

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN GESTION DES P.M.O.

PAR

MICHEL DESSUREAULT

ÉLABORATION D'UN PROCESSUS D'AMÉLIORATION
CONTINUE DE LA QUALITÉ DANS UN SERVICE DE
PHYSIOTHÉRAPIE

AOÛT 1994





Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

CE MÉMOIRE A ÉTÉ RÉALISÉ

À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

DANS LE CADRE DU PROGRAMME

DE MAÎTRISE EN GESTION DES PETITES ET MOYENNES ORGANISATIONS

DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

EXTENSIONNÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

RÉSUMÉ

L'objet de cette recherche-action porte sur l'élaboration d'un processus d'amélioration continue de la qualité au service de physiothérapie du centre hospitalier de Val-d'Or. Pour ce faire nous avons utilisé la méthodologie des systèmes souples développée par Peter Checkland qui s'est avérée des plus adaptée au sujet d'étude, cette méthodologie étant capable d'appréhender la complexité de la réalité et les problèmes peu structurés.

La méthodologie permettant l'implication active des acteurs et du chercheur tout au long de la démarche a permis d'intervenir dans une unité opérationnelle et d'y établir des consensus essentiels à la définition et à l'implantation des changements souhaités.

Au début de cette recherche le chercheur pensait en terme de "programme d'appréciation de la qualité" mais le travail conceptuel et l'approche méthodologique a permis de mieux cibler la problématique et de l'élargir tout en la dynamisant.

Nous avons utilisé l'approche systémique qui est capable de rendre compte de ce qui se passe dans une organisation où il y a de multiples relations d'interdépendances. Nous avons donc considéré le service de physiothérapie comme un système composé d'activités interreliées, par différents types de flux, dans le but de réaliser des objectifs.

Suite à l'application de la démarche de recherche, la qualité des soins et services dispensés par le service de physiothérapie fut le point d'ancrage retenu par les membres du groupe d'intervention comme moyen d'améliorer le fonctionnement global du service tout en s'assurant de répondre aux attentes des différentes clientèles.

Pour ce faire le modèle d'analyse des écarts de Parasuraman et all. est venu couronner la démarche de recherche-action et l'approche systémique, et a su concilier la perception des producteurs de soins et services avec les attentes et les perceptions des usagers.

L'utilisation de la démarche proposée appliquée premièrement aux usagers principaux du service, les patients, pourra également servir à identifier les attentes des autres usagers du service comme les médecins, les autres unités de soins, les organismes extérieurs, etc..

Même si le service dispose maintenant d'outils valides et adaptés permettant une amélioration constante de l'efficacité et de l'efficience du service, il ne faut pas négliger que le processus de changement enclenché est tributaire des activités des autres services du centre hospitalier qui devront progresser dans la même direction si nous voulons que le processus se perpétue.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à tous les membres du service de physiothérapie et de manière toute particulière, aux membres du comité d'intervention, sans qui les résultats atteints auraient été impossibles à réaliser.

Un merci tout spécial à madame Monic Ferron pour son travail de correction de texte, son support très apprécié et ses nombreux commentaires qui m'ont été très utiles.

En terminant, j'aimerais remercier monsieur Enrique Colombino, directeur de recherche, pour son aide précieuse et ses justes remarques et commentaires tout au long de cette recherche-action.

AVANT-PROPOS

L'idée initiatrice de ce mémoire remonte à 1989, et se retrouve dans un travail réalisé lors du cours "Méthodologie de la recherche 2 PMO-801" comme avant-projet de mémoire et s'intitulait alors "Implantation d'un programme d'appréciation de la qualité des soins orienté vers l'analyse des résultats dans un service de physiothérapie". Le chercheur-étudiant étant le chef d'un service de physiothérapie et s'interrogeant sur comment mesurer les résultats des interventions réalisées par les membres du service.

Cette première réflexion, ainsi que les exigences du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, ont mené au dépôt d'un projet de mémoire en mai 1991, qui avait comme titre "Élaboration d'une méthode d'appréciation de la qualité des soins dans un service de physiothérapie".

La démarche de recherche-action alors entreprise s'est échelonnée sur plus de douze mois pour se terminer à l'automne 1992. Pour diverses raisons, la version finale du rapport de recherche ne fut complétée qu'en novembre 1993 et portait le titre de "Élaboration d'un processus d'amélioration continue de la qualité dans un service de physiothérapie".

TABLE DES MATIÈRES

	Page
REMERCIEMENTS	iii
AVANT-PROPOS	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	xi
LISTE DES FIGURES	xii
LISTE DES ANNEXES	xiii
LISTE DES SIGLES UTILISÉS	xiv
INTRODUCTION	1

PREMIÈRE PARTIE

1. PROBLÉMATIQUE ET CHOIX DE LA MÉTODOLOGIE.....	7
1.1 Méthodologie	8
1.1.1 justification du choix de la méthodologie ...	8
1.1.2 caractéristiques de la démarche	11
1.1.3 étapes de la démarche	14
1.1.4 méthodes de collecte des données	20
1.1.4.1 entretiens semi-dirigés.....	20
1.1.4.2 consultation de divers documents.....	21
1.1.4.3 observations directes	21
1.1.4.4 consultations auprès d'autres services	22
1.1.4.5 formation d'un comité d'intervention ..	23

DEUXIÈME PARTIE

ÉLABORATION DE LA PROBLÉMATIQUE (IMAGE RICHE)

2.	PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION,	
	LE SERVICE DE PHYSIOTHÉRAPIE	25
2.1	Historique	25
3.	LE SUPER-SYSTÈME ET L'ENVIRONNEMENT	34
3.1	Le super-système: Centre hospitalier de Val-d'Or ...	37
3.1.1	l'Unité de soins de médecine	41
3.1.2	l'Unité de soins des services ambulatoires ..	42
3.1.3	le Département d'orthopédie d'Amos	43
3.1.4	l'Unité de soins de chirurgie	44
3.1.5	l'Unité des soins prolongés	44
3.1.6	le Service social médical	45
3.1.7	le Service d'orthèse-prothèse	45
3.1.8	le Service d'approvisionnement	45
3.1.9	le Service de distribution centrale et de stérilisation	46
3.1.10	le Service de buanderie et lingerie	46
3.1.11	le Service d'entretien des installations	47
3.1.12	le Service du biomédical	47
3.1.13	le Service des archives	47
3.1.14	le Service de la comptabilité	48
3.1.15	le Service de la salubrité	49
3.2	L'environnement général.....	50
3.2.1	la Population desservie	50
3.2.1.1	caractéristiques générales	50
3.2.1.2	délimitation du territoire desservi	52
3.2.1.3	profil diagnostique de la clientèle...	55
3.2.2	les Corporations et associations professionnelles	57
3.2.3	les Syndicats	58

3.2.4	les Fournisseurs	59
3.2.4.1	les ressources humaines	59
3.2.4.2	le matériel utilisé	61
3.2.4.3	les médecins	61
3.2.5	les Marchés	63
3.2.6	l'Offre	64
3.2.6.1	les concurrents directs	64
3.2.6.2	les concurrents indirects	65
3.2.7	la Demande	65
4.	EXAMEN DES STRUCTURES	68
4.1	Structure organisationnelle	68
4.1.1	l'Organigramme	71
4.1.2	les Politiques et procédures	74
4.1.3	les Conventions collectives	75
4.1.4	le Programme d'orientation et d'intégration du personnel	76
4.1.5	le Manuel d'électrothérapie	76
4.1.6	les Descriptions de tâches	77
4.1.7	la Mission et les objectifs du service	78
4.2	Structure physique	79
4.2.1	les Lieux physiques	79
4.2.2	les Équipements d'électrothérapie et spécialisés	80
5.	EXAMEN DES PROCESSUS	82
5.1	Le système et ses sous-systèmes	82
5.1.1	le Sous-système de gestion	85
5.1.1.1	le processus de planification et de réalisation des objectifs	86

