défis de gestion, habiletés politiques, compétences de gestion, exercice du leadership, crédibilité

PIERRE JORON, B. Sc., MAP

Président, Gestion Pierre Joron inc.

Conseil en management et ressources humaines

Sans habiletés politiques, point de salut!

Les habiletés politiques sont considérées aujourd'hui comme une compétence essentielle à tout poste d'encadrement, et ce, quel qu'en soit le niveau. Nous allons donc démystifier cette compétence, ce qui permettra à tous de mieux comprendre sa nature et sa portée. Ainsi, notre propos se veut une introduction à l'exercice des

Une brève définition

Les habiletés politiques sont le résultat de la combinaison de savoirs (connaissances), de savoir-faire (habiletés) et de savoir-être (comportement, attitude) permettant à un gestionnaire :

- d'établir sa crédibilité au sein de l'organisation;
- d'avoir du leadership;
- de se positionner sans se mettre en conflit avec l'organisation ou sans verser dans l'« aplaventrisme »;
- d'influencer son entourage (ses employés, ses pairs et ses supérieurs);
- de faire avancer des idées, des projets, bref de contribuer significativement au développement de son organisation;
- de savoir quand il faut parler et quand il faut se taire;
- de mieux lire son environnement pour mieux se positionner.

Voilà ce que sont les caractéristiques essentielles du concept d'habileté politique. Voyons le tout de manière un peu plus imagée. Politique et influence, deux mots lourds de sens. Robert A. Dahl, un célèbre politologue américain, définissait le pouvoir et bien sûr la politique par l'énoncé tout simple qui va suivre.

A fait faire quelque chose à B que B n'aurait jamais fait sans l'influence ou l'intervention de A. Être habile politiquement, c'est avoir cette capacité à amener d'autres personnes à penser ou à faire des choses qu'elles n'auraient jamais faites, n'eût été votre intervention. On comprendra aisément que les situations se compliqueront rapidement en augmentant le nombre d'influenceurs et de récepteurs. C pourra influencer B à ne pas faire ce que A lui demande; ou, au contraire, se joindre à A pour mettre davantage de pression sur B à faire ce que désire A.

D'abord une question de crédibilité puis d'exercice du leadership

Pour influencer, il faut être crédible. B ne suivra pas A si A n'est pas digne de foi à ses yeux. Ainsi, la crédibilité devient un moteur important du leadership. Pour être leadeur, il faut que les gens sur qui vous exercez votre leadership vous suivent. Pour être digne de confiance, donc être crédible, il faut dire clairement ce qu'on veut faire ou atteindre, puis le faire et être en mesure de démontrer qu'on l'a fait.

Viennent ensuite les éléments critiques qui caractériseront la manière d'être habile politiquement. Ces éléments peuvent constituer en soi des compétences de gestion.

La capacité à lire son environnement et à distinguer les vents favorables des obstacles — à manœuvrer dans l’ambiguïté — à identifier les alliés et les opposants — à indiquer les voies de passage des impasses, permettront de mieux ajuster ses interventions. Être habile politiquement, c’est aussi être en mesure de sonder le terrain, de prendre la température de l’eau sans que cela n’y paraisse vraiment. C’est aussi avoir un plan B si jamais le plan A ne fonctionne pas comme prévu.

C’est également cette capacité d’adaptation rapide aux changements prévus ou imprévus. Les Anglais ont un terme intéressant pour définir cet état d’alerte constant : *l’organizational readiness* (préparation organisationnelle). C’est à la fois ce qui permet d’être agile, de saisir rapidement les occasions qui se présentent et d’éviter de se faire désarçonner, d’être mis en situation d’échec et mat.

Le gestionnaire habile politiquement n’ira pas à la pêche. Bien au contraire, il va déterminer précisément ce qu’il recherche : faire passer une idée — mettre de l’avant un projet — contrer une orientation qui se dessine — faire changer d’idée la haute direction —, etc. Il doit pour y arriver « monter au balcon », c’est-à-dire s’élever au-dessus de la mêlée pour mieux voir la situation à l’intérieur de laquelle il évoluera, pour mieux comprendre le sens de ce qui se passe autour de lui dans l’organisation. C’est souvent ce qui permettra au gestionnaire d’éviter les jugements téméraires, de devenir ce qu’on appelle un *électron libre*. Être habile politiquement, c’est éviter de créer

soi-même les obstacles, l’opposition et les réactions qui pourraient réduire ou même éteindre son influence au sein de l’organisation.

En conclusion, nous venons de vous faire effectuer un tour rapide du concept et de ses assises. Vous aurez compris que sans habiletés politiques, il est difficile de réussir dans une fonction d’encadrement, peu importe le niveau.

Dans les prochaines rubriques sur le thème des habiletés politiques, nous explorerons plus en détail les diverses facettes d’utilisation de cette compétence incontournable, notamment les règles d’or de l’habileté politique pour réussir. Nous aurons également la participation de gestionnaires du réseau de la santé qui accepteront de partager leur vision et leur expérience en matière d’exercice des habiletés politiques. D’ici à notre prochain rendez-vous, réfléchissez à votre propre expérience et répondez aux questions :

- Suis-je à l’aise avec mon niveau actuel d’habiletés politiques?
- Que pourrais-je faire pour l’optimiser?

Références

- DAHL, Robert A. (1963). *Modern Political Analysis*. Englewood Cliffs, NJ.
- HANSEN, Morten T. (2009). *Collaboration: How leaders avoid the traps, create unity and reap big results*. Harvard Business Press, 231p.
- BARRAND, Jérôme (2006). *Le manager agile; vers un nouveau management pour affronter la turbulence*, Dunod, Paris, 220p.





Julien Rajotte Udvarhelyi, MAP
Chef de service des installations matérielles
Secteur La Cité-Limoilou et Les Rivières
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Le plan d'action en hygiène et salubrité du CIUSSS de la Capitale-Nationale

L'harmonisation des pratiques

Dans la foulée des fusions dans le réseau de la santé et des services sociaux, les gestionnaires ont été confrontés à de nouvelles réalités, car chaque ancien établissement ou organisation possédait ses façons de faire et ses caractéristiques propres.

En hygiène et salubrité, le nouveau contexte pouvait se traduire en méthodes de travail ou produits différents, mais aucune de nos organisations n'était au même stade. Par exemple, certaines organisations avaient implanté les évaluations de la qualité, d'autres non. Certaines n'avaient pas de routes de travail informatisées avec un logiciel spécialisé en hygiène et salubrité. Bref, des écarts importants existaient entre les

organisations. Il y avait donc lieu d'harmoniser les différents services d'hygiène et salubrité. Mais avant de s'y attaquer, il importait d'en dresser un portrait dans chaque ancienne organisation de santé et de services sociaux de la région administrative de la Capitale-Nationale, tout en tenant compte des lignes directrices et des guides du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Plan d'action

De cette idée d'harmonisation est né un plan d'action en hygiène et salubrité qui s'étalera sur quelques années, englobant l'harmonisation des produits et techniques de travail jusqu'aux évaluations de la qualité. Le plan d'action est piloté par le comité en hygiène et salubrité qui en assure le suivi. Différentes mesures font partie du plan d'action, certaines étant plus avancées que d'autres. Les produits nettoyants et désinfectants furent le premier sujet abordé. Il s'agissait de réaliser les tâches suivantes :

- inventorer les produits,
- déterminer les produits standards,
- sélectionner les fournisseurs,
- transmettre l'information au service de l'approvisionnement,
- interdire l'achat de produits ne figurant pas sur la liste des produits standards,
- écouler les inventaires des produits non standards,
- former le personnel à l'utilisation des produits,
- s'assurer que les appareils de dilution soient compatibles,
- saisir les données dans le logiciel de gestion des produits pour la santé et la sécurité au travail,
- acheter les appareils de dilution nécessaires,
- implanter la chaîne de distribution des produits dans les différents sites.

Au moment d'écrire ces lignes, cette étape est presque terminée. Il reste à installer quelques appareils de dilution et implanter une chaîne de distribution à certains endroits.

Une autre mesure du plan d'action portait sur l'inventaire et l'achat des équipements et des fournitures. On devait connaître le nombre de charriots à remplacer pour permettre aux employés d'optimiser leurs méthodes

de travail. De plus, nous devons évaluer les besoins en équipements et fournitures dans toutes nos installations, notamment autolaveuses, polisseuses et autres gros équipements essentiels en hygiène et salubrité. Après cette étape, il s'agissait de procéder à l'achat des équipements et fournitures requis et former le personnel à leur utilisation judicieuse. Cette mesure est maintenant implantée.



La troisième mesure du plan d'action consistait à répertorier les surfaces et équipements pour lesquels la responsabilité de nettoyage et de désinfection n'est pas attribuée (zones grises). On devait les catégoriser selon le degré de contamination possible de l'environnement physique (« high touch » et « low touch ») — en attribuer la responsabilité aux services concernés — tenir

l'inventaire à jour — inclure ces surfaces et équipements dans les routes de travail — développer des moyens de contrôle — informer et former le personnel.

Une mesure importante portait sur l'analyse des besoins selon les risques. Ainsi, nous devons revoir les routes de travail dans tout le CIUSSS afin d'assurer un niveau de service adéquat partout. Pour ce faire, les étapes suivantes s'avéraient essentielles :

- le choix du logiciel de gestion des routes de travail et sa version, puis son implantation;
- la formation des utilisateurs experts;
- la saisie des données des nouvelles installations;
- la sélection du modèle de plan de travail;
- la révision des couvertures sur sept jours de travail;
- l'évaluation des besoins du samedi et du dimanche;
- la reconstitution des routes de travail selon les nouveaux besoins;
- le déploiement des routes de travail;
- l'implantation du nouveau modèle de plan de travail;
- la sensibilisation et la formation des employés quant à leurs nouvelles responsabilités;
- l'adaptation des routes de travail et leur validation sur le terrain;
- la présentation de l'offre de service à nos partenaires et clients.

Cette mesure est bien entamée, avec quelques étapes à compléter. Les nouvelles routes de travail sont actuellement en déploiement.

Cette analyse de risque nous a démontré la nécessité de concentrer nos efforts sur l'environnement physique des résidents, des patients et des autres usagers. C'est pourquoi nous avons mis sur pied la campagne « La propreté





c'est l'affaire de tous », les employés de bureau étant responsables de la propreté de leurs locaux ou des lieux qu'ils fréquentent pour nous permettre de déployer nos ressources en hygiène et salubrité vers les usagers. Par exemple, un employé doit éviter d'entrer dans son bureau avec ses bottes souillées et de jeter de la nourriture dans les poubelles de bureau.

Une autre mesure importante consiste à inculquer les techniques de nettoyage et de désinfection aux employés, notamment par — la mise à jour de ces techniques (p. ex., utilisation des microfibrés et bandeaux en mode prétrempage) — la formation du personnel à l'utilisation sécuritaire des produits et des équipements (p. ex., troubles musculosquelettiques et SIMDUT) — et les affiches standardisées en matière de prévention et contrôle des infections. Il s'agit en outre de standardiser l'accueil des nouveaux employés en hygiène et salubrité. Cette mesure est presque terminée; nous l'implantons présentement dans les foyers de groupe du centre jeunesse et les résidences à assistance continue.

La prise en compte des équipements de protection individuelle, en s'assurant particulièrement de leur utilisation adéquate par les employés, et l'inventaire des installations fournissant l'uniforme aux employés s'imposaient aussi. Pour ce qui est des uniformes, il s'agissait de choisir une tenue vestimentaire commune, déterminer le nombre d'employés visés par la mesure, le nombre de tenues requises par employé et procéder à l'achat des uniformes.

L'équipe de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Le partenaire clé de l'hygiène et salubrité est sans contredit l'équipe de PCI. Nous devons donc nous assurer d'une interaction forte avec cette équipe grâce aux mesures suivantes :

- en adaptant les fréquences de nettoyage selon leurs recommandations lors d'éclotions,
- en rencontrant l'équipe de PCI pour s'entendre sur les façons de faire entre nos services,

- en formant les employés en PCI à l'embauche,
- en prévoyant des formations PCI pour nos employés actuels,
- en assurant la présence d'un représentant de la direction des services techniques au comité de PCI.

Ces mesures furent priorisées dans le plan d'action, puisqu'il importait d'impliquer la PCI dès le départ.

Le cahier du préposé à l'hygiène et salubrité

Il s'agit d'un autre projet important, puisque ce cahier vise à mettre les mêmes informations à la disponibilité de tous les employés. Il faudra donc le distribuer, en expliquer le contenu et s'assurer de sa mise à jour.

La gestion de la qualité

La gestion de la qualité, indispensable en hygiène et salubrité, permet de boucler la boucle dans le processus. Certes, les gestionnaires utilisent certaines méthodes de manière sporadique, mais un système d'évaluation plus systématique doit être implanté. Qu'il s'agisse d'inspection visuelle avec un système de pointage, la fluorescence ou l'adénosine triphosphate (ATP), la qualité requiert une gestion bien définie. À l'aide d'un plan de communication pour les employés et les syndicats, on doit procéder régulièrement aux audits de la qualité et établir un système de suivi.

Le leadership du chef d'équipe est aussi essentiel. C'est le pivot du gestionnaire sur le terrain. Par conséquent, il faut bien définir ses fonctions et s'assurer qu'il s'y conforme, tout en connaissant bien sa zone de responsabilité.

Pour compter sur un service d'hygiène et salubrité performant, il importe de définir des indicateurs de performance permettant de nous comparer à d'autres organisations. Le développement de ces indicateurs de performance sera fondé sur l'analyse des besoins et de la fréquence des opérations de nettoyage et de désinfection, l'assurance du respect des différentes fréquences nécessaires et la tenue d'un registre de planification et de suivi des activités (p. ex., entretiens ménagers périodiques).