5.1.1.2	le processus de planification et de contrôle budgétaire	87
5.1.1.3	le processus d'acquisition et d'allocation des ressources	88
5.1.1.4	le processus de gestion du personnel	90
5.1.1.5	le processus de formation et de perfectionnement	91
5.1.1.6	le processus de gestion des dossiers	93
5.1.1.7	le processus de gestion du contrat avec la CSST	95
5.1.1.8	le processus de production de divers rapports	97
5.1.2	le Sous-système opérant	98
5.1.2.1	le processus de demande de traitement et de préévaluation	98
5.1.2.2	le processus de gestion de la liste d'attente et de convocations	100
5.1.2.3	le processus de soins	101
5.1.2.4	le processus de tenue de dossiers et de rapports	103
5.1.2.5	le processus de formation des étudiants	105
6.	LES RESSOURCES	107
6.1	Les ressources humaines	107
6.1.1	les Physiothérapeutes	107
6.1.2	les Techniciens en réadaptation	108
6.1.3	les Préposés en physiothérapie	110
6.1.4	le Personnel de secrétariat	110
6.1.5	le Personnel cadre	111
6.2	Les ressources financières	113
6.2.1	le Budget	113
6.2.2	les Ventes de services	113
6.2.3	les Comparaisons interétablissements	114
6.3	Les ressources matérielles	118
7.	LE CLIMAT ORGANISATIONNEL	119
8.	LES ZONES PROBLÉMATIQUES	124

9.	CHOIX DE LA PROBLÉMATIQUE	131
9.1	L'amélioration continue de la qualité	134
9.2	Objectifs du chercheur.....	138
9.3	Limites de la recherche	139

TROISIÈME PARTIE

10.	ÉLABORATION D'UN PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ	141
10.1	Définition du point d'ancrage	141
10.1.1	le Point de vue de l'utilisateur	142
10.1.2	la Participation des employés	144
10.1.3	la Gestion en fonction des faits	147
10.2	Caractéristiques d'un service	150
10.3	Le personnel en contact	152
10.4	Vers une base de données: l'analyse des écarts	154
10.5	Énoncé de base	162
10.6	Validation de l'énoncé de base	163
11.	MODÈLE PROPOSÉ	165
12.	UN MODÈLE CONCEPTUEL À COMPARER	169
13.	ÉTAPES D'IMPLANTATION DU MODÈLE	174
13.1	La portée des changements proposés	174
13.2	Les étapes d'implantation	177
14.	ÉVALUATION DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION	180

QUATRIÈME PARTIE

RÉFLEXIONS SUR L'UTILISATION DU DIAGNOSTIC-

INTERVENTION DE PAUL PRÉVOST	184
CONCLUSION	188
NOTES BIBLIOGRAPHIQUES	190
BIBLIOGRAPHIE	194

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I	Évolution des activités de 1981 à 1992, du service de physiothérapie du Centre hospitalier de Val-d'Or	30
TABLEAU II	Comparaisons interhospitalières régionales	115
TABLEAU III	Comparaisons interhospitalières provinciales	116

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Méthodologie systémique de diagnostic organisationnel	12
FIGURE 2	Organigramme du Centre hospitalier de Val-d'Or	26
FIGURE 3	Organigramme du service de physiothérapie	29
FIGURE 4	Le service de physiothérapie: Un système	35
FIGURE 5	Composition de la clientèle du service	56
FIGURE 6	La roue de Deming	148
FIGURE 7	Modèle conceptuel de la qualité des services ..	159
FIGURE 8	Le système physiothérapie avant les changements proposés	171
FIGURE 9	Le modèle conceptuel proposé pour le système physiothérapie	172

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Mandat	200
ANNEXE 2	Canevas d'entrevue	214
ANNEXE 3	Normes et critères de qualité des services de physiothérapie, CCAÉS	218
ANNEXE 4	Exemple de rapport individuel périodique	235
ANNEXE 5	Système de priorisation des cas en physiothérapie	237
ANNEXE 6	Formulaires d'analyse des indicateurs statistiques	242
ANNEXE 7	Programme d'appréciation de la qualité des soins du service de physiothérapie	245
ANNEXE 8	Questionnaire utilisé pour le sondage auprès de la clientèle	248
ANNEXE 9	Liste des membres du comité d'intervention	251

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ACP	Association canadienne de physiothérapie.
AHQ	Association des hôpitaux du Québec.
CA	Conseil d'administration.
CCAÉS	Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.
CH	Centre hospitalier.
CHVD	Centre hospitalier de Val-d'Or.
CLSC	Centre local de services communautaires.
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.
CPPQ	Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec.
CSN	Confédération des syndicats nationaux.
CSST	Commission de la santé et sécurité du travail.
CTMSP	Classification par types en milieu de soins et de services prolongés.
DSPH	Direction des services professionnels et hospitaliers.
MRC	Municipalité régionale de comté.
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux.
PHT	Physiothérapeute
TRP	Technicien en réadaptation physique
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec.

INTRODUCTION

L'objet de cette recherche porte sur l'élaboration d'un processus d'amélioration continue de la qualité dans un service de physiothérapie d'un centre hospitalier public. L'idée de cette recherche provient d'un mandat confié au chef du service de physiothérapie par la direction du centre hospitalier en 1989.

Depuis plusieurs années, le Centre hospitalier de Val-d'Or participe au programme d'agrément des hôpitaux administré par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (CCAÉS), organisme fédéral associé au ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada. Ce programme consiste à accorder un statut d'agrément de zéro (0) à trois (3) ans à un établissement de santé en fonction du respect d'une série de normes et de critères cliniques et administratifs.

Ces normes et critères sont connus des établissements participants, et sont vérifiés lors d'une visite de tous les services du centre hospitalier par des visiteurs experts.

Lors de sa dernière visite en 1989, le Conseil annonçait une révision des normes et critères et insistait sur l'ajout de normes et critères en fonction de l'existence ou non, d'un

programme d'appréciation de la qualité à tous les niveaux de l'organisation. La cote maximum d'agrément ne serait dorénavant accordée qu'aux établissements disposant de tels programmes.

C'est devant ces nouvelles exigences que le conseil d'administration du Centre hospitalier de Val-d'Or décida de prioriser l'implantation de programmes d'appréciation de la qualité dans tous les services de l'établissement. L'objectif étant l'obtention d'un agrément de trois (3) ans, qui confirmerait que le centre hospitalier respecte des normes et critères de qualité dans les services dispensés.

La pertinence pour un centre hospitalier de participer au programme d'agrément des établissements de santé est à deux niveaux. Premièrement il reçoit l'avis d'experts extérieurs sur une multitude de sujets quant à son fonctionnement et quant à ses services, à ce qu'il fait de bien et de moins bien. Deuxièmement, cet organisme de par ses normes assure la communauté desservie que le centre hospitalier dispense des soins optimums compte tenu des ressources disponibles. Il est à noter qu'un centre hospitalier adhère à ce programme de façon tout à fait volontaire et doit déboursier une cotisation annuelle d'environ 3 500\$ en frais d'adhésion.

Le chef du service de physiothérapie, avait donc à implanter un programme d'appréciation de la qualité dans son unité. Il a voulu profiter du potentiel d'impact offert par l'approche dite de recherche-action pour concrétiser un tel programme dans son secteur d'activités. Car après plus d'un an de recherche dans la littérature, d'un programme qui pourrait s'adapter à un service de physiothérapie, le chef de service n'avait pas trouvé d'outils adéquats le satisfaisant.

En effet, les outils de gestion et d'évaluation existant en ce qui concerne les services de physiothérapie, ne questionnent pas les résultats des soins dispensés et font peu appel à la participation active des employés. Ce sont plutôt des "recettes toutes faites", que l'on est supposé appliquer quels que soient le contexte ou les situations.

Ces outils développés par l'Association canadienne de physiothérapie¹ et par l'Association des hôpitaux du Québec² sont principalement orientés vers l'étude et l'amélioration des processus, et les aspects techniques et quantitatifs des activités du service. Ils prennent pour acquis que si les processus sont adéquats, les résultats le seront aussi.

On évacue donc trop facilement le côté humain qui pourtant, dans notre cas, intervient tout au long du processus de production, et peut entraîner des résultats de qualité plus ou moins acceptable.

Nous nous proposons donc d'élaborer, en collaboration étroite avec les membres du service, un programme d'appréciation de la qualité à partir des connaissances et des outils déjà existants. Ces outils étant susceptibles d'être bonifiés et adaptés par la démarche de recherche, dans le sens d'une participation active des membres du service et la prise en compte des résultats des activités de soins.

Le mandat initial (voir l'annexe 1) du chercheur-acteur¹ était d'élaborer un programme d'appréciation de la qualité dans un service de physiothérapie, mais au cours de la démarche de recherche, cette idée de programme d'appréciation de la qualité s'est avérée limitée et trop restreinte.

Une fois ce mandat complété et l'adoption par tous les intervenants d'un programme structuré d'appréciation de la qualité (voir l'annexe 7), les acteurs et le chercheur se sont

¹ Le chef de service de l'unité de physiothérapie étant également le chercheur, nous parlerons dorénavant de chercheur-acteur, terminologie utilisée en recherche-action.

vite rendus compte qu'un programme sans un processus structuré pour le mettre en application, pouvait facilement rester sur les tablettes.

C'est donc dans ce contexte que la recherche s'est continuée et s'est orientée vers l'élaboration d'un processus d'amélioration continue de la qualité. Selon la littérature récente sur le sujet (Kélada 1991, Legault 1991), un programme d'appréciation de la qualité n'est qu'une étape, qui en fait pleinement partie, d'une véritable gestion intégrale de la qualité.

Compte tenu des différents facteurs présents dans l'organisation, plusieurs attentes sont identifiables:

- Atteinte des objectifs fonctionnels et opérationnels du service.
- Amélioration du rendement des ressources disponibles (utilisation optimale).
- Amoindrir les contraintes liées à une pénurie chronique de professionnels (physiothérapeutes).

- Améliorer le climat organisationnel par une implication active des membres du service dans la démarche.

En conclusion, les deux grands volets de cette recherche sont donc, premièrement, l'identification d'un programme adéquat d'appréciation de la qualité, et deuxièmement, l'instauration d'un processus organisationnel d'amélioration continue de la qualité des soins et services dispensés. Pour ce faire nous avons utilisé la méthodologie des systèmes souples de M. Peter Checkland qui s'est avérée des plus adaptée au sujet d'étude.

PREMIÈRE PARTIE

1. PROBLÉMATIQUE ET CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE

Au départ la problématique était, pour le chercheur-acteur, l'absence d'outils satisfaisants permettant de mesurer et d'améliorer la qualité des soins dans un service hospitalier, plus particulièrement dans un service de physiothérapie.

Il fallait donc trouver une méthodologie de recherche et d'intervention adaptée à la situation, soit principalement, l'étude d'un système d'activités humaines, afin de clarifier et de solutionner la problématique. Il fallait que la méthodologie utilisée permette un constat de la situation, la recherche de possibilités et la modification de la situation organisationnelle dans le sens désiré.

De plus, tout au long de la formation en gestion de petites et moyennes organisations, la méthode de recherche privilégiée pour l'intervention dans les organisations était la recherche-action. D'où le deuxième objectif de cette démarche de recherche, soit de vérifier si la méthodologie des systèmes souples, une méthode de recherche-action, pouvait être utilisée dans le cadre de ce type de problématique organisationnelle.

1.1 méthodologie

1.1.1 justification du choix de la méthodologie

Les méthodologies de recherche utilisées au cours des dernières décennies reposent principalement sur deux paradigmes, soit le paradigme analytique et le paradigme systémique (Prévost 1983).

L'approche analytique "est une méthode, une façon d'expliquer et de comprendre le monde. L'analyse consiste premièrement à isoler ce qui doit être expliqué, pour le désarticuler si possible en parties indivisibles; deuxièmement, à expliquer le comportement de ces parties; et finalement, à agréger ces explications partielles en une explication globale du tout"³.

Cette approche s'est avérée efficace dans les situations simples mais s'est révélée très difficile à appliquer dans les situations complexes⁴.

Dans l'approche systémique, un élément à expliquer est considéré comme une partie dans un système plus large et est expliqué en termes de comportement dans ce super-système: "Pour ce qui concerne l'entreprise en tant qu'organisation, il n'y a à peu près pas d'autres choix que de passer par l'approche systémique, dérivée de la théorie générale des systèmes (Von Bertalanffy 1973, de Rosnay 1975, Katz et Kahn 1978, Séguin et Chanlat 1983). Un système implique l'existence d'un ensemble d'éléments formant un tout à travers des réseaux d'interactions et d'interdépendances. La théorie des systèmes s'impose de plus en plus, car l'étude selon la méthode analytique (isoler des éléments et les étudier séparément, les analyser) n'est pas capable de rendre compte de ce qui se passe dans un objet d'étude complexe, qui implique des relations multiples d'interdépendances"⁵.

À la lumière de ce qui précède, nous considérerons donc le service de physiothérapie "comme un système hiérarchisé (sous-système, système, super-système, environnement) composé d'activités humaines interreliées par différents types de flux (matières, monnaie, personnel, information) et agencées de façon à réaliser une finalité, une mission, un objectif..."⁶

Étant donné l'objet de notre recherche qui porte sur un système d'activités humaines et une situation peu structurée, nous croyons que la méthodologie de diagnostic-intervention de Paul Prévost (1983) laquelle s'inspire de la méthodologie des systèmes souples développée par Peter Checkland⁷, est la méthodologie toute indiquée. Cette méthodologie étant une méthodologie systémique capable d'appréhender la complexité de la réalité et les problèmes moins structurés. Ce contrairement à d'autres méthodes systémiques comme la recherche opérationnelle et l'analyse de système qui sont limitées à l'étude de systèmes structurés.

Des exemples de ces derniers types de recherche dans le système de santé se retrouve chez Donabedian⁸ qui fait porter ses travaux sur les résultats d'une intervention ou d'un médicament donné, à l'aide de groupes expérimentaux et de groupes contrôles, de variables dépendantes et indépendantes, etc.. Également, les travaux de Pineault et Daveluy⁹ qui portent sur l'évaluation de programmes impliquent des groupes cibles, une mesure de l'état de santé avant et après l'application du programme.