Comme le développement durable s'applique aux activités d'hygiène et salubrité, on doit examiner la gestion des matières résiduelles dans nos installations. Ceci suppose la rédaction de procédures sur la gestion des déchets biomédicaux et des déchets dangereux (p. ex., déchets de médicaments cytotoxiques). Notre politique en développement durable est déjà rédigée.

En dernier lieu, soulignons la journée provinciale annuelle en hygiène et salubrité, un événement important pour la reconnaissance, mais surtout pour promouvoir ce secteur d'activités. Il existe un comité responsable d'imaginer des idées originales et de nouvelles manières pour entrer en contact avec nos différents partenaires.

Bref, le plan d'action en hygiène et salubrité du CIUSSS de la Capitale-Nationale permet à tous les gestionnaires de partager une vision commune et des pratiques harmonisées. Il s'agit du fruit de toute l'équipe œuvrant en hygiène et salubrité et permettant son évolution. Ce plan d'action n'est pas terminé. Cependant, même quand il le sera, il devra faire l'objet d'une redéfinition continue pour permettre de l'actualiser et de nous améliorer constamment.

La gestion de la qualité, indispensable en hygiène et salubrité, permet de boucler la boucle dans le processus.

L'urgence de digitaliser le système de santé au Québec

PetalMD

Francis Robichaud
Directeur de l'innovation, PetalMD

Au Québec, s'il y a bien un ministère qui est surveillé par les citoyens et les journalistes, c'est le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cela se comprend : pas moins de 38 % des revenus imposés des Québécois sont réinvestis dans ce ministère¹. Pour donner une idée de ce que cela représente, un ménage qui touche le revenu annuel médian québécois de 60 000 \$ donne environ 3 000 \$ au système de santé chaque année².

Pour l'année fiscale 2018-2019, les dépenses en santé représentent ainsi un montant total de 38,5 milliards \$, soit une augmentation de 5,9 milliards \$ (15 %) par rapport à 2013-2014³.

À la lumière de ces données, il apparaît de plus en plus urgent de trouver des moyens d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et financières du secteur de la santé, notamment en raison des défis qui seront générés par le vieillissement de la population du Québec au cours des prochaines décennies.

Évolution des dépenses en santé et services sociaux au Québec depuis 2013-2014 (en G\$)



1. L'Actualité, *Budget : voici comment Québec dépense vos impôts*, 17 mars 2016

2. Statistiques Canada, *Recensement de 2016*, données publiées en 2017

3. Plan économique du Québec - Santé, *Des services de santé accessibles et de qualité*, Mars 2016

Le vieillissement de la population, un défi imminent pour le Québec

Le groupe démographique des 65 ans et plus s'apprête à accueillir la génération des baby-boomers au grand complet, c'est-à-dire les personnes nées entre 1946 et 1965, qui représentent actuellement 27 % de la population du Québec⁴. Il est donc très probable qu'en 2030, un Québécois sur quatre aura plus de 65 ans⁵. Or, selon l'Institut canadien d'information sur la santé, les personnes de 65 ans et plus sont à l'origine de près de la moitié (46 %) des dépenses en santé, alors qu'elles ne représentent actuellement que 16 % de la population⁶.

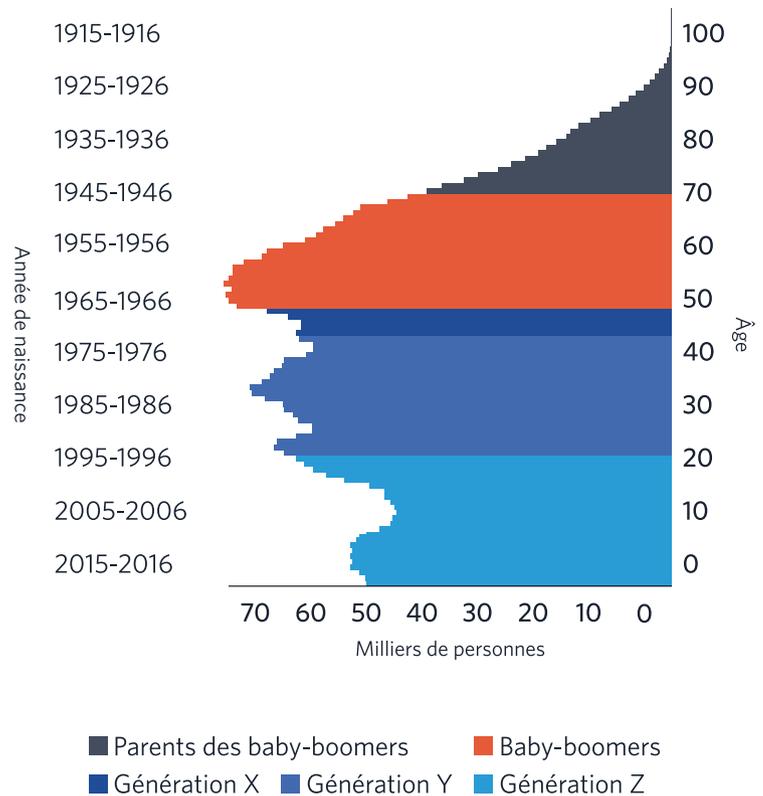
Considérant que les dépenses en santé augmentent déjà plus rapidement que l'inflation⁷, si le ministère de la Santé et des Services sociaux ne trouve pas un moyen d'optimiser l'utilisation de ses ressources, il est fort probable que l'État québécois aura beaucoup de difficulté à absorber les coûts additionnels en santé liés au vieillissement de la population.

Comment outiller nos institutions pour les préparer à relever ce défi majeur et garantir un accès à des soins de qualité, tout en respectant les budgets disponibles?

Réduire les coûts opérationnels des établissements de santé avec le numérique

Une des façons dont les technologies peuvent contribuer à réduire les coûts opérationnels en santé, c'est en automatisant et en digitalisant de nombreux processus qui sont actuellement effectués de façon manuelle. Considérant que la masse salariale représente en moyenne 60 % des dépenses des hôpitaux au Canada⁸, il apparaît en effet souhaitable de réduire au maximum la quantité de tâches administratives manuelles qui incombent à chaque intervenant pour que ces derniers puissent se consacrer davantage aux patients.

Portrait démographique du Québec par génération



Parmi les technologies en santé numérique qui ont gagné en popularité au cours de la dernière décennie, la prise de rendez-vous en ligne est probablement l'une des plus connues. En effet, chaque rendez-vous pris de façon autonome par le patient libère du temps au personnel administratif responsable de traiter les appels téléphoniques. Le personnel administratif est ainsi plus disponible pour accueillir les patients lors de leur arrivée à la clinique et soutenir le personnel médical.

Dans une super clinique où PetalMD a déployé une solution de prise de rendez-vous en ligne, l'équivalent de 7 000 heures par mois a été gagné par le personnel, dans la mesure où le temps pour traiter un seul appel

4. Journal de Montréal, *Le règne des baby-boomers est terminé*, 10 avril 2017

5. Solidarité et équité intergénérationnelles, *Fiche 2 : Les générations qui composent le Québec*, 2016

6. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales en santé 1975 à 2016*

7. L'Actualité, *Budget: voici comment Québec dépense vos impôts*, 17 mars 2016

8. HealthyDebate, *What is driving health care costs?*, 2011

PUBLIREPORTAGE

de rendez-vous est estimé à 2,7 minutes⁹ et qu'environ 2 600 rendez-vous étaient pris en ligne par mois¹⁰. Certains médecins ont même vu leur nombre de rendez-vous manqués diminuer de moitié.

Si la prise de rendez-vous en ligne génère un gain de temps significatif pour le personnel administratif, il existe toutefois d'autres technologies tout aussi innovantes qui ont le potentiel d'optimiser les investissements en santé, notamment en libérant du temps précieux aux médecins.

Faire gagner des milliers d'heures aux établissements de santé en digitalisant les horaires

De plus en plus d'hôpitaux au Canada et en Europe choisissent de digitaliser et de centraliser tous les horaires de médecins de leurs services médicaux. La technologie que ces hôpitaux utilisent permet de générer des listes de médecins de garde automatiquement et d'assurer que le personnel ait toujours accès à de l'information à jour à partir de leurs appareils mobiles.

Grâce à des données primaires (données provenant d'établissements de santé qui utilisent les solutions de PetalMD) et secondaires (données provenant de rapports externes d'Inforoute Santé Canada, de l'OCDE et de Statistiques Canada), nous pouvons par exemple déterminer qu'un hôpital de 1 400 médecins et médecins résidents répartis dans 93 groupes horaires peut faire gagner près de 90 000 heures de travail par année à son personnel en digitalisant la gestion de ses horaires. Ce nombre inclut 9 500 heures gagnées par les médecins, qui ont ainsi plus de temps pour les patients.

En effet, dans les hôpitaux où la gestion des horaires n'est pas entièrement digitale et interconnectée, le personnel passe encore des centaines, voire des milliers d'heures à retranscrire manuellement de l'information sur différents supports pour ensuite la communiquer avec des outils désuets (télécopieurs, téléavertisseurs, agendas papier, etc.). Plusieurs de ces processus manuels peuvent être digitalisés, voire automatisés de manière à générer un gain significatif de temps et d'efficacité.

S'outiller aujourd'hui, recueillir des données pour demain

La digitalisation des outils utilisés dans le milieu de la santé permet également de collecter des données clés pouvant servir à optimiser les processus des établissements de santé et ainsi améliorer l'expérience patient. À l'inverse, dans les hôpitaux où le personnel utilise principalement des agendas papiers, des télécopieurs et des fichiers Excel, les gestionnaires ont plus de difficulté à recueillir rapidement des données à jour sur leur offre de soins lorsqu'ils doivent prendre des décisions stratégiques.

Avec l'avènement de l'intelligence artificielle, les données sur l'emploi du temps des médecins et sur la demande de soins des patients deviendront la clé qui permettra d'établir une répartition optimale des ressources disponibles en santé, par exemple en proposant des horaires de médecins qui correspondent aux besoins des patients propres à chaque établissement de santé.

Les entreprises technologiques du Québec au service de la santé

La croissance des dépenses en santé est un problème complexe qui doit être adressé sous plusieurs angles et en ayant recours à plusieurs solutions. Les technologies numériques constituent certainement l'une de ces solutions, dans la mesure où elles peuvent réduire les coûts opérationnels des établissements de santé et fournir des données clés aux gestionnaires.

Pour limiter l'hémorragie des dépenses en santé et relever les défis liés au vieillissement de la population du Québec, l'État gagne donc à tirer profit des entreprises technologiques d'ici qui, depuis des années, développent une expertise unique avec le système de santé québécois en collaborant avec ses médecins et ses gestionnaires. Saisissons cette chance unique de mettre notre savoir-faire technologique au service de la santé et de décharger les différents intervenants des nombreuses tâches administratives qui les empêchent de faire ce qu'ils font de mieux : aider les patients.

9. Inforoute santé du Canada, *Aperçu de la valeur, des avantages et des principaux enjeux associés à la prise de rendez-vous électronique*, 2014

10. PetalMD, *Étude de cas : Comment Petal Booking facilite l'accès aux cliniques médicales*, 2017

Luc Castonguay
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la
planification, de la performance
et de la qualité, MSSSS



Pierre Lafleur
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la planification
de la performance et de la qualité
MSSS

Article 14.03.05 Mots-clés : qualité, performance, amélioration continue, salle de pilotage, Table nationale

Conjuguer qualité et performance en santé et services sociaux

Ce n'est pas un secret, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le réseau de la santé et des services sociaux s'inscrivent dans un mode d'amélioration continue, lequel implique un réexamen constant de nos activités, soins et services en fonction des besoins de la population.

Mais ce mode s'inscrit dans une vision qui est intimement liée à la mission du réseau de la santé et des services sociaux de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement économique du Québec.

La vision

C'est aussi autour de cette vision que s'articule le cadre d'évaluation de la performance mis de l'avant par le MSSS. En effet, un système public de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses objectifs en matière — d'accessibilité des services — de qualité des services — et d'optimisation des ressources.