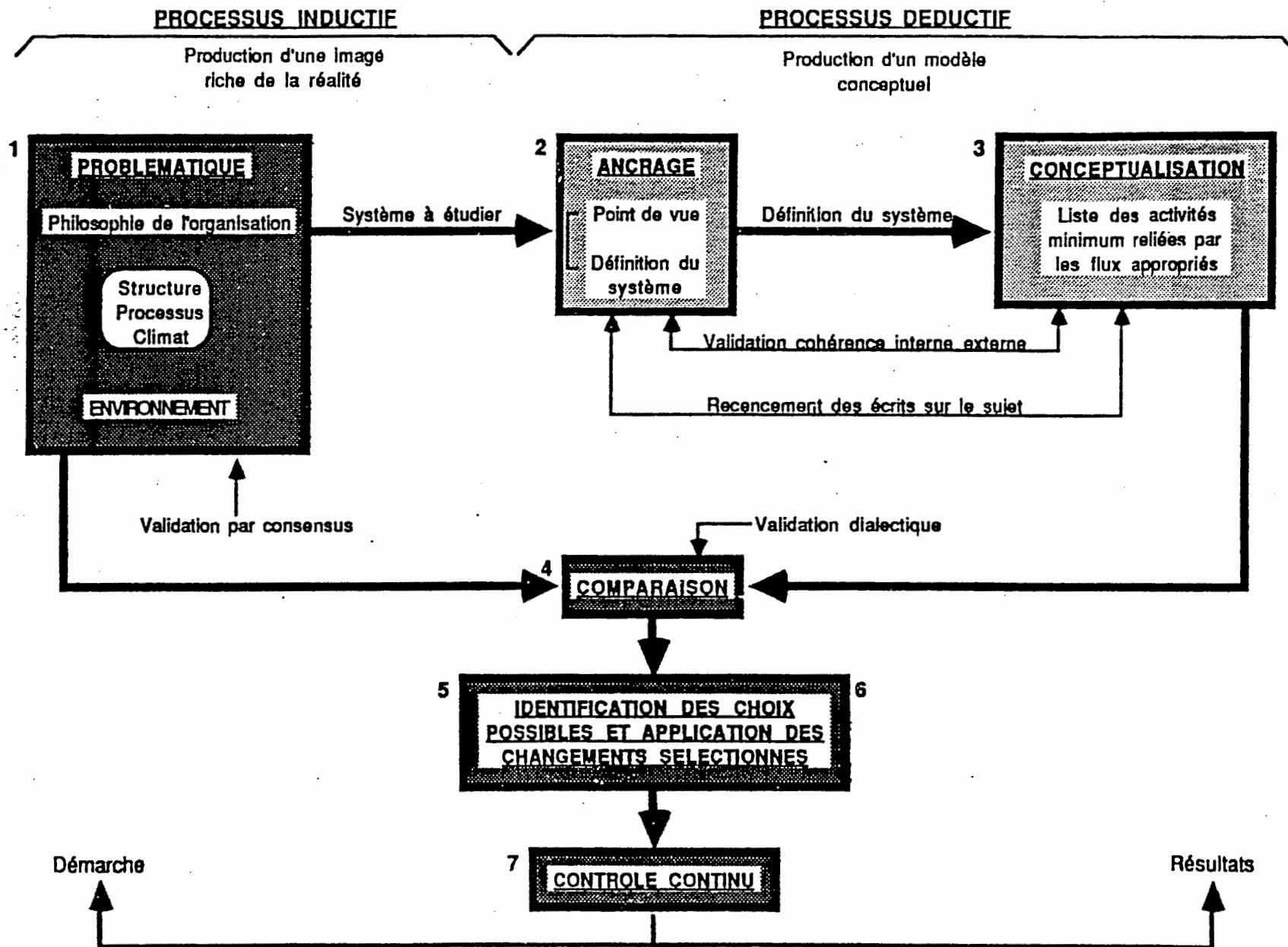
De telles recherches ne sont pas sans intérêt, mais difficilement applicables dans un contexte d'une unité opérationnelle ne disposant pas d'équipe de recherche spécifiquement formée et qui répond tout juste à la demande de soins.

1.1.2 caractéristiques de la démarche

Élaborée à l'origine dans le but d'appréhender la complexité de la réalité et les problèmes peu structurés, cette approche simplifie intentionnellement le réel perçu en faisant ressortir la nécessité de choisir un point d'ancrage (voir figure 1), une perspective particulière et privilégiée, pour l'examen d'une situation. De plus, ce point d'ancrage doit être sélectionné par les intervenants eux-mêmes.

Ainsi, cette forme de recherche-action est une méthode de recherche qui nous permet de définir un problème conjointement, chercheur et acteurs, tout en permettant l'implication du chercheur dans la recherche et l'action.

De plus, cette démarche vise un changement en fournissant un support méthodologique pour passer de l'étude d'une situation à la modification de celle-ci. Elle est donc bien adaptée à notre problématique de départ.



En effet, "c'est une modalité de recherche qui rend l'acteur chercheur et qui fait du chercheur un acteur, qui oriente la recherche vers l'action et qui ramène l'action vers des considérations de recherche. Elle est différente de la recherche fondamentale qui ne fonde pas sa dynamique sur l'action et de la recherche appliquée qui ne considère les acteurs que comme des objets de recherche et non comme des sujets participants"¹⁰

Quant à l'objectif d'élaboration d'une méthode d'appréciation de la qualité des soins dans un service d'un centre hospitalier, celui-ci doit, comme dans toute démarche de recherche-action, se baser sur un diagnostic préliminaire de l'organisation. Ceci de manière à développer une "image riche" adéquate et signifiante pour le personnel et tous les intervenants.

Les différentes boucles de validation internes et externes prévues dans le processus de recherche, assurent la participation active des différents acteurs tout au long du processus (voir figure 1). Dans la présente recherche, les boucles de validation se feront principalement à partir d'un comité d'intervention spécialement formé pour seconder le chercheur tout au long de la démarche.

1.1.3 étapes de la démarche

Cette démarche comprend une série de sept (7) étapes, à savoir:

- I. Élaboration de la problématique (image riche);
- II. Ancrage (point de vue);
- III. Conceptualisation;
- IV. Comparaison;
- V. Identification des changements possibles, conception;
- VI. Élaboration d'une stratégie d'implantation et d'application des changements sélectionnés;
- VII. Évaluation et contrôle.

Il s'agit donc en premier lieu de prendre contact avec le milieu problématique à l'aide d'une description de ce dernier en terme de processus et de structures (diagnostic préliminaire du système étudié), de façon à obtenir une image riche de la situation.

En accord avec l'approche systémique, les éléments du service étudié y seront considérés comme une série de processus, d'intrants, d'extrants et de flux. À l'aide "de ce type de structuration mettant nettement l'accent sur les flux de ressources matérielles, humaines et monétaires et sur les

flux d'informations entre les activités d'une organisation nous pouvons effectuer une description articulée des processus d'une organisation et élaborer des problématiques pertinentes"¹¹.

À partir de cette description, qui s'apparente de très près à un diagnostic organisationnel, dans le sens où tous les éléments de l'organisation sont étudiés et questionnés, on choisit un point d'ancrage à partir duquel un modèle conceptuel est élaboré à l'aide du langage systémique et d'une revue de littérature sur le sujet.

Ce modèle servira comme cadre théorique, et comme cadre de référence pour fin de comparaison avec l'image riche et ainsi, identifier les changements possibles et tenter d'appliquer les changements nécessaires¹².

Cette méthodologie des systèmes souples comprend donc les étapes suivantes (Prévost 1983) :

I. élaboration de la problématique (image riche)

Dans cette première étape on tente de décrire le milieu étudié avec le plus de précision possible, en terme de description de la situation et en fonction du type d'organisation impliquée. Cette élaboration de la problématique comprend sept (7) phases :

1. La présentation de l'organisation;
2. La description de l'environnement et du super-système;
3. La description des structures;
4. La description des processus;
5. La description des ressources;
6. La description du climat organisationnel;
7. La sélection d'un goulot d'étranglement ou d'une opportunité à étudier.

II. ancrage (point de vue)

Cette seconde étape détermine la perspective selon laquelle la problématique sera étudiée. C'est le point de vue retenu. Les paramètres qui serviront de référence pour étudier la problématique retenue seront ici fixés.

Car comme le dit si bien Checkland: "The methodology declines to accept the idea of "the problem". It works with the notion of situation in which various actors may perceive various aspects to be problematical".¹³

Cette phase d'ancrage se divise selon Prévost en trois (3) moments et doit faire consensus parmi les acteurs et le chercheur:

- 1- Choix du système pertinent à la situation problématique retenue;
- 2- Définition du système pertinent;
- 3- Validation de la définition.

Il faut donc concilier les différentes versions du problème ou de l'opportunité choisie pour en arriver à un ancrage particulier.

III. conceptualisation

Contrairement aux deux premières étapes qui sont de nature inductive, la conceptualisation est un exercice de type déductif servant à construire un modèle conceptuel représentatif à partir du point d'ancrage sélectionné.

Ce modèle est construit par le chercheur à partir de l'assemblage du minimum d'activités nécessaires au bon fonctionnement du système étudié. Activités qui seront reliées dans un diagramme par les flux pertinents (voir figure 9, p. 172).

IV. comparaison

Cette étape consiste à comparer la situation décrite à la première étape, avec le modèle conceptuel qui devient, ici, la situation "désirable, souhaitable". Les résultats de cette comparaison serviront donc à l'identification des changements à apporter à la situation.

V. identification des changements possibles et conception

Il s'agit lors de cette cinquième étape, d'identifier et de sélectionner les changements souhaitables et possibles. Ce sont les intervenants qui, par consensus, choisiront les changements à implanter.

VI. élaboration d'une stratégie d'implantation et d'application des changements sélectionnés

À cette étape il s'agit d'élaborer une stratégie d'application des changements sélectionnés, stratégie à laquelle les acteurs du système prendront part activement.

Il faut également que les intervenants s'entendent sur un plan d'action et un calendrier d'implantation des changements retenus.

VII. évaluation et contrôle

Dans le cadre de la démarche utilisée, le contrôle est présent tout au long du processus, et il consiste à évaluer et à corriger les obstacles en cours de route, ce à l'aide des boucles de validation internes et externes.

"Dans ce contexte, le contrôle devient une activité permanente d'apprentissage, d'adaptation et de réflexion qui fera cheminer conseillers et intervenants vers le choix d'actions pour résoudre une situation problématique donnée."¹⁴

C'est donc cette méthodologie dans son ensemble qui nous permettra d'appréhender la complexité de la réalité sous étude, et de notre projet. Mais il faut être conscient que toute description d'un système d'activités humaines est un construit et que les solutions trouvées seront des solutions propres au modèle défini et non à la réalité. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point lors de notre réflexion d'ordre méthodologique en quatrième partie de ce document (p. 184 et suivantes).

1.1.4 méthodes de collecte des données

Les méthodes de collecte de données privilégiées lors de ce diagnostic-intervention sont de deux ordres:

- a) Des entrevues en profondeur des intervenants;
- b) L'étude des documents clés du service¹⁵ et lorsque pertinent, d'organismes extérieurs impliqués dans le domaine d'activités sous étude.

1.1.4.1 entrevues semi-dirigées

Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été conduites auprès de sept (7) membres du service de physiothérapie représentant les différents titres d'emploi, ainsi qu'auprès des chefs de service des unités de soins de médecine, de chirurgie, de soins prolongés, de comptabilité, du service biomédical, du directeur général et auprès de cinq médecins. Les personnes extérieures au service, ont été retenues de par leurs liens fréquents et/ou fonctionnels importants avec le service de physiothérapie.

Ces entrevues étaient menées à l'aide d'un canevas d'entrevue couvrant les différents thèmes abordés dans un diagnostic organisationnel (voir l'annexe 2).

1.1.4.2 consultation de divers documents

L'étude de tous les documents administratifs disponibles dans le service tels que les politiques et procédures, les rapports annuels, les rapports d'organismes extérieurs, les procès-verbaux de réunions, les rapports financiers et statistiques périodiques, etc., a été faite de manière à venir compléter et clarifier les données recueillies en cours d'entrevue.

Les documents émanant d'organismes officiels comme le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (CCAÉS), la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec (CPPQ), l'Association canadienne de physiothérapie (ACP), la Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ), la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST), etc., ont également été consultés. Ceci a permis de mettre à jour les différentes attentes de ces organismes, en plus de mettre à jour les nombreuses normes et critères émanant de ces organismes régulateurs.

1.1.4.3 observations directes

La présence à temps partiel du chercheur-acteur dans le service de physiothérapie pour toute la durée de la recherche, a facilité la cueillette d'informations en relation avec le

processus de diagnostic, tout en favorisant l'approfondissement des différents processus pour fin de description de l'image riche. Il pouvait ainsi, tout comme les autres membres du comité d'intervention, facilement comparer les informations recueillies aux informations discutées en comité.

1.1.4.4 consultations auprès d'autres services

Le chercheur a tenu à vérifier si les principales problématiques rencontrées étaient des problèmes locaux ou des problèmes généralisés à tout le Québec. Pour ce faire il a consulté, lors d'une réunion régionale, les responsables des trois (3) services de physiothérapie en région (Amos, Rouyn-Noranda, Macamic).

Puis, une consultation téléphonique avec le responsable du service de physiothérapie du Centre hospitalier de Lachine en banlieue de Montréal, ainsi que des contacts directs avec des permanents de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, ont permis de confirmer que la pénurie de physiothérapeutes au Québec est bien généralisée (même dans les grands centres), et l'absence de modèle fonctionnel d'amélioration continue de la qualité dans les services de physiothérapie du Québec.

1.1.4.5 formation d'un comité d'intervention

La démarche méthodologique, implique la formation d'un comité d'intervention qui doit valider les différentes étapes et conclusions du processus de recherche. Ce comité est formé d'intervenants impliqués directement dans la problématique,

Dans le cadre de cette recherche un comité composé de six personnes (annexe 9) a été formé pour valider les informations recueillies, assister le chercheur et surtout permettre une véritable participation des membres du service au processus.

Ce comité était composé de deux (2) physiothérapeutes, d'une (1) technicienne en réadaptation, d'une (1) secrétaire-réceptionniste, d'une (1) préposée et du chercheur-acteur, en l'occurrence le chef de service qui est également physiothérapeute. Cette composition du comité assurait une participation équitable de tous les corps d'emploi présents dans le service.

Le mandat que ce comité s'est donné est de:

- 1) participer au processus de recherche;
- 2) assurer la communication des résultats de chaque étape aux autres membres du service;
- 3) valider les résultats;
- 4) agir en tant qu'agent de changement.

Le comité s'est réuni à trois reprises pour faire consensus sur le diagnostic préliminaire, faire la liste des problématiques rencontrées et privilégier un point d'ancrage.

Trois autres rencontres ont été nécessaires pour faire consensus sur le programme d'appréciation de la qualité, décider de pousser plus loin la recherche dans le sens d'élaborer un processus d'amélioration continue de la qualité, valider le modèle conceptuel proposé par le chercheur et choisir les changements à implanter.

Une fois la recherche terminée, le rapport accepté par le reste de l'équipe et les changements amorcés, le comité s'est institué en comité-qualité pour assurer la poursuite de la démarche (voir p. 146).