Nous proposons ici de s'affranchir du paradigme « suivre, mesurer et améliorer la performance pour réaliser des objectifs d'optimisation des finances ». Notre vision suppose

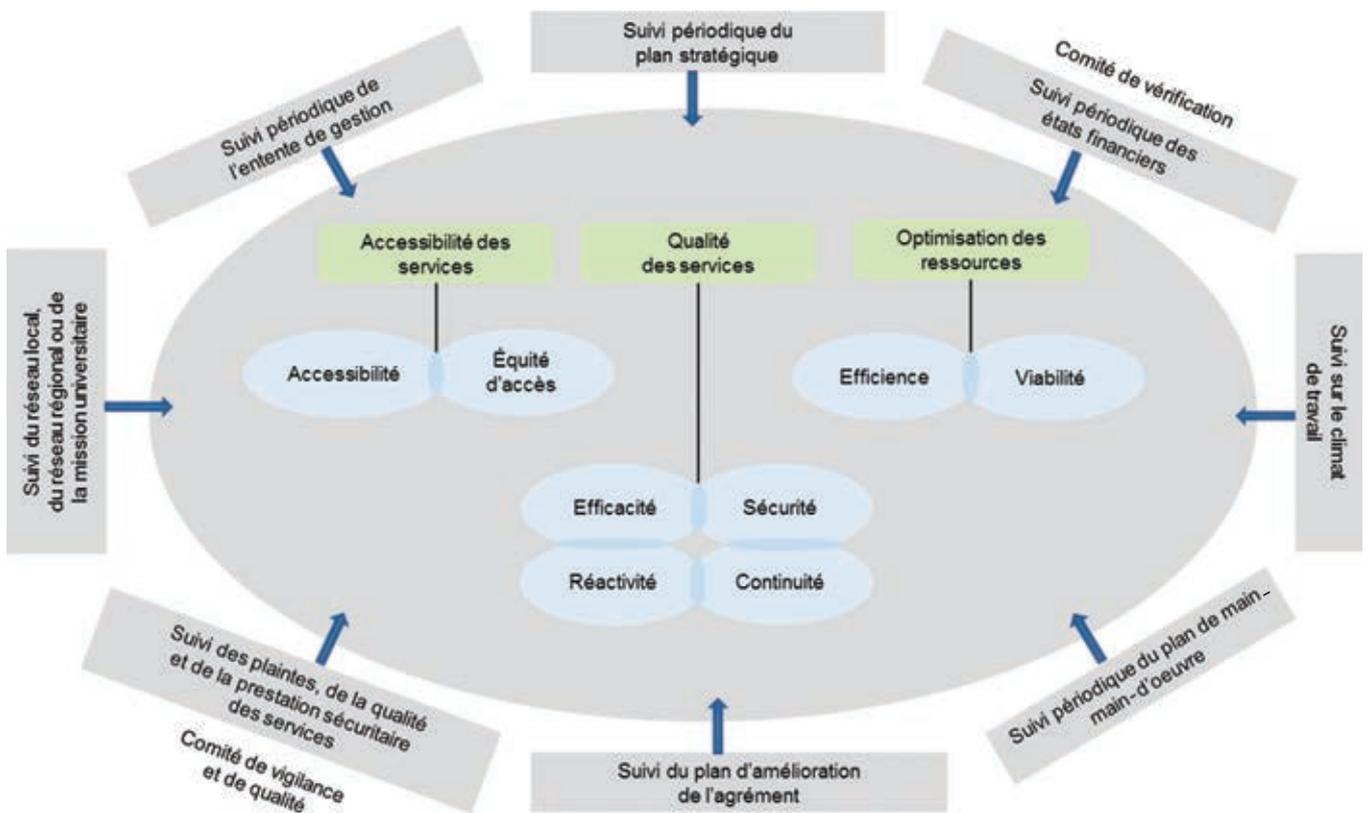
que la qualité, la performance et la responsabilité populationnelle soient au cœur de l'exercice d'amélioration continue. Ainsi, qualité et performance trouvent leur ancrage commun dans cet exercice nécessaire à l'atteinte de la mission du MSSS. La performance suppose donc un questionnement continu de l'allocation efficace et efficiente des efforts et des ressources, une adéquation optimale entre les besoins de la population d'un territoire et l'offre de service (responsabilité populationnelle). Le tout reposant sur une offre de service de qualité.

En fait, les caractéristiques liées à l'accessibilité des services (accessibilité et équité d'accès), celles touchant la qualité des services (efficacité, sécurité, réactivité et continuité) et enfin, celles en rapport avec l'optimisation des ressources (efficacité, viabilité) ne sont généralement pas indépendantes. En effet, un déséquilibre entre les différentes dimensions peut se répercuter négativement sur l'une ou l'autre des dimensions. La suite de cette vision? Des établissements et un ministère qui intègrent à la fois les concepts d'amélioration continue, l'exercice de la responsabilité populationnelle et des décisions éclairées par les connaissances. Cet éclairage pouvant provenir de différents univers concourant tous à un même but, comme l'illustre la figure 1.

Un lieu de rencontre

Voilà beaucoup d'informations dont il faut tirer tout le potentiel d'amélioration jusqu'aux lieux de gouvernance, de décision où se déterminent et se suivent les priorités. Les systèmes d'informations, les données et les indicateurs doivent être au rendez-vous. Plus spécifiquement, nous avons le défi d'assurer une cohérence entre nos grandes orientations et notre reddition de comptes, parlons ici notamment de la planification stratégique, des différentes priorités ministérielles et des ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les établissements. Chacun de ces outils soutenant doit être recentré sur des objectifs clairs et des indicateurs de résultats pertinents et représentatifs de l'offre de service pour les usagers et la population.

Figure 1



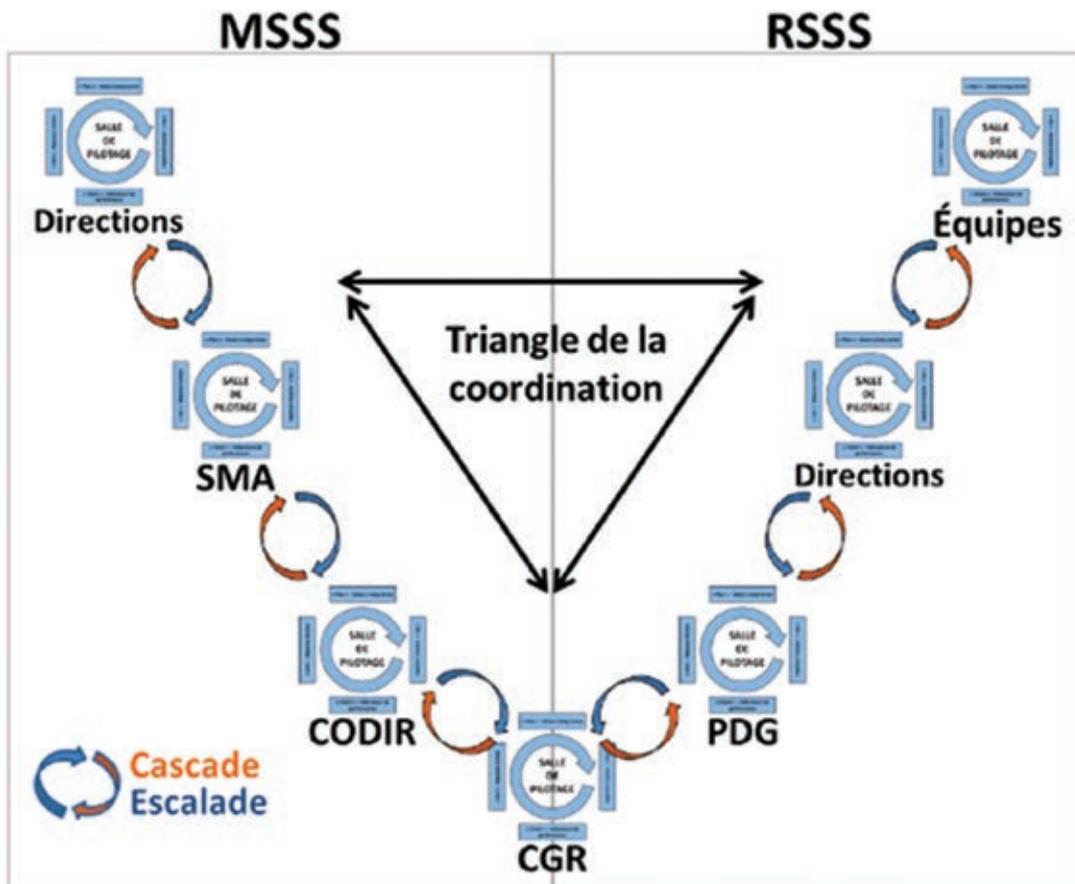
Symbole de cette volonté de cohérence, le réseau de la santé et des services sociaux et le MSSS se sont dotés d'un outil commun qui permet une remontée et une cascade des décisions autour de projets d'amélioration communs : un Système intégré de gestion de la performance. Le concept de salle de pilotage s'est ainsi d'abord déployé dans le réseau et a gagné les instances stratégiques du MSSS. Ces outils de gestion permettent un suivi des projets d'amélioration communs. Au-delà de la gestion de projets, les salles de pilotage permettent un suivi des résultats (indicateurs) atteints par les projets. Les salles de pilotage répondent à quatre questions :

- Planifier – préparer, planifier (ce que l'on va réaliser)
- Do – développer, réaliser, mettre en œuvre
- Mesurer – contrôler, vérifier
- Act (ou Adjust) – agir, ajuster, réagir

La coordination, la collaboration et la concertation de l'action avec le réseau

Toutefois, il ne suffit pas d'avoir une vision, un bon plan et des outils. Le partage, la concertation et la coordination sont requis pour l'action. Bien réussir les projets représente un défi de taille. Notamment puisque le réseau de la santé et des services sociaux représente plus de 50 % des dépenses de programmes du gouvernement du Québec et implique des milliers de professionnels et de gestionnaires. Imaginez ce que cela représenterait comme effort si l'on regroupait tous les autres ministères du gouvernement du Québec et que l'on veuille faire le même exercice !

Les salles de pilotage





À cet égard, l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS) a transformé l'organisation et la gouvernance du réseau et a apporté une réponse au défi de coordination. En effet, la réorganisation administrative est venue faciliter les liens entre le MSSS et le réseau, et a été une occasion de recentrer les acteurs et de mieux intégrer les structures de concertation et de collaboration.

Cette nouvelle structure permet de faciliter la recherche de bonnes pratiques, de leur implantation et de leur suivi. C'est aussi une occasion de placer les usagers au centre de toutes nos décisions.

Mentionnons à cet égard la mise en place, notamment, d'une Table nationale de coordination clinique qui regroupe les experts des domaines cliniques, tant au MSSS que du réseau. Cette table est coordonnée par les sous-ministres adjoints responsables des activités cliniques du MSSS. Par le biais de cette instance, les travaux prennent leur sens quant à la continuité des soins et services pour les usagers; les enjeux de fluidité nécessaires peuvent alors être mis en lumière et résolus.

Autre instance de coordination : La Table ministérielle sur la qualité et la sécurité des soins et des services. Cette table, à laquelle participent toutes les directions qualité, évaluation, performance et éthique des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux, et leur pendant ministériel, se veut un lieu de coordination et de concertation entre le MSSS et les établissements

publics au regard de la gestion de la qualité des soins et des services de santé et des services sociaux, et de la mesure et l'analyse de la performance.

C'est également à cette table que se font les arrimages avec la mesure et l'analyse de la performance des objets d'amélioration retenus par les instances stratégiques du réseau et du MSSS, et suivis en salle de pilotage.

En conclusion

Somme toute, nous visons à renforcer la prise de décisions éclairées par les connaissances au service de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Il nous faut envisager la performance dans son sens global avec l'ensemble de ses parties que sont l'accessibilité, la qualité et l'optimisation des ressources, afin de bien répondre aux besoins des usagers du système, mais aussi, de renforcer la capacité de la population à se maintenir en santé.

Nous devons juxtaposer l'amélioration continue de la qualité et la performance en santé et services sociaux. Nous espérons que cette vision du terme performance « améliorée » prendra tout son sens à la suite de la lecture de notre réflexion. Le réseau de la santé et des services sociaux et le MSSS se sont dotés de priorités d'action, d'outil (les salles de pilotage) et de mécanismes (les tables de concertation) porteurs d'une culture qui appuie ses décisions sur des données et des indicateurs de résultats dans une approche d'amélioration continue de la qualité. Ensemble, ces choix devraient faciliter l'exercice de gestion de ce vaste réseau dans les prochaines années.

PLUS ÇA CHANGE,

Article 14.03.03 Mots-clés : réformes, gestionnaires en santé, mémoire organisationnelle, transfert de connaissances, développement des compétences

Autrefois, certains chauffeurs d'autobus disaient : « Avancez en arrière ! » Dans cette nouvelle chronique, Le Point vous présente un retour en arrière, histoire de voir comment le réseau a progressé – ou non – au cours des 15 dernières années. Au fil des prochains numéros, nous vous proposerons la lecture ou relecture d'articles parus dans des éditions précédentes de la revue. Ce qui n'a pas changé cependant, c'est que, peu importe qui dirige la compagnie des autobus, ce sont les gestionnaires qui sont au volant des véhicules et les font avancer !

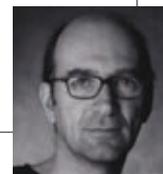
NDLR

On en parlait dans l'temps...

Les réformes qui s'enchaînent dans le réseau de la santé remettent-elles au premier plan de l'actualité des initiatives ou des constats ayant fait la manchette il y a plusieurs années? Laissent-elles une impression de tourner en rond? À vous d'en juger...

GUY SABOURIN

Journaliste, *Le Point en santé et services sociaux*



Perdra-t-on la mémoire organisationnelle?

– *Sujet chaud en 2006!*

Les départs massifs et permanents à la retraite privent les organisations de précieux savoirs accumulés au fil du temps, nous apprenait Mehran Ebrahimi dans ces pages en 2006. La mémoire organisationnelle du réseau de la santé pourrait aussi disparaître si rien n'est fait pour la sauvegarder. Savons-nous ce que nous connaissons aujourd'hui? Et ce que nous devrions garder d'indispensable pour l'avenir? Les bases de données jouent assurément un rôle dans le maintien du savoir stratégique. Mais seuls les humains peuvent lui donner un sens et former leurs collègues. Quand les postes sont couramment abolis ou redéfinis par l'action des réformes, y compris les postes-clés, comment s'y prendre pour transmettre ce qui doit l'être et préparer la relève? Questions toujours d'actualité, croyez-vous?

Paru dans le Vol. 2, n° 3, Automne 2006, sous le titre *Préparer la relève : le défi du transfert des savoirs dans nos organisations du réseau de la santé.*

Transfert des connaissances chez les infirmières

– *Toujours en 2006*

Les infirmières sont à la fois collectrices de données, utilisatrices de l'information et constructrices du savoir, comme nous l'apprenait Luc Mathieu dans ces pages en 2006. Leurs expériences et connaissances peuvent être partagées, transformées en concepts et converties en savoirs par le biais de communautés virtuelles de pratique. Ces savoirs constituent la matière de base des guides de pratique clinique informatisés qu'elles utilisent ensuite pour les soutenir au travail. Mais, par manque de temps, les infirmières doivent souvent se cantonner aux rôles de collectrices de données et d'utilisatrices de l'information, les privant d'exercer les rôles plus complexes d'utilisatrices et de constructrices du savoir. La gestion du savoir infirmier est pourtant primordiale pour garantir la qualité du contenu clinique intégré aux systèmes d'information informatisés.