DEUXIÈME PARTIE

ÉLABORATION DE LA PROBLÉMATIQUE (IMAGE RICHE)

2. PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, LE SERVICE DE PHYSIOTHÉRAPIE

Le service de physiothérapie n'est qu'un des nombreux services et/ou départements du centre de soins de courte durée et de soins prolongés qu'est le Centre hospitalier de Val-d'Or (voir figure 2, organigramme). Ce centre hospitalier d'une capacité de 168 lits, est le seul centre hospitalier de la MRC de la Vallée de l'Or, et est entièrement subventionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le centre existe depuis 1950.

2.1 Historique

Quant à lui, le service de physiothérapie est en opération depuis 1977. Il fut ouvert suite à la fermeture d'une clinique privée de physiatrie lorsque les paiements par la régie de l'assurance-maladie devinrent conditionnels à la présence sur place du médecin. Le médecin-propriétaire demeurant à Montréal, venait sur une base itinérante, l'obligation faite par la régie était donc inapplicable, d'où fermeture de la clinique.

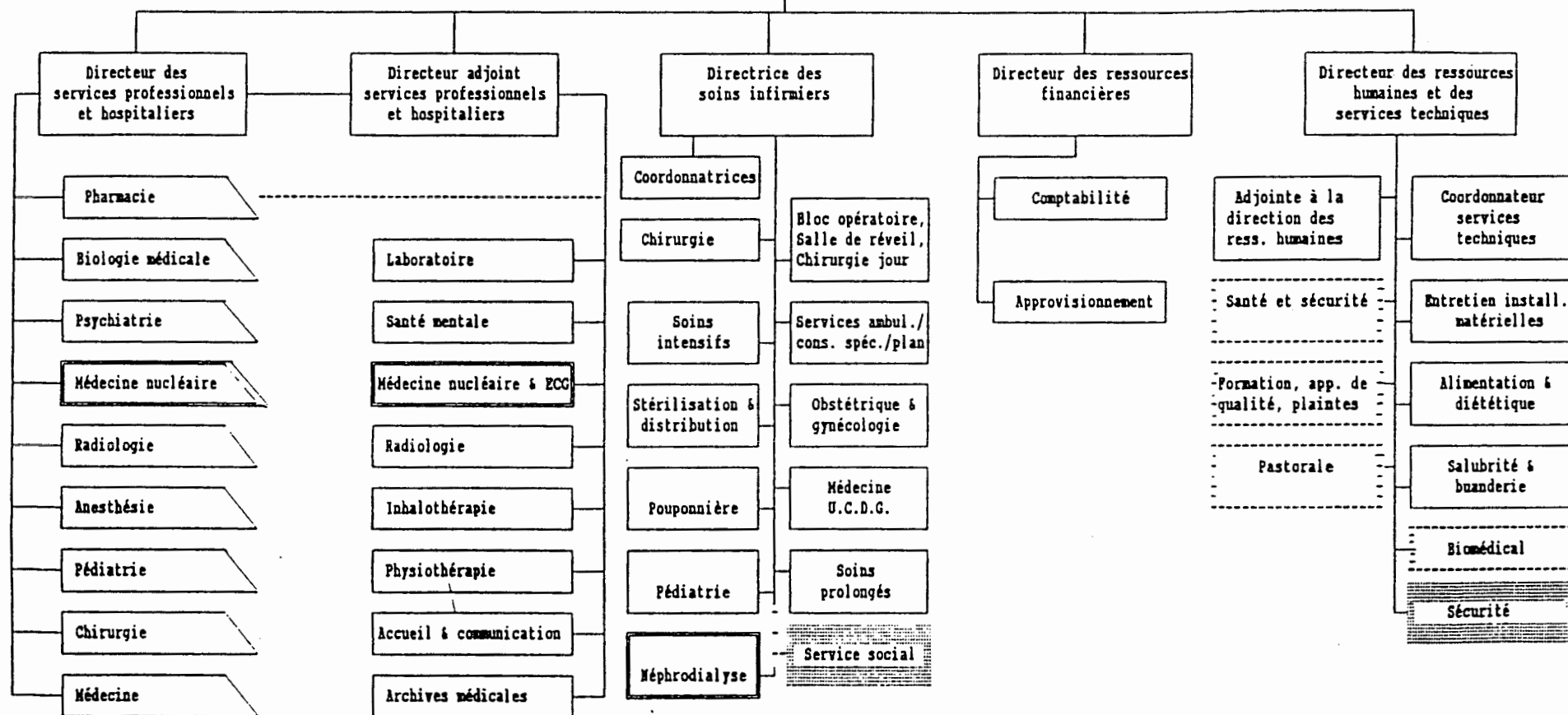
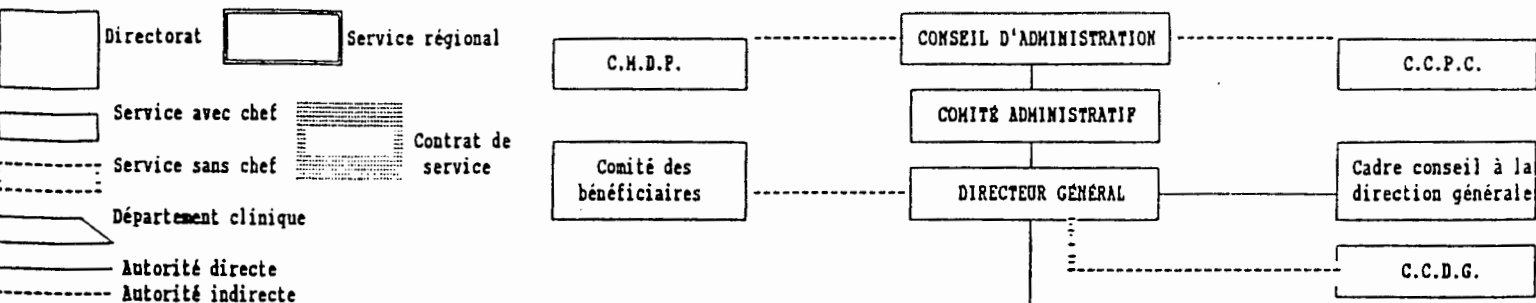


FIGURE 2 ORGANIGRAMME DU CENTRE HOSPITALIER DE VAL D'OR

Le centre hospitalier se porta alors acquéreur des équipements de la clinique et engagea les quatre techniciennes en réadaptation physique devenues disponibles. À ce personnel on ajouta une secrétaire-réceptionniste et un préposé. Une des techniciennes avait alors le titre de chef d'équipe.

L'arrivée d'une première physiothérapeute fraîchement diplômée en 1978 déclencha semble-t-il, une lutte pour le pouvoir entre la chef d'équipe à laquelle on aurait promis le poste de chef de service, et la seule physiothérapeute du service qui réclamait ce poste de par son statut professionnel. Après six (6) mois de tergiversations, on nomma officiellement la physiothérapeute chef de service. Ceci laissa des séquelles qui encore aujourd'hui se font sentir chez la technicienne.

D'ailleurs, le climat dans le service s'en est ressenti, et la physiothérapeute démissionna de son poste et du centre hospitalier en avril 1980. Son peu d'expérience professionnelle et administrative ayant pu accélérer ce départ.

Le chef de service actuel est en fonction depuis août 1980, il avait alors deux (2) ans d'expérience professionnelle et aucune expérience et/ou connaissances administratives.