Paru dans le Vol. 2, n° 3, Automne 2006, sous le titre *Les systèmes d'information infirmiers informatisés : un levier potentiel important de transfert de connaissances.*

Pour accéder aux articles originaux, rendez-vous au www.lepointensante.com

PLUS C'EST PAREIL !

La maladie du gestionnaire

– Titre d'un article paru dans l'édition Printemps 2007, Vol. 3, n° 1, de la revue

C'était en 2007. Lors d'un exercice de planification stratégique, 1 615 gestionnaires du réseau de la santé dans tout le Québec se sont exprimés sur leur travail en contexte de restructuration. Leur charge les écrasait, déploraient-ils. Ils subissaient les changements plutôt que d'y être associés. La gestion multisite, la non-reconnaissance, la mobilisation du personnel, l'ambiguïté des rôles, tout cela les interpellait très fortement. Plusieurs éprouvaient des malaises tant physiques que moraux et montraient des signes de détresse psychologique : présentisme, longues invalidités, désir de fuir par la retraite. En clair : ils souffraient. Maintenant, découvrez si les suggestions que proposait l'auteur Michel Desjardins pour s'immuniser contre la maladie du gestionnaire sont encore d'actualité.

Comment attirer et retenir des professionnelles en soins ?

– C'était en 2008, dans un cahier spécial traitant du développement des compétences et de la gestion des carrières dans le réseau

Attirer et retenir des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires n'est pas chose aisée en contexte de départs massifs, de déclin démographique et de demande accrue en soins, déplorait déjà Lina Bonamie, de la FIQ, en 2009. Pour ajouter au malaise, elle soulignait le manque de reconnaissance et de valorisation, la demande accrue de flexibilité pour des motifs économiques, la détérioration des conditions de travail et la perte de satisfaction à exercer son métier. Tout cela influe sur la désertion. À l'opposé, les caractéristiques qui attirent et retiennent ces mêmes professionnelles, par exemple la reconnaissance et la satisfaction au travail dans des milieux sains, valorisants et motivants n'étaient pas encore au rendez-vous et ne constituaient pas une démarche globale, cohérente et durable.

Paru sous le titre *Attraction et rétention des professionnelles en soins : un défi de taille pour les différents acteurs*, dans l'édition spéciale « Un réseau à la hauteur de vos aspirations », Vol. 4, mai 2008.

Prévention du risque et qualité des soins, responsabilité de tous

– Encore en 2008

Dans un article signé Françoise Cloutier en 2008, nous apprenons que lors d'une épidémie de grippe à l'hôpital, du concierge au médecin, tous doivent se laver les mains. Car un seul maillon faible mine l'effort commun. Chacun doit faire siens les réflexes d'éviter, de détecter, d'atténuer, de sauver et de rétroagir, comme le veut la loi 113. On ne parle donc plus de la seule qualité de l'acte médical, mais de l'importance de chaque acte et de chaque acteur. Souder la communauté autour de cet objectif commun doit se faire de manière interdisciplinaire et systémique. Le patient doit devenir le centre des préoccupations de chacun. Dans cet esprit, l'Association des CMDP a bâti à l'époque une série de formations pour des équipes complètes afin que sécurité et contrôle de la qualité restent optimaux.

Paru dans le Vol. 4, n° 1, Printemps 2008, sous le titre *L'approche systémique en gestion des risques et de la qualité à travers la formation des ressources humaines*.

Mieux servir la population

– C'était il y a 13 ans, en 2005, dans le 2^e numéro de la revue : l'approche populationnelle s'annonçait comme un défi de taille pour les gestionnaires

Mylaine Breton, Paul Lamarche et Raynald Pineault détaillaient dans ces pages un nouveau défi pour les gestionnaires en poste en 2005 : développer une approche populationnelle. Cette réforme se voulait l'occasion d'offrir des services de santé mieux adaptés aux besoins de la population. Elle visait à soigner les gens d'un territoire aussi bien qu'à prévenir l'apparition de leurs problèmes de santé. La gestion devait alors être centrée sur les résultats de santé plutôt que sur les ressources disponibles. Les structures organisationnelles et les missions d'établissements se devaient d'être modifiées pour mieux souder les différents services. Cela exigeait des gestionnaires qu'ils deviennent des leaders dans leurs communautés locales en établissant des relations de collaboration avec les médecins en cabinet privé, les pharmaciens de quartier et les organismes communautaires.

Paru dans le Vol. 1, n° 2, juin 2005, sous le titre *Un défi de taille pour les gestionnaires*.

Gérer dans un environnement professionnel : un défi insoupçonné



Joël Brodeur, inf., DM. Sc. Administration
D.E.S.S. Gestion et développement des organisations
D.E.S.S. Gestion de l'amélioration et de la performance
Ceinture noire Lean Six-Sigma
Directeur, Développement et soutien professionnel

Le monde de la santé est un environnement complexe, et les défis qui attendent les gestionnaires sont nombreux. C'est pourquoi une bonne compréhension du système professionnel qui encadre les professionnels qui y exercent est une compétence essentielle à acquérir.

1. Une structure unique au monde

La structure du système professionnel québécois est unique au monde. Sa création remonte à 1974, année où le législateur a adopté le Code des professions (RLRQ, chapitre C-26) qui donnera naissance aux ordres professionnels. Ces derniers deviendront alors des organismes délégués des pouvoirs de l'État, chargés de protéger le public en réglementant et en surveillant les activités professionnelles pouvant comporter des risques de préjudice. Ce système relève du ministre de la Justice – et non de celui de la Santé comme dans d'autres provinces et territoires –, qui a la responsabilité de l'application des lois professionnelles au Québec. Il a autorité sur l'Office des professions du Québec (OPQ), qui exerce une surveillance sur les 46 ordres professionnels regroupant plus de 390 000 professionnels. Les gestionnaires du réseau de la santé québécois ont par conséquent tout intérêt à bien saisir le rôle et les responsabilités des ordres professionnels, acteurs incontournables de l'ensemble des intervenants du réseau.

2. Le rôle d'un ordre professionnel

Trop souvent, le rôle des ordres professionnels est incompris et assimilé par erreur au rôle d'autres partenaires du milieu de la santé. Il importe de rappeler qu'ils n'ont pas le mandat de produire du savoir scientifique; ce mandat est celui des sociétés savantes et des universités. Ils ne sont pas non plus voués à défendre les intérêts de leurs

membres, car ce sont les associations syndicales qui remplissent cette mission. Ils n'ont également pas le mandat de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins, celui-ci étant assumé par les directeurs de soins infirmiers (DSI) suivant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2, ci-après LSSSS).

Cela étant dit, un ordre professionnel est voué par le législateur à la protection du public, par :

- l'admission de candidats titulaires d'un diplôme reconnu par le gouvernement et l'examen d'entrée à la profession;
- la surveillance de l'exercice de la profession, au moyen de l'inspection professionnelle;
- la mise à jour des compétences et la formation continue, par l'intermédiaire du développement professionnel;
- l'encadrement déontologique et de l'intégrité des membres, exercé par le syndicat;
- l'adoption de règlements encadrant la pratique des membres;
- le contrôle de l'exercice illégal de la profession et de l'usurpation du titre;
- l'obligation de fournir et de maintenir une garantie contre la responsabilité que peut encourir un membre en raison d'une faute commise pendant l'exercice de sa profession.

Maintenir un milieu de soins sécuritaire

2.1 L'importance de connaître le Code de déontologie

Un ordre professionnel a aussi l'obligation d'adopter et d'imposer un code de déontologie à ses membres. Au Québec, les codes de déontologie sont des règlements dûment adoptés par le gouvernement et leur application est obligatoire, contrairement à un code d'éthique avec lequel il est souvent confondu.

Ce sont les codes de déontologie qui imposent aux professionnels de sauvegarder en tout temps leur indépendance professionnelle. Ainsi, ils doivent exercer leur profession avec objectivité et faire abstraction de toute intervention provenant d'un tiers, même s'il s'agit de leur supérieur immédiat ou de leur employeur. En aucun moment le professionnel peut agir sous la contrainte d'un tiers et poser des actes qui risquent de causer préjudice à un client. L'article 188.2.1 du Code des professions prévoit des amendes importantes pour quiconque encourage, conseille, consent, autorise, ordonne ou amène un membre d'un ordre professionnel à contrevenir à une disposition de son Code de déontologie.

Les gestionnaires devraient être sensibles à cette réalité et connaître les obligations déontologiques des professionnels afin d'éviter de les placer dans un dilemme fort difficile à gérer à titre de salarié, soit celui de la loyauté envers son employeur ou le fait de s'exposer à une plainte disciplinaire pour non-respect de ses obligations déontologiques.

3. La complémentarité des rôles

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) regroupe quelque 75 000 membres, dont 82 % travaillent dans le réseau public de la santé. Maintenant que le rôle d'un ordre est bien défini, il importe d'aborder le rôle complémentaire dévolu aux gestionnaires en soins infirmiers des établissements de santé. Si l'ordre professionnel a la responsabilité de protéger le public en assurant la compétence et l'intégrité de ses membres, les établissements de santé se sont vu confier, par la LSSSS, la responsabilité



de surveiller et de contrôler la qualité des soins et services offerts aux patients. L'article 207 de la LSSSS prévoit que le conseil d'administration d'un établissement de santé nomme un DSI afin qu'il assume les responsabilités d'encadrement des infirmières et infirmiers. Il est sous l'autorité du directeur général et il a, notamment, des responsabilités en matière de contrôle de la qualité de l'activité professionnelle et du développement de la pratique professionnelle. En aucun temps l'OIIQ n'a juridiction pour intervenir sur les conditions de travail ou dans l'organisation des soins dans les établissements du réseau. Son rôle se limitera à s'assurer, par l'intermédiaire des outils de contrôle que lui alloue le Code des professions, de la compétence et de l'intégrité de ses membres.

À tort, plusieurs intervenants, y compris chez les infirmières et infirmiers mêmes, confondent les responsabilités inhérentes à un ordre professionnel avec celles de l'employeur. Il faut retenir que l'ensemble des intervenants du milieu de la santé, dont les établissements, par l'intermédiaire de la LSSSS; les syndicats, chargés de protéger l'intérêt de leurs membres; les établissements d'enseignement, en regard de la formation initiale; les sociétés savantes, quant aux données scientifiques; ainsi que l'OIIQ et les infirmières et infirmiers contribuent, chacun dans ses sphères respectives, à maintenir un milieu de soins sécuritaire et de qualité.

Sources :

- <https://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels/>
- <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>
- <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>
- <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie>

Le Partenariat de soins et services avec les usagers au CISSS de Laval : qualité ou performance ?

Dans son plan stratégique 2015-2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a positionné le Partenariat de soins et services avec les usagers (PSSU) comme l'une des assises fondamentales de son action en reconnaissant sa portée transversale comme levier de transformation dans les nouvelles structures (Martel, 2016).



Mireille Camilien

Directrice adjointe
Direction de la qualité,
de l'évaluation, de
la performance et
de l'éthique, Centre
intégré de santé et
de services sociaux
(CISSS) de Laval



Isabelle Simard

Conseillère clinique
Direction des services
multidisciplinaires
(DSM), Responsable
du Bureau du PSSU
CISSS de Laval



Benoit Tétreault

Directeur adjoint
DSM
CISSS de Laval



Marie-Pascale Pomey, Ph. D.

Chercheure
Centre de recherche
du CHUM, Université
de Montréal



Article 14.03.12 Mots-clés : partenariat de soins et services, qualité, performance, agrément, expérience patient



DANS LE RÔLE PRINCIPAL, L'USAGER

Introduction

Contrairement à la grande majorité des établissements récemment fusionnés au Québec, l'originalité du CISSS de Laval tient au fait que le déploiement du partenariat de soins et services avec les usagers a été confié à une direction professionnelle clinique, la direction des services multidisciplinaires (DSM). Dès 2013, les acteurs stratégiques ont convenu de situer l'approche d'abord dans la

relation professionnelle entre intervenant-usager et qu'elle soit portée par la DSM, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et l'ensemble des directions cliniques.

En 2014, grâce à l'obtention d'un financement du MSSS pour le déploiement du Lean Santé, intégrant la voix du client, une étroite complémentarité sur les plans clinique et managérial, entre la DSM et la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ)

s'est développée. Les deux directions ont souhaité accroître la convergence des travaux sur le PSSU en lien avec l'évolution des critères d'excellence d'Agrément Canada.

Lors de la fusion des établissements de santé et services sociaux en 2015, le CISSS de Laval a décidé de poursuivre le travail amorcé plus tôt pour développer le PSSU en soutien au « vrai nord » de l'établissement, soit être *digne de confiance à chaque instant*, en dispensant les meilleures pratiques et en respectant la voix et les choix de l'utilisateur.

Cet article présente une réflexion « terrain » au sujet des impacts observés et projetés du partenariat de soins et services avec les usagers (PSSU) sur l'amélioration de la performance clinique et organisationnelle à Laval. Il permet de partager quelques leçons pouvant être utiles dans l'approche d'amélioration de la qualité et de la performance, tant au CISSS de Laval que dans d'autres établissements.

Déploiement du PSSU

Dès 2013, la volonté de la DSM fut d'améliorer la qualité des plans d'intervention et les compétences du travail interdisciplinaire avec le soutien de l'Université de Montréal (DCPP, 2014), d'une part, et en outre de positionner le PSSU sur le plan « clinique ». Dès l'année suivante, des usagers partenaires ont intégré diverses initiatives. Et même si les idées novatrices pour améliorer la performance des soins et services pouvaient paraître parfois évidentes aux yeux des usagers, aucun intervenant ni gestionnaire n'y avait pensé auparavant.



Lors d'un projet de réaménagement de locaux à la préadmission en chirurgie, on discutait de la nécessité pour les usagers de revenir s'asseoir dans la même salle d'attente, à l'entrée du département, entre chacune des rencontres avec les différents intervenants, tout au long de leur demi-journée d'accueil.

Madame F, usagère partenaire qui participait au Kaizen, voyant la possibilité et l'espace pour le faire, a proposé que de petites aires d'attentes soient disposées à différents endroits du parcours des patients. Elle a fait valoir que les chaises placées ainsi lui permettraient de sentir qu'elle avance dans son parcours de guérison de son cancer, plutôt que d'avoir à chaque fois l'impression de revenir s'asseoir au point de départ, de reculer dans son combat contre la maladie.

Dès lors, la pertinence de renouveler l'expérience et d'étendre ces initiatives à toutes les directions de l'organisation est devenue incontournable, d'autant que le partenariat de soins et services avait un « sens » chez les cliniciens et les usagers dans l'ensemble du continuum de soins et services. Un comité de coordination rassemblant des gestionnaires de chaque direction clinique fut créé pour suivre le plan d'action visant le déploiement du PSSU à travers l'établissement. Un besoin de définitions, de balises communes, d'outils standards, de formation et de recrutement de nouveaux usagers partenaires était notamment manifeste.

Tout en ayant fixé des cibles annuelles à atteindre, il nous importait de respecter le rythme des équipes, d'être à leur écoute, d'impliquer les gestionnaires et anticiper avec eux les leviers requis pour faciliter l'implantation de l'approche. Ainsi, d'ici 2021, 50 % des équipes cliniques pertinentes auront démarré une démarche de partenariat avec des usagers partenaires. Et 75 % des comités où il est approprié de le faire auront intégré des usagers partenaires à titre de membre permanent.

À ce jour, une cinquantaine d'usagers partenaires ont intégré près de 60 projets et comités au CISSS de Laval, dépassant la dernière cible annuelle fixée. Des usagers partenaires ont coanimé plus de 50 ateliers de sensibilisation et formations au PSSU.

À l'été 2017, le Bureau du PSSU a sondé tous les intervenants, gestionnaires et médecins ayant participé à des initiatives de partenariat de soins et services avec des usagers partenaires (n=155; taux de réponse 66 %). Sur une échelle de 10, ils ont coté à 8,82 la participation des usagers partenaires comme ayant une valeur ajoutée et à 8,65 le souhait de répéter l'expérience. Les données sont sensiblement les mêmes pour les usagers partenaires ayant aussi complété ce type de sondage.

Depuis 2016, à chaque période financière, le comité de direction du CISSS de Laval pose un regard sur la fluctuation des indicateurs au tableau de veille de performance de l'établissement. Axés entre autres sur des dimensions du modèle de performance du MSSS (2012), telles l'accessibilité, la qualité et l'efficacité, les indicateurs rassemblent les préoccupations de gestion liées à la trajectoire de soins de l'utilisateur. Ils permettent de comprendre les facteurs contributifs à la non-performance et d'identifier les meilleures actions à mettre en place pour améliorer et simplifier ce parcours, idéalement en s'enquérant des obstacles auprès de l'utilisateur.

C'est ainsi que l'objet prioritaire s'adressant à l'organisation des services de première ligne a donné lieu à la révision de la trajectoire de la clientèle 0-100 an ayant besoin des services psychosociaux, inscrits en GMF ou non. La non-atteinte des cibles liées à l'accès a amené les acteurs impliqués, avec le soutien des membres du comité, à trouver des solutions à travers une méthode de résolution de problème impliquant un usager partenaire pour coconstruire une nouvelle trajectoire afin d'améliorer la réponse aux attentes des usagers.

Place du partenariat dans la performance organisationnelle

Dans son cadre conceptuel de la gestion de la qualité, Agrément Canada (2018) voit l'importance d'établir des services en partenariat avec l'utilisateur, en collaborant avec lui et ses proches. L'intégration des usagers partenaires au CISSS de Laval a permis de mettre en lumière l'importance de mesurer l'écart entre les services qu'ils attendent et les services rendus. Lorsqu'on comprend que pour l'utilisateur la valeur ajoutée est celle des services qu'il

s'attend à recevoir, l'évaluation de cet écart devient primordiale. Alors, l'utilisateur qui participe à toutes les étapes de révision, d'élaboration et de conception de ses soins et services devient l'élément essentiel.

L'intégration de l'utilisateur n'est toutefois pas toujours facile pour les intervenants qui découvrent que les soins et services planifiés et élaborés de bonne foi ne répondent pas invariablement à ses besoins, mais davantage à l'administration. Il faut beaucoup de courage et de tact de la part des usagers partenaires pour dire les choses simplement, mais telles qu'elles sont.

Dans le cas de l'indicateur du nombre moyen hebdomadaire de jeunes en attente d'une évaluation /orientation à la Direction de la Protection de la Jeunesse, l'équipe de « Réception et traitement des signalements » (RTS) a revu sa façon de s'exprimer, ses techniques, ses méthodes et ses outils lors des ateliers de travail avec l'utilisateur. Ainsi, l'utilisateur partenaire a permis de nous éloigner de nous-mêmes afin de mieux nous rapprocher de lui.

De plus, lors du déploiement du Lean Santé, une discussion honnête et juste sur la performance et la sécurité a permis d'inclure la voix du client. Au Comité de gestion des risques, les deux représentants de comités d'usagers ainsi que l'utilisateur partenaire prennent connaissance des rapports d'incidents/accidents de l'établissement et sont en mesure d'émettre les recommandations soumises au Conseil d'administration.

Il est aussi primordial de définir et distinguer l'expérience patient du partenariat de soins et services : le premier permettant de consulter, le second de coconstruire. Complémentaires, ils assurent l'actualisation des meilleures pratiques qui répondent réellement aux besoins des usagers.

Nous croyons fermement que l'avancement organisationnel du PSSU visé d'ici 2021 va contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services tout en favorisant la satisfaction des employés, des gestionnaires et des médecins et ainsi la performance organisationnelle. Les objectifs poursuivis se situent à différents plans :

- *La qualité et la sécurité* de chaque individu — Éviter que des usagers subissent le sort de Monsieur L. qui n'a pas eu le temps d'interpeler l'infirmière avant qu'elle lui administre de la pénicilline à laquelle il est allergique.
- *L'optimisation des ressources* de l'équipe clinique — Mettre en place des autoappréciations annuelles du fonctionnement des équipes interdisciplinaires avec la participation d'usagers partenaires.
- *L'accessibilité* clinico-administrative — Favoriser l'engagement d'usagers partenaires à divers comités, tant au plan opérationnel que stratégique.
- *La pertinence* des décisions cliniques et organisationnelles — Favoriser la participation des usagers partenaires aux projets/comités, afin d'aider à recentrer les priorités sur leurs besoins réels.

Madame B. mentionne que le message d'accueil à la réception téléphonique de l'hôpital ne devrait pas débuter par une consigne sur le lavage des mains alors que l'usager n'a pas encore réussi à parler à quiconque dans l'établissement. Elle propose que le message soit diffusé lors de la mise en attente de l'appel, au lieu d'une musique de fond. Ou encore, que l'usager puisse choisir un département qu'il souhaite rejoindre, plutôt que d'entrer le nom d'une personne... qu'il ne connaît pas encore.

Il est primordial de définir et distinguer l'expérience patient du partenariat de soins et services : le premier permettant de consulter, le second de coconstruire.

Conclusion

Le PSSU a été intégré à la philosophie d'intervention clinique du CISSS de Laval et contribue à répondre aux aspirations cliniques de l'ensemble des missions du continuum de soins et services. Avec le soutien de l'Université de Montréal (CEPPP, 2018), la DSM du CISSS de Laval élabore un modèle logique qui mènera à l'évaluation de l'implantation du PSSU au sein de l'organisation entre 2015 et 2018. Entretemps, nous pouvons déjà observer plusieurs impacts bénéfiques du déploiement auprès de la clientèle et des acteurs cliniques et administratifs concernés qui agissent sur la qualité et la performance de l'établissement. D'ici les prochaines années, nous pourrions encore mieux mesurer l'ensemble des impacts qualitatifs et quantitatifs que l'implantation de cette approche aura induits sur notre système de soins et services. Accordons plus de place sur scène à l'usager. N'est-il pas celui qui tient la corde de la transversalité en parcourant souvent plusieurs secteurs pour l'obtention de ses soins et services?

Références

MARTEL, S (2016). *Stratégies pour assurer la pérennité de la démarche de Partenariat de soins et de services dans le contexte du CIUSSS de l'Est de Montréal : une étude de cas*. Travail dirigé. Maîtrise en administration de la santé, ESPUM.

DIRECTION COLLABORATION ET PARTENARIAT PATIENT (DCPP) (2014). *Le partenariat de soins et de services*. [Consulté le 12 mars 2015] - <http://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariatpatient/le-partenariat-de-soins-et-services/>

CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS ET LE PUBLIC [CEPPP] (2018). - <https://ceppp.ca/fr/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, 25 p.

AGRÈMENT CANADA (2014). *Guide sur l'évaluation de l'amélioration de la qualité et les indicateurs de qualité*, Agrément Canada, Ottawa.

Guillaume Ducharme
M. Sc., Adm. A.

Directeur adjoint, qualité
évaluation, performance et éthique
CISSS de la Montérégie-Ouest
Chargé de cours, École de santé publique
Université de Montréal



Gestion des risques et performance

Article 14.03.10 Mots-clés : risque, qualité, sécurité, performance, gouvernance.



D'emblée, le lien entre la gestion des risques et la performance ne s'établit pas naturellement. On dirait plutôt qu'il s'agit de concepts isolés l'un de l'autre, sans liens reconnus et surtout sans impact de l'un sur l'autre. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, on utilise le vocable « gestion des risques » pour parler des activités relatives à la déclaration et à l'analyse des incidents et des accidents de même qu'à la divulgation des accidents aux usagers. L'ensemble de ces activités ayant pour finalité la prévention de la récurrence de ces événements indésirables⁽¹⁾.

Performance, gestion des risques, sécurité...

Si la performance d'une organisation est vue essentiellement sous l'angle de l'utilisation des ressources financières et si on entrevoit la gestion des risques comme un processus visant essentiellement à comprendre les erreurs ayant conduit à des préjudices physiques pour des patients, il sera plutôt difficile à un directeur des finances et à un gestionnaire de risques de trouver des points de discussions communs. De ce point de vue, performance et gestion des risques sont des silos évoluant dans deux univers parallèles.

L'origine des dispositions législatives entourant la gestion des risques provient de la prise de conscience que les accidents liés aux soins et aux services de santé causent des préjudices importants et qu'il est nécessaire de les voir non

pas comme des phénomènes isolés, mais bien comme des phénomènes systémiques intrinsèques à l'offre de service⁽²⁾. Cependant, il y a encore trop peu de liens d'établissements entre le nombre d'accidents liés aux soins et services et l'impact de ceux-ci sur la performance globale du réseau.

Il est vrai que le cadre d'évaluation de la performance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mentionne la sécurité comme l'une des caractéristiques que les services de santé et sociaux doivent présenter. La sécurité y est définie comme étant « la capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population »⁽³⁾. Le cadre reconnaît que « des lacunes quant [...] à la sécurité des services de santé et sociaux ne peuvent que se répercuter négativement sur leur efficacité », mais sans aborder plus en profondeur la question des moyens à mettre en œuvre pour prévenir ces lacunes.

Si cette question avait été abordée, elle aurait pu mettre en lumière un paradoxe surprenant : la performance et la sécurité des services (ou gestion des risques cliniques) sont des concepts dont l'application stricte peut entraîner des résultats potentiellement contradictoires. En effet, sachant que la principale stratégie de prévention des événements indésirables consiste à renforcer les mécanismes de contrôle — notamment par l'ajout de personnel — par l'ajout de technologies — par la formation — et par la mise en place de processus de contrôle plus complexes —, le résultat des activités de gestion des risques peut avoir comme conséquence tangible d'augmenter le coût unitaire des activités réalisées et donc de réduire

l'efficacité de l'offre de service. Ainsi, la gestion des risques est-elle, de ce point de vue, un adversaire de la quête d'une meilleure performance globale ?

Évidemment, une telle hypothèse pourrait paraître absurde puisqu'elle ne tient pas compte du coût de l'événement indésirable lui-même et de son impact sur la performance du système, notamment en ce qui concerne l'utilisation inutile de ressources dans le but de corriger l'erreur. Il y a d'ailleurs plusieurs études qui ont tenté d'évaluer le coût des événements indésirables dans le secteur de la santé et de mettre en lumière l'impact de la « non-qualité ». L'une de ces études, publiée en 2017 pour le compte de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), conclut que les événements indésirables en santé au Canada pourraient entraîner des dépenses de plus de 2,75 milliards de dollars par année⁽⁴⁾.

À ce coût, on pourrait se demander si, au-delà de l'enjeu humain des événements indésirables, il n'y a pas un enjeu économique incontournable à faire de la gestion des risques liés aux soins et services un pilier de la performance globale du réseau de la santé et des services sociaux.

**La gestion des risques
peut-elle contribuer
à l'amélioration
de la performance ?**

**2,75
milliards \$**

**C'est le montant
des dépenses que
les événements
indésirables en
santé au Canada
pourraient entraîner.**

La gestion des risques ou la gestion intégrée des risques ?