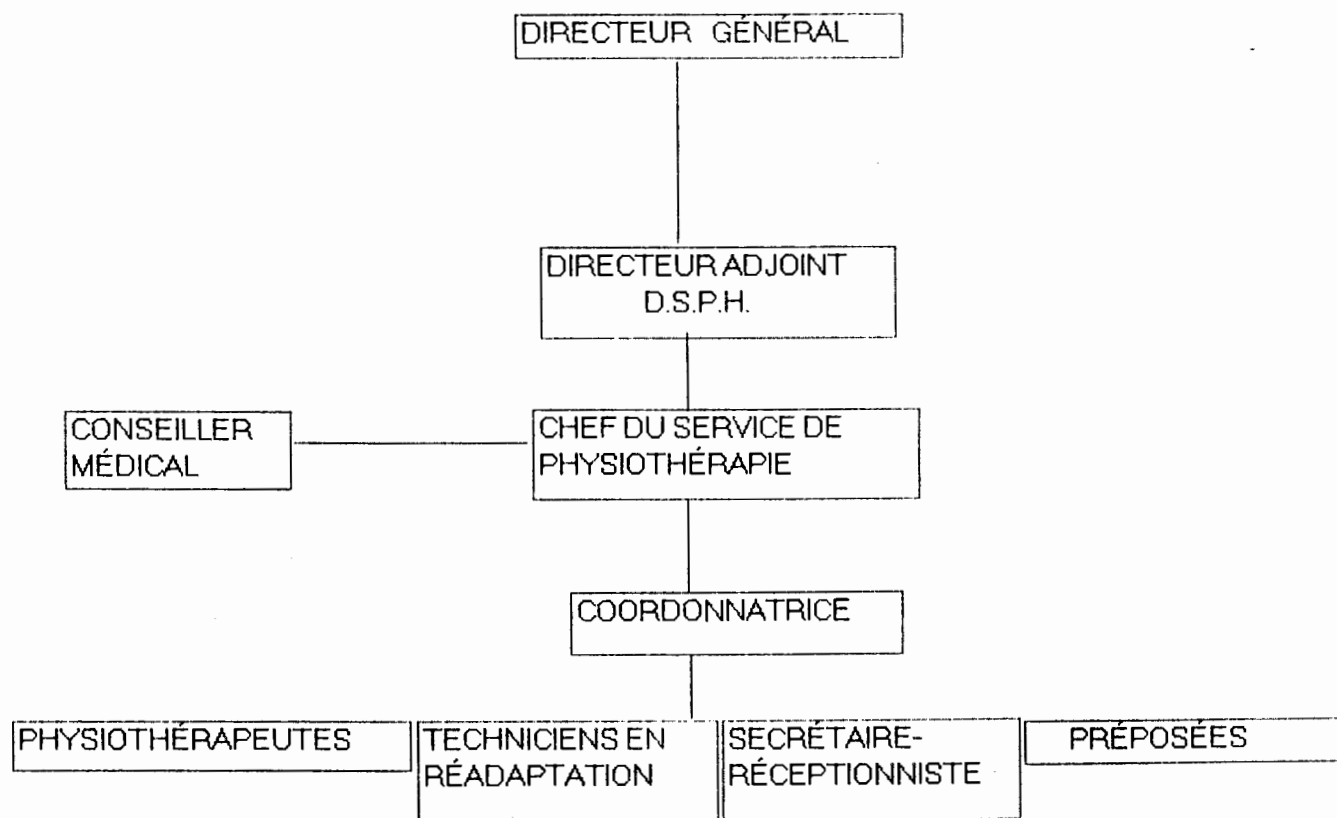
Aujourd'hui le personnel du service se compose de six (6) physiothérapeutes à temps complet, de quatre (4) techniciens (nes) en réadaptation à temps complet et deux (2) à temps partiel, de deux (2) préposés et d'une (1) secrétaire-réceptionniste, pour un total de quinze (15) personnes au service principal du Centre hospitalier de Val-d'Or (voir figure 3, organigramme du service de physiothérapie, p.29). Le service de physiothérapie a donc connu une forte croissance de ses activités depuis 1981 (voir tableau I, p.30).

En plus le service assure la supervision et le support professionnel aux techniciens en réadaptation (deux temps complets) en poste à Senneterre et Lebel-sur-Quévillon, ainsi que la vente de services professionnels à la Villa St-Martin de Malartic, foyer d'hébergement pour personnes âgées, à raison de deux (2) jours semaine.

Le service a donc connu un développement appréciable, soit une augmentation d'activités de 226 % (voir tableau I) depuis son ouverture, et a considérablement étendu son champ d'activités.

FIGURE 3

ORGANIGRAMME DU SERVICE DE PHYSIOTHÉRAPIE



		1981-82	1982-83	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92
UNITÉS PONDÉRÉES		439801	494655	565663	626267	620755	725378	748244	801880	757044	766455	715487
VISITES		16778	20135	23002	25710	25939	30390	32310	32516	32215	31082	29822
HEURES RÉMUNÉRÉES		12497	14372	15814	18261	18422	20912	24637	26192	25338	24192	23719
VENTE DE SERVICE \$		120345	153885	181873	185702	174086	276208	219200	233002	219252	262000	263040
TAUX HORAIRE MOYEN \$										\$15.02	\$16.16	\$16.70
COÛT TOTAL \$			184239	210777	254039	290309	354958	400019	458940	490688	508251	537474
UNITÉS/HEURES		35.19	34.42	35.77	34.30	33.73	34.69	35.6	36.5	35.8	35.7	34.1
COÛT/VISITES \$		\$8.70	\$9.15	\$9.16	\$9.88	\$11.19	\$11.68	\$12.38	\$14.11	\$15.23	\$16.35	\$16.70
ATTENTE/SEMAINE (CAS)		14	15	28	31	37	37	29	49	75	93	106
TEMPS MOYEN (JOURS)		15	11	14	16	18	16	12	19	28	34	40

Aujourd'hui, les principaux secteurs d'intervention sont l'orthopédie externe et interne, la neurologie adulte hospitalisée et externe, les soins prolongés, la pédiatrie, les plaies et brûlures, le post-partum, les pertes d'autonomie, la rhumatologie et la réadaptation physique.

La mission du service est d'assurer des soins de physiothérapie et de réadaptation à la population desservie par le centre hospitalier. Ce mandat est très vaste et s'explique par l'absence de centre de réadaptation spécialisé dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, ainsi que de cliniques privées dans la région de Val-d'Or. Tous les types de cas possible, de l'enfant de quelques mois au vieillard, se retrouvent donc au service de physiothérapie du centre hospitalier. Le personnel du service se doit donc d'être très polyvalent.

Jusqu'en 1989, c'était le seul service de réadaptation de toute la MRC de la Vallée de l'Or. Les déplacements occasionnés par cet état de fait rendait souvent inaccessible les soins physiothérapiques pour une bonne partie de la population desservie. On expérimenta alors la création de points de service à partir du service principal de Val-d'Or, pour les villes de Senneterre et Lebel-sur-Quévillon, en collaboration avec les intervenants locaux (Services de santé, administration

municipale, chambre de commerce, clubs sociaux, etc.).

Aujourd'hui, ces points de service sont sous la responsabilité administrative des centres de santé de chacune des localités. Le service de Val-d'Or, par contrat, en assume cependant la supervision professionnelle par un physiothérapeute qualifié.

Le tableau I démontre cette augmentation des activités au fil des ans, en plus d'indiquer ce que l'administration et le ministère requièrent comme informations sur les activités du service. Ces informations sont strictement quantitatives, soit le nombre d'unités pondérées/heure rémunérée et le coût/visite-malade, en plus des autres indicateurs financiers comme le coût/unité pondérée.

Cependant, le service compile depuis plusieurs années, des données sur le nombre moyen de cas en attente par semaine, et le temps moyen, en jours d'attente, avant d'être pris en traitement régulier (voir tableau I).

L'évolution de ces deux derniers indicateurs, reflète bien l'augmentation de la demande et l'incapacité du service de répondre à cette demande, malgré l'augmentation des heures travaillées (+90% de 1981 à 1992), donc du personnel.