On entend par « gestion des risques » le processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des systèmes et des sous-systèmes de l'organisation qui permet l'identification, l'analyse, l'évaluation et le traitement des risques. L'ajout du qualificatif « intégré » dans le concept de gestion intégrée des risques implique la volonté de mettre l'accent sur l'intégration de la gestion des risques avec les activités de gestion d'une organisation, de manière à ce que la prise de décision tienne constamment compte des risques pouvant compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis.

Or, on le sait, la gestion des risques va au-delà de la seule prise en compte des événements indésirables liés aux « opérations » d'une organisation. Et, de son côté, la conception de la performance ne concerne pas uniquement le coût unitaire des services rendus. La gestion du risque est reconnue depuis longue date comme étant une des dimensions incontournables de la gouvernance d'une organisation⁽⁵⁾. Une organisation dont la gouvernance est saine cherchera à cerner les risques de ses processus internes dans sa propre gestion. Une telle organisation prendra en compte les menaces externes qui pourraient entraver ou perturber ses activités : phénomènes météorologiques, économiques, sociaux, politiques et ainsi de suite.

La prise en compte des risques dans l'analyse de l'environnement interne et externe d'une organisation n'est pas une fin en soi. Les résultats des analyses de gestion de risques doivent servir à établir les « moyens de maîtrise » de risques appropriés, c'est-à-dire les stratégies de prévention qui réduiront l'occurrence de réalisation de ces risques ou qui en réduiront l'impact sur les activités de l'organisation. L'efficacité de ces stratégies de maîtrise de risque aura un impact direct sur la capacité d'une organisation de maintenir ses activités tout en diminuant les facteurs qui pourraient les perturber. Difficile de ne pas faire le lien ici entre la gestion des risques et la performance d'une organisation.

Passer à un mode préventif et proactif pourrait avoir un impact positif sur la performance

La norme ISO-31000 présente la gestion des risques comme un vecteur de création et de préservation de la « valeur ». Il s'agit même du premier principe fondamental de la norme : « Le management du risque contribue de façon tangible à l'atteinte des objectifs et à l'amélioration des performances [de l'organisation] »⁽⁶⁾. Difficile d'être plus clair ! La volonté des créateurs de cette norme est d'opérer un changement dans la conception de la gestion des risques. Traditionnellement, on voyait la gestion des risques comme une sorte de « science du danger » axée sur la mise en place de contrôles et de mécanismes de prévention qui alourdissent les processus de gestion et entravent l'autonomie des gestionnaires.



La nouvelle vision préconisée consiste à faire de la gestion des risques un soutien actif à l'atteinte des objectifs poursuivis.

La gestion des risques n'est plus celle qui dit « ne faites pas ça, c'est dangereux », mais plutôt celle qui préconise « faites-le de cette manière et vous améliorerez votre capacité à atteindre votre but ».

Ce changement de paradigme de la gestion des risques ouvre la porte à une meilleure collaboration entre les conseillers en gestion des risques et les gestionnaires, puisque ceux-ci ont maintenant un objectif commun : atteindre les objectifs poursuivis, sans perturbation⁽⁷⁾. Si les gestionnaires sont les moteurs de l'amélioration de la performance d'une organisation, les conseillers en gestion des risques doivent être vus comme la direction assistée, la caméra de recul et l'indicateur de collisions, mais certainement pas comme les freins, ni même uniquement comme le coussin gonflable qui se déploie quand survient la catastrophe !

Comment favoriser l'émergence d'une gestion des risques qui agit comme vecteur de l'amélioration de la performance ?

Pour faire de la gestion des risques cette fonction stratégique de l'organisation qui accompagne les gestionnaires à tous les niveaux dans la prise de décision et la gestion opérationnelle, il faut le vouloir et mettre en place les conditions gagnantes.

Parmi ces conditions, il y a tout d'abord la sélection au sein de l'équipe de gestion des risques de personnes aguerries, alliant une connaissance des concepts théoriques à une expérience pratique du fonctionnement de l'organisation. Il faut des personnes dynamiques, créatives et entreprenantes n'ayant pas peur d'aller sur le terrain et de dialoguer avec les gestionnaires opérationnels et leurs équipes. Il faut des personnes qui ont le goût de s'investir dans la résolution de problèmes complexes en disant aux gestionnaires opérationnels « votre problème c'est aussi le mien; travaillons ensemble pour trouver une solution ».

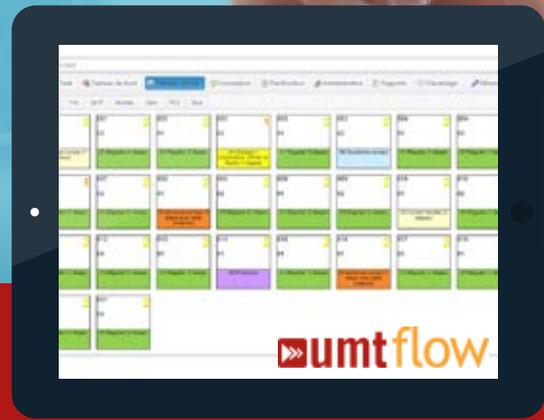
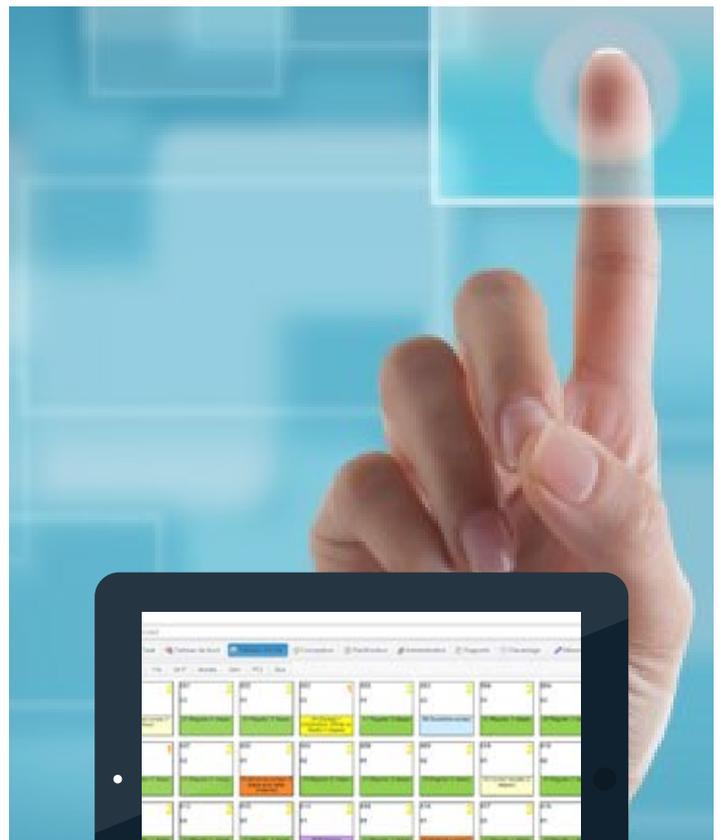


L'équipe de gestion des risques doit également bénéficier d'une reconnaissance de la part de la direction d'une organisation. Elle doit être invitée dans les réunions stratégiques et faire partie des processus décisionnels. Il devrait y avoir un canal de communication privilégié entre la haute direction et la gestion des risques de manière à ce que la notion de risque et son impact sur l'atteinte des objectifs d'une organisation soient une préoccupation constante des décideurs. Finalement, il faut un processus d'identification, d'analyse et de traitement des risques qui soit efficient et efficace. C'est-à-dire un processus d'identification basé sur des systèmes d'information donnant l'heure juste, impliquant les personnes ayant la capacité d'agir et s'autoévaluant constamment de manière à s'améliorer en continu.

Nous sommes tous en quête d'une amélioration de la performance globale de nos établissements, et ce, de manière à pouvoir continuer d'offrir aux usagers et à la population des services de santé et des services sociaux accessibles, équitables, pertinents, sécuritaires et de qualité. La gestion des risques, par sa capacité à cerner les menaces pouvant perturber nos activités, peut contribuer grandement à éviter une diminution de la performance causée par la réalisation des risques. Elle peut également constituer un soutien puissant à une prise de décision optimisée qui permettra d'augmenter la performance d'une organisation.

Références

1. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 183.2 et suivants.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *La gestion des risques, une priorité pour le réseau - Rapport du comité ministériel (Rapport Francoeur) et Plan d'action ministériel*.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*.
4. RISKANALYTICAR (2017). *Le bien-fondé d'investir dans la sécurité des patients au Canada*, Institut canadien pour la sécurité des patients, Août.
5. AQUESSS (2011). *Guide de la gestion intégrée des risques*.
6. ORGANISATION INTERNATIONALE DE NORMALISATION - NORME ISO 31 000 (2018). *Management du risque*.
7. MOTET, Gilles (2009). « La norme ISO 31 000 en 10 questions », *Fondation pour une culture de sécurité industrielle - FONCSI*, n° 2009-05.



NOUVELLE VERSION UMTFLOW®

DÉSINFECTEZ PLUS DE CHAMBRES

avec UMTFlow® pour la gestion de répartition des appels de départs-transferts. La nouvelle version UMTFlow® est le fruit de la collaboration des ingénieurs de Laubrass avec les équipes en place pour la plus grande satisfaction des utilisateurs et gestionnaires du réseau de santé québécois.



LAUBRASS

www.laubrass.com/quebec

514-526-8040



Manon Daigle, M.Sc. inf.
Professeure au département des sciences infirmières
et codirectrice au Module des sciences de la santé, UQAR



Louise Bolduc
Directrice du Service de la formation continue, UQAR

Formation des professionnels de la santé en région, l'expérience de la décentralisation du baccalauréat en sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski

La décentralisation du cheminement DEC-BAC du baccalauréat en sciences infirmières de l'UQAR représente de nombreux avantages pour les infirmières¹, les milieux cliniques et conséquemment la population.

Depuis plusieurs années, les infirmières de la Gaspésie Îles-de-la-Madeleine, de la Côte-Nord, de La Matanie et finalement du Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques (KRTB) ont la possibilité de poursuivre des études universitaires en sciences infirmières dans leur milieu. Cet article présente les objectifs reliés au projet d'offre de formation en région, les défis rencontrés ainsi que les solutions mises en place. Finalement, les retombées et opportunités seront exposées.

Les objectifs

En 2010-2011, les régions de la Gaspésie Îles-de-la-Madeleine ainsi que celle de la Côte-Nord recensaient

les plus faibles proportions d'infirmières détentrices d'un baccalauréat. En regard de ces données, la décentralisation du DEC-BAC en région avait pour objectifs d'augmenter le nombre d'infirmières bachelières et d'inciter les infirmières détentrices d'un diplôme d'études collégial (DEC) à poursuivre des études universitaires. Contrer l'exode de la relève, faciliter le recrutement, l'attraction et la rétention du personnel infirmier en région tout en proposant une alternative qui répondait aux besoins grandissants de formation.

Précisons que la pérennité des décentralisations est le fruit de la concertation de plusieurs partenaires notamment le Module des sciences de la santé, le Département des

1. Le féminin sera employé dans cet article étant donné la forte proportion de ce genre dans la profession infirmière et chez les étudiantes inscrites dans les programmes en sciences infirmières.

sciences infirmières, le Service de la formation continue (SFC), les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ainsi que les cégeps et leur département de soins infirmiers. À titre d'exemple, les cours sont dispensés dans les locaux des cégeps. Les CISSS collaborent pour l'organisation des horaires des infirmières et contribuent aux placements en stage. Des rencontres annuelles permettent également de miser sur les objectifs communs.

Les défis de la formation en région

Le maintien de la viabilité des cohortes représente un défi pour la formation en région. Pour minimiser l'impact des petits groupes, le plan de formation est proposé sur trois ans et les admissions sont possibles tous les trimestres. Les nouvelles étudiantes intègrent les cohortes selon le calendrier établi et les études à temps complet demeurent possible. Le téléenseignement, comme mode de dispensation de cours en jumelant deux sites distants, permet également d'augmenter la taille des groupes.

Le téléenseignement représente également un défi. Afin d'assurer un contact direct avec les étudiantes, l'enseignante doit alterner les périodes de présence sur chacun des sites. Comme ce mode d'enseignement nécessite une adaptation, « *Le guide du téléenseignement* » a été élaboré et le soutien d'un technicien est disponible. Un atelier ayant pour titre « *Réussir à l'université avec le téléenseignement* » est en cours de réalisation.

Maintenir la qualité pédagogique de l'enseignement est une autre préoccupation. Pour ce faire, une professeure est en poste sur chacun des sites afin d'en assurer la coordination et l'enseignement de certains cours. Ces derniers sont offerts à raison d'une journée aux deux semaines afin

de limiter les déplacements. Le recrutement des ressources en région est par ailleurs encouragé.

L'UQAR est également soucieuse d'offrir les mêmes services que ses campus principaux. Grâce à des ententes avec les cégeps partenaires, l'accès aux laboratoires, au centre sportif, à la bibliothèque, ainsi qu'au service d'aide psychologique est disponible. De plus, les étudiantes peuvent bénéficier, à distance, des services de la bibliothèque du campus de Rimouski et du Centre d'aide à la réussite (CAR).

Les retombées et les opportunités

Les retombées sont plus que positives pour les infirmières et les milieux cliniques. En plus de permettre le développement des compétences, la formation universitaire en région permet d'augmenter l'employabilité, d'obtenir de nouvelles responsabilités, de se démarquer professionnellement et de se rendre admissible à des études universitaires de 2^e cycle. À cet effet, précisons que le programme de *Maitrise en sciences infirmières* est maintenant offert en Gaspésie Îles de la Madeleine ainsi que sur la Côte-Nord. La formation en région permet de concilier les études, le travail et parfois même la famille tout en diminuant les frais engendrés par des études à l'extérieur de la région. Précisons que plusieurs infirmières affirment qu'elles n'auraient pas poursuivi ce genre d'études, si la formation ne s'était pas déployée dans leur milieu. Comme en témoignent les données présentées au tableau 1, la proportion d'infirmières bachelières a augmenté dans les régions où le programme est offert. De plus, la proportion des infirmières qui y poursuivent des études au baccalauréat est supérieure à la moyenne québécoise.

Tableau 1

Proportion d'infirmières détentrices d'un baccalauréat et proportion de la relève qui poursuivent études universitaires sur le territoire desservi par l'UQAR

Région du territoire	% d'infirmières détentrices d'un baccalauréat* sur le territoire desservi par l'UQAR		% de la relève qui poursuit au baccalauréat
	2010-2011	2016-2017	Moyenne 2012 à 2017
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	22,8 %	32,7 %	63,2 %
Côte-Nord	22,2 %	30,5 %	57,3 %
Bas-St-Laurent	34,1 %	43,7 %	81,6 %
Ensemble du Québec	34,3 %	42,1 %	47,5 %

* Inclut les diplômés de cycles supérieurs

Source : OIIQ, 2011, 2017

En terminant, la poursuite des décentralisations de la portion universitaire du cheminement DEC-BAC en sciences infirmières apparaît dorénavant comme un incontournable qui permet de répondre aux besoins de formation des infirmières. Le succès de ces décentralisations a permis de voir naître d'autres projets de formation. C'est d'ailleurs le cas notamment des programmes en sciences de la gestion et des sciences de l'éducation pour ne nommer que ces derniers.

Références

OIIQ (2017). Portrait régional de l'effectif infirmier et de la relève 2016-2017, Bas-St-Laurent/Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/01-portrait-regional-bas-st-laurent-gaspesie-idm.pdf>

OIIQ (2017). Portrait régional de l'effectif infirmier et de la relève 2016-2017, Côte-Nord. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/09-portrait-regional-cote-nord.pdf>

OIIQ (2011). Rapport statistique sur l'effectif infirmier du Québec 2010-2011. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2925_doc.pdf



NOS ÉVÉNEMENTS

NOS ÉVÉNEMENTS

Présenté par
LE POINT en santé
services sociaux
éducation

Informatique Santé

Saïon d'exposition
Colloque et ateliers

29 novembre
2018

- La gestion de projets complexes

Centrexpo Cogeco
Drummondville

Partenaire **IBM**

www.lepointensante.com

28 novembre
centrexpo
de **2018**
Drummondville

SANTECH

Services techniques
Hygiène et salubrité
Technologies médicales
Logistique et approvisionnement

S'approprier l'innovation
technologique

LE POINT en santé
services sociaux

www.lepointensante.com

SoQibs **AQIISTI**

COLLOQUE

Le numérique au service d'un
système de santé et de services
sociaux intégré et apprenant

30 Novembre 2018
Centrexpo Cogeco de Drummondville

EN PARTENARIAT
AVEC : **LE POINT** en santé
et services
sociaux

www.colloque-soqibs-aqiisti.com

LE POINT en santé
services sociaux
éducation
présente

POUR LE MIEUX-ÊTRE DES AÎNÉS

LA QUALITÉ AU SERVICE DES AÎNÉS // 3^E ÉDITION

le 11 avril 2019

Centre de congrès et d'expositions de Lévis

Colloque
19 et 20
2018

Éducation/formation en santé et services sociaux

Enjeux et pistes de
solutions aux besoins actuels

POINT www.lepointensante.com



Nous remercions nos conférenciers et intervenants

Conférence ● Le concept de Pôle logistique inspire le milieu de la santé

Bernard Côté, directeur principal Approvisionnement et logistique, CIM-Conseil
Saâd Benguerrah, chef du service entreposage – Logistique, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Atelier 1-1 ● Reconfiguration des services alimentaires : Comment augmenter l'efficacité, et ce, sans compromis dans l'assiette ?

Marc Thibeault, directeur de la logistique, CIUSSS de la Capitale-Nationale
François Giasson, directeur adjoint à la logistique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Atelier 1-2 ● Projet Kaisen au bloc opératoire de l'Institut de cardiologie de Montréal

Stéphanie Berger, chef de secteur des services d'hygiène-salubrité, lingerie et déchets biomédicaux
Bruno Dubreuil, coordonnateur des services d'hygiène-salubrité, lingerie et déchets biomédicaux

Atelier 1-3 ● La gestion des conflits avec les fournisseurs : cadre juridique applicable et conseils pratiques

M^e Pierre Larrivée, Joli-Cœur Lacasse, s.e.n.c.r.l.
M^e Marie-Christine Côté, Joli-Cœur Lacasse, s.e.n.c.r.l.

Atelier 1-4 ● La prévention des infections en milieu hospitalier

Barry Hunt, président-directeur général, Class1

Atelier 2-1 ● Visions de la logistique au CIUSSS MCQ

Raymond Dufour, Ing., directeur de la logistique, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Atelier 2-2 ● Le retraitement du matériel médical à usage unique

Daniel Thibault, coordonnateur en hygiène-salubrité et des déchets biomédicaux, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Atelier 2-3 ● Le processus de conception intégrée (PCI) : tirer profit de la synergie d'équipe et mobiliser l'organisation vers un projet innovant en CHSLD!

Martin Rousseau, architecte, Directeur des services techniques, CIUSSS MCQ
Annie Létourneau, architecte, MGP, PMP, Conseillère en bâtiment, CIUSSS MCQ
Karine Boisvert, architecte, EDAC, Yelle Maillé et associés architectes

Atelier 3-1 ● La coordination du transport médical de patient dans la région de Montréal

Ariane Trudeau, directrice générale adjointe, Urgences-santé
Michel Garceau, directeur des opérations, Urgences-santé

Atelier 3-2 ● Introduction et évaluation de la technologie électrostatique ByoPlanet à l'hôpital général du Lakeshore

Alain Doston, coordonnateur, Services Hygiène-salubrité et Buanderie-lingerie
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal



Atelier 3-3 ● Gestion de portefeuille et de projets; s'outiller pour performer

Julie vaillant, architecte, PMP, LEED ap, Coordinatrice planification, projets, stratégie, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Grande conférence ● Transformer l'infrastructure de la chaîne d'approvisionnement dans les systèmes de santé pour améliorer la qualité, la sécurité et la performance des coûts (en anglais)

D^r Anne Snowdon, RN, BScN, MSc, PhD, FAAN, Chair, WIN Scientific Director & CEO, SCAN Health

Pour consulter les conférences et ateliers www.lepointensante.com/evenements

Merci à nos commanditaires



ecosystem



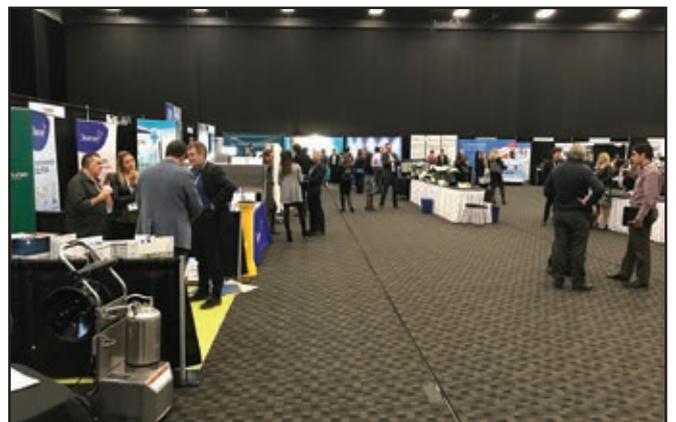
LE COLLOQUE SANTECH EN PHOTOS



Bernard Côté, Directeur principal Approvisionnement et logistique. CIM-Conseil
Saâd Benguerrah, Chef du service entreposage – Logistique
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal



Anne Snowden, World Health Innovation Network (WIN) Odette School



Présenté par

LE **POINT** en santé
services sociaux
éducation

Salon d'exposition
Colloque et ateliers

29 novembre
2018

Centrexpo Cogeco
Drummondville

Partenaire



Informatique Santé

- La gestion de projets complexes

www.lepointensante.com

Nous remercions nos conférenciers et intervenants

-
-
- **Mot du commanditaire Or** – Le patient au cœur des soins de santé – rêve ou réalité ?
Nathalie Le Prohon, vice-présidente, secteur des soins de santé et secteur des télécommunications, IBM Canada
-
- **Présentation spéciale** ● L'urgence de digitaliser le système de la santé au Québec
Francis Robichaud, directeur de l'innovation, PetalMD
-
- **Grande conférence** ● L'hôpital et le « virage » numérique
Philippe Castets, directeur
-
-
- Atelier 1-1** ● Trois avantages concrets de la transparence dans la gestion d'un projet d'informatisation en santé
Pierre-Luc Caseault, chef de service, Bureau de la conception et de l'évolution du CDO – Cristal-Net
-
- Atelier 1-2** ● Reconnaître l'effet des technologies médico-administratives sur l'expérience patient
Francis Robichaud, directeur de l'innovation, PetalMD
-
- Atelier 1-3** ● Dispositifs biomédicaux connectés à la médecine prédictive, quelles étapes-clés ?
Jean-Baptiste Michon, chef de produit, Enovacom
Jean Casini, directeur du développement des affaires Canada, Enovacom
-
- Atelier 1-4** ● L'hôpital numérique au service des patients et des professionnels de la santé
Elias Oussalah, responsable du développement international, Télécom Santé
-
-
- **Présentation spéciale** ● Améliorer l'expérience patient au CHUM
Cécile Lagoutte, **Hervé Bandaogo** et **Annie Comtois** - Équipe projet Bornes d'enregistrement et système d'appel
-
-
- Atelier 2-1** ● Citrix Cloud : L'automatisation de la gestion de vos services
Quentin Davoine, directeur des ventes secteur de la Santé, Citrix Cloud
Tony Scotti, spécialiste pré-vente technique, Citrix Cloud
-
- Atelier 2-2** ● Structure de découpage et gouvernance de projets TI : deux leviers incontournables de performance
Sébastien Blais, BAA, MBA, directeur de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec-Université Laval et Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval
-

Atelier 2-3 • Le dossier médical électronique, une réalité au sein des services préhospitaliers d'urgence du CIUSSS MCQ

Jean-François Lupien, conseiller aux services préhospitaliers d'urgence, CIUSSS MCQ
Christian Shooner, chargé à l'assurance de la qualité des services préhospitaliers d'urgence, CIUSSS MCQ

Atelier 2-4 • L'art du possible et les enjeux en matière d'analytique évoluée et d'intelligence artificielle

Alexandre Alle, spécialiste principal en solutions, IBM Canada

Atelier 3-1 • Microsoft Teams : Découvrez la plateforme dédiée au travail d'équipe

Sylvain Cadoret, directeur de comptes, Microsoft
Mario Lafond, conseiller en stratégies technologiques, Microsoft

Atelier 3-2 • Transformation numérique : perspective des prestataires de soins de santé
(en anglais, traduction projetée en français)

Rich Ross, directeur de recherche, Gartner

Atelier 3-3 • Analyse de l'impact des Projets de loi 10, 108, 130 et 135 sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles dans les établissements de santé et de services sociaux

M^e Pierre Larrivée, Joli-Cœur Lacasse, s.e.n.c.r.l.
M^e Marie-Christine Côté, Joli-Cœur Lacasse, s.e.n.c.r.l.

Atelier 3-4 • Vers la zénitude numérique

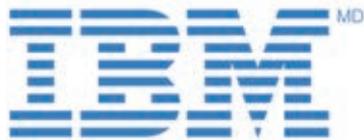
Anne Nguyen, coordonnatrice Hôpital numérique, Institut de Cardiologie de Montréal

• **Grande conférence** • La Régie: partenaire du réseau de la santé – L'expérience du Carnet santé Québec

Gaël Ségal, vice-président aux technologies de l'information, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Pour consulter les conférences et ateliers www.lepointensante.com/evenements

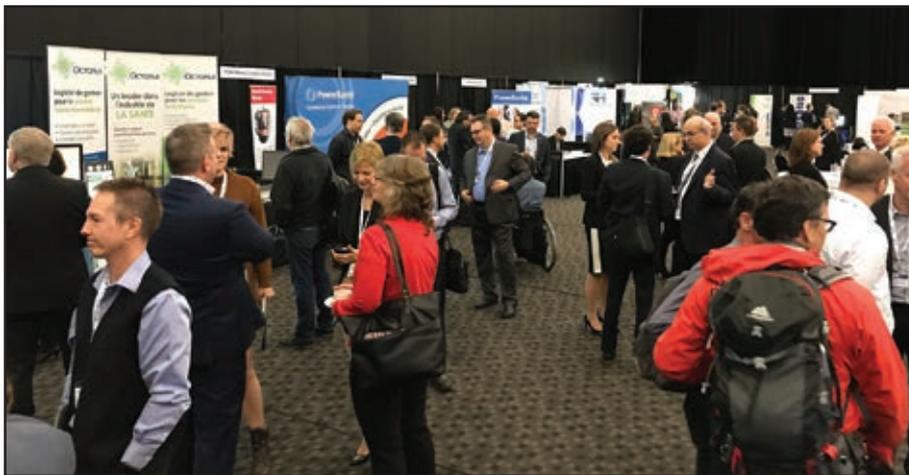
Merci à nos commanditaires



PetalMD



LE COLLOQUE INFORMATIQUE SANTÉ EN PHOTOS



LES GRANDES CONFÉRENCES INFORMATIQUE SANTÉ EN PHOTOS



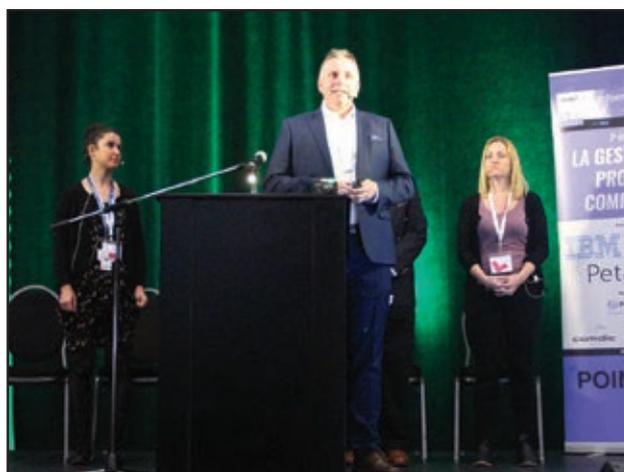
Philippe Castets, directeur du système d'information et de l'informatique Hospices Civils de Lyon



Gaël Ségal, vice-président aux technologies de l'information Régie de l'assurance maladie du Québec



Nathalie Le Prohon, vice-présidente, secteur des soins de santé et secteur des télécommunications, IBM Canada



Marco Gagnon de Logibec avec avec Cécile Lagoutte et Nauva l'Espérance du CHUM



Francis Robichaud, directeur de l'innovation, PetalMD

SoQibs **AQIISTI**
 Société Québécoise d'Informatique Biomédicale et de la Santé
 ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS
 EN SYSTÈMES ET TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

COLLOQUE
 Le numérique au service d'un système de santé et de services sociaux intégré et apprenant

30 Novembre 2018
 Centrexpo Cogeco de Drummondville

EN PARTENARIAT AVEC : **LE POINT.** en santé et services sociaux

www.colloque-soqibs-aqiisti.com

Nous remercions nos conférenciers et intervenants

-
- ◆ **Conférence d'ouverture** ◆ Contexte international et canadien
 Le numérique : Une révolution continue pour le système de santé
Pr Claude Sicotte, Ph. D., professeur en sciences de gestion, École des hautes études en santé publique (EHESP) – France
Éric Maillet, inf., Ph. D, *AQIISTI*

 - ◆ Le contexte québécois et les orientations ministérielles –La guerre aux silos : Comment apprendre de ce qu'on sait déjà ?
D^r Jean-Paul Fortin, M.D., FRCP, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPSSS) CIUSSS de la Capitale-Nationale

 - ◆ Démonstrations dynamiques d'innovation (Cristal Net et télésanté)

 - ◆ Utilisation des données cliniques issues des dossiers médicaux électroniques à des fins de recherche et d'amélioration continue de la qualité des soins et services : Un défi de taille essentiel à relever
D^r Jean-François Éthier, M.D, Ph. D, Unité SOUTIEN, Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP)

 - ◆ **Plénière** ◆ **Perspective et rôle du citoyen-patient dans le numérique**
Point de vue d'une citoyenne sur l'apport du numérique dans les services de santé et les services sociaux
Isabelle Côté, représentante citoyen-patient au sein du bureau de direction du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL)

 - L'implication des citoyens-patients dans le développement de la télésanté au Québec : perspectives croisées des parties prenantes**
Hassane Alami, Ph. D., Université Laval et CERSSPL-UL
Animatrice : Pre Marie-Pierre Gagnon, Ph. D., Université Laval et Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL)

Atelier 1-1 ◆ Cristal-Net : Un autre pas vers la continuité

L'équipe du CDO Cristal-Net, CHU de Québec-Université Laval

Atelier 1-2 ◆ La télésanté : des services en fonction qui présentent un potentiel de déploiement porteurs (ou prometteurs) pour le système de santé québécois ◆ **Salle VIP**

a. Quatre projets à visée provinciale et des enseignements de recherche-évaluation

b. Axes ciblés : Médecine d'urgence et surspécialisée, un vecteur de transfert d'expertise; Patient partenaire, téléconsultation et télédépistage

Équipes des quatre Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)
Sabrina Lapointe, coordonnatrice, **Vincent Beauregard** et **Alex Gagné**, CCT Sherbrooke
Katy Shadpour, coordonnatrice, et **Antoinette Ghanem**, CCT McGill
Marie-Josée Paquet, coordonnatrice, et **Mathieu St-Gelais**, CCT Montréal
Marie-Claude Beauchemin, coordonnatrice, et **Anne Gravel**, CCT CHU de Québec

Atelier 1-3 ◆ PARS3 et RCSSSP : une synergie en émergence! ◆ **Salle E**

D^r Jean-François Éthier, M.D, Ph. D, Unité SOUTIEN, Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP)
D^{re} Marie-Thérèse Lussier, M.D., B. Sc., M. Sc., FCMF, Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP)

◆ Séance parallèle : Assemblée générale de la SoQibs

◆ **Plénière** ◆ **Pour une vision d'ensemble au-delà des produits technologiques**

Les défis de l'utilisation du dossier médical électronique (DMÉ) lors de la consultation en santé : illustration et réflexions sur les constats favorables, mais aussi troublants

D^{re} Marie-Thérèse Lussier, M.D., BSc, MSc, FCMF, Université de Montréal et équipe de recherche en soins de première ligne, CISSS Laval

L'utilisation du numérique pour le médicament : un défi sous-estimé ?

Pre Aude Motulsky, BPharma, Ph. D., Université de Montréal, ESPUM/CR-CHUM

Téléassistance en soins de plaie : une influence positive sur la collaboration interprofessionnelle !

Véronique Brassard

Conseillère en soins infirmiers stomothérapeute et étudiante à la maîtrise en sciences de la santé avec mémoire CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean et Université de Sherbrooke

Atelier 2-1 ◆ Des solutions encourageantes pour une vision d'ensemble ◆ **Salle E**

a. Comment utiliser un DMÉ en présence d'un patient ?

D^{re} Marie-Thérèse Lussier, M.D., FCMF, Université de Montréal et équipe de recherche en soins de première ligne CISSS Laval

b. Des solutions informatisées centrées sur le patient pour la gestion des médicaments

Un bilan comparatif pour des transitions de soins à l'admission et au congé (RightRx / RxSécuritaire)
Une application pour la gestion d'un congé de l'hôpital (Smart about meds)

Mélissa Bustillo, chargée de projet, Groupe de Recherche en Informatique de la Santé, McGill
Santiago Màrquez, stagiaire postdoctoral, Groupe de Recherche en Informatique de la Santé, McGill

Atelier 2-2 ◆ Cristal-Net : Un autre pas vers une continuité informationnelle (**reprise de l'atelier 1-1**)

L'équipe du CDO Cristal-Net, CHU de Québec-Université Laval

Atelier 2-3 ◆ La télésanté : des services en fonction qui présentent un potentiel de déploiement porteurs (ou prometteurs) pour le système de santé québécois (Reprise de l'atelier 1-2) ◆ **Salle VIP**

a. Quatre projets à visée provinciale et des enseignements de recherche-évaluation

b. Axes ciblés : Médecine d'urgence et surspécialisée, un vecteur de transfert d'expertise; Patient partenaire, téléconsultation et télédépistage

Équipes des quatre Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)

Sabrina Lapointe, coordonnatrice, **Vincent Beaugard** et **Alex Gagné**, CCT Sherbrooke

Katy Shadpour, coordonnatrice, et **Antoinette Ghanem**, CCT McGill

Marie-Josée Paquet, coordonnatrice, et **Mathieu St-Gelais**, CCT Montréal

Marie-Claude Beauchemin, coordonnatrice, et **Anne Gravel**, CCT CHU de Québec

◆ Démonstrations dynamiques d'innovation (Cristal Net et télésanté)

◆ **Plénière** ◆ **Pour un système de santé apprenant : des conditions nécessaires à développer**

Approche populationnelle et santé publique

Pr David Buckeridge, M.D., Ph. D., Université McGill

Les conséquences inattendues de l'utilisation de la télésanté dans l'offre des soins et services: vivre avec la complexité

Hassane Alami, Ph. D., Université Laval et CERSSPL-UL

Atelier 3-1 ◆ Démonstration et enseignements d'un laboratoire de surveillance pour l'aide à la décision

Guido Powell, Assistant de recherche, Surveillance lab, McGill

Maxime Lavigne, principal développeur de logiciel, candidat au doctorat en épidémiologie, Surveillance lab, McGill

Atelier 3-2 ◆ Deux initiatives prioritaires à mieux comprendre

a. Processus d'analyses de laboratoire supportés par les TI : boucler la boucle par l'implication du patient et l'apport du Carnet santé Québec

Éric Maillet, inf., Ph. D, Université de Sherbrooke et membres de l'équipe de recherche (HEC Montréal, UQTR et Université Laval)

b. Le « eConsult » : Une solution pour qui et à quelles conditions ?

Quelle est sa place dans une offre de soins et services intégrés ?

D^{re} Maxine Dumas Pilon, M.D., CCMF, Université McGill et GMF-U Ste-Mary's, présidente comité exécutif Projet eConsult Québec

Atelier 3-3 ◆ Des conditions d'innovation, d'expérimentation et d'évaluation

Hassane Alami, Ph. D. (c), Université Laval et CERSSPL-UL

El Kebir Ghandour, Ph. D., INESSS-Université Laval et CISSS-CA

Marie-Pierre Gagnon, Ph. D., Université Laval et CERSSPL-UL

Jean-Paul Fortin, M.D, FRCP, Université Laval et CERSSPL-UL

Merci à notre commanditaire



LE COLLOQUE SOQIBS EN PHOTOS



Pr Claude Sicotte, Ph. D., professeur en sciences de gestion
École des hautes études en santé publique (EHESP) – France



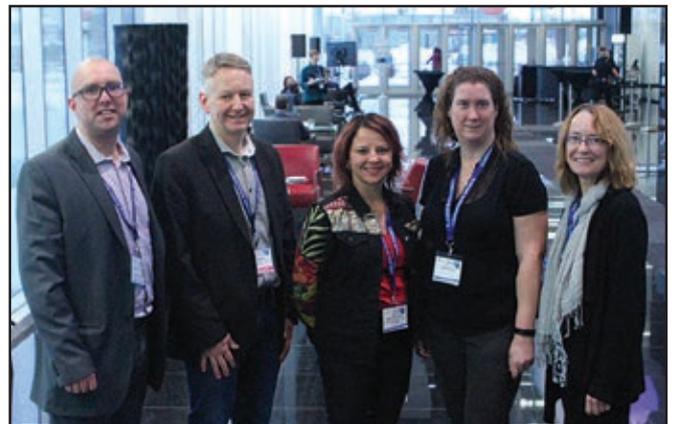
Dr Jean-Paul Fortin, M.D., FRCP, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), CIUSSS de la Capitale-Nationale, SoQibs



De gauche à droite
Pre Marie-Pierre Gagnon, Ph. D., Université Laval et Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval
Isabelle Côté, représentante patient-citoyen au sein du bureau de direction du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval
Hassane Alami, Ph. D. Université Laval



Yanick Beaulieu, chef de la direction et fondateur de Reacts, commanditaire OR



Christian Bouchard, Éric Maillet, Marie-Claude Girard, Josée Corneau et Hélène Bonnet du conseil d'administration.....(AQIISTI)
Le conseil d'administration de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en systèmes et technologies de l'information (AQIISTI), absents de la photo, Michel Arseneau et Mario Savoie



Jean-Paul Fortin, président du conseil d'administration de la SoQibs et Éric Maillet, président du conseil d'administration de l'AQIISTI



Une plateforme de collaboration riche et intégrée visant à favoriser les communications et les interactions sécurisées entre les professionnels de la santé et avec leurs patients



Messagerie instantanée et transfert sécurisé de fichiers

Partagez des messages instantanés, des images, et tout autre type de fichier de façon simple et sécurisée.

Téléconsultations

Utilisez des outils de vidéo-conférence interactifs afin d'effectuer des téléconsultations sécurisées entre les professionnels et leurs patients.



Éducation à distance / outils de supervision

Donnez de la formation, supervision et guidage virtuelle à distance au moyen d'outils de soutien avancés et novateurs telle la réalité augmentée.



Une meilleure communication.
Une meilleure efficacité.
De meilleurs soins.

Appuyé par

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE



CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION



A CMA Company
Société de l'AMC

Approuvé

www.react's.com

Le NOUVEAU C MPACT de Vernacare

Prévenir les infections à l'endroit où les soins sont administrés



Le système de Vernacare demeure à l'avant-garde lorsqu'il est question de fournir des solutions sûres, discrètes et écologiques pour la gestion des déchets humains.

Le NOUVEAU Compact de Vernacare est une unité de traitement de taille réduite qui permet d'éliminer les déchets humains de manière sûre et efficace, *à l'endroit où les soins sont administrés.*

L'utilisation *mains libres* du Compact garantit le respect des normes d'hygiène les plus strictes. L'appareil est équipé de la technologie **SmartFlow^{MC}** unique en son genre pour une élimination efficace des excréta.

- Technologie **SmartFlow^{MC}**, utilisation *mains libres* et mise en marche automatique
- Cycle d'élimination des déchets par une trémie fermée
- Broyage efficace de tous les produits en pâte de papier et les lingettes destructibles par macérateur Oasis de Vernacare
- Sûr et pratique pour le personnel



Mains libres



Cycle
SmartFlow^{MC}



Mise en marche
automatique



Le système de broyage breveté **SmartFlow^{MC}** de Vernacare fait en sorte que tous les déchets sont mélangés dans une trémie fermée et réduits en particules très fines avant d'être évacués du macérateur. Chaque unité de traitement des produits de pointe de Vernacare est équipée de la technologie **SmartFlow^{MC}** afin d'offrir la meilleure protection contre les infections qui soit.

Pour obtenir des renseignements :

1 800 268-2422 • www.vernacare.com