La baisse des activités en 1991-92 tient essentiellement aux cinq (5) congés de maternité qui n'ont pu être remplacés que partiellement.

3. LE SUPER-SYSTÈME ET L'ENVIRONNEMENT

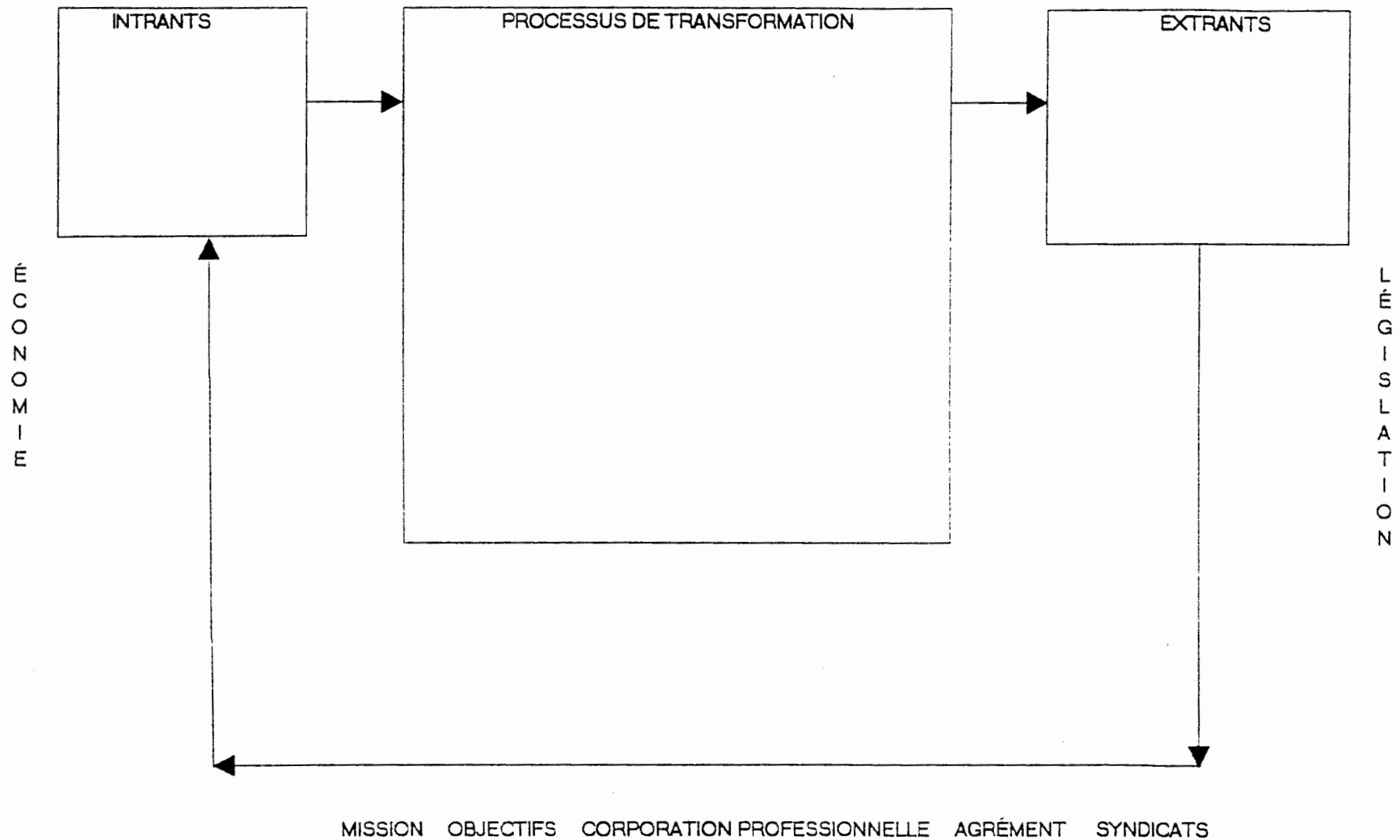
L'environnement selon Mintzberg comprend virtuellement tout ce qui est situé en dehors de l'organisation: sa technologie (le savoir qu'elle utilise), la nature de ses produits, les clients et les concurrents, la distribution géographique de ses activités, le climat économique et politique, etc.. De plus, il ajoute: "Ce qui nous intéresse ici n'est pas l'environnement en soi mais son impact sur l'organisation, et surtout la capacité qu'a l'organisation d'y faire face: de le prédire, de l'appréhender, d'y répondre rapidement et d'affronter sa diversité"¹⁶

L'environnement immédiat du service de physiothérapie comprend les différentes composantes de son super-système le Centre hospitalier de Val-d'Or (voir figure 4).

Le service est bien implanté dans le centre hospitalier et ses membres participent à différents comités comme le comité paritaire de santé et sécurité au travail, le CTMSP (Classification par types en milieu de soins et de services prolongés: système d'orientation des personnes nécessitant un hébergement prolongé), l'équipe multidisciplinaire aux soins prolongés, le comité d'appréciation de la qualité, etc..

MODÈLE SYSTÉMIQUE

AUTRES SERVICES ET ÉTABLISSEMENT



Le service de physiothérapie a comme environnement immédiat les autres services du centre hospitalier, mais également le département d'orthopédie régional du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos dont dépend une partie importante de sa clientèle (25%).

C'est donc un environnement dynamique qui entraîne de nombreuses interactions en plus d'avoir une particularité interétablissement. D'autres variables (la demande, les syndicats, les organismes légaux et de surveillance, la communauté, etc.) extérieures à l'environnement immédiat ont également une influence sur le système étudié, celles-ci constituent son environnement général.

3.1 Le super-système: Centre hospitalier de Val-d'Or

Les principaux groupes impliqués sont le corps médical, le personnel clinique et non clinique, les syndicats, les cadres supérieurs, les cadres intermédiaires, la population en général et ses divers groupes.

Pour ce qui est de l'environnement immédiat du service étudié, les éléments importants à retenir sont: l'augmentation constante des demandes depuis une dizaine d'années, augmentation qui devrait se poursuivre dans le futur vu le vieillissement relatif de la population, l'augmentation de l'espérance de vie et les développements constants de nouvelles technologies dans le domaine médical.

En accord avec Mintzberg, nous décrivons donc l'environnement du service comme étant "dynamique" au niveau de sa stabilité, "complexe" au niveau de sa complexité, le travail à faire étant complexe en lui-même, "diversifié" au niveau des marchés, ayant plusieurs fournisseurs (médecins) qui modifient fréquemment leurs façons de faire, et finalement "accueillant", le service étant bien implanté dans le centre hospitalier.¹⁷

Le fournisseur du service pour ses ressources humaines, financières, matérielles et physiques est le centre hospitalier. Ce principalement par l'intermédiaire du directorat des finances pour ses ressources financières, techniques et matérielles, et la direction des ressources humaines pour ses besoins en personnel. Les médecins fournissent la clientèle première: les usagers à satisfaire.

Le service est donc totalement dépendant du centre hospitalier pour ses ressources. Le centre hospitalier quant à lui est dépendant du ministère de la Santé et des Services sociaux pour ses budgets, ministère qui lui est dépendant du niveau d'activités économiques pour l'obtention de crédits et des priorisations budgétaires du gouvernement.

Étant présentement en période de ralentissement économique et la tendance étant à la privatisation des organismes publics, les ressources financières supplémentaires sont donc peu disponibles.

Pour ce qui est des ressources humaines, le service doit constamment faire face à une pénurie chronique de ce type de professionnels. Cette pénurie se fait sentir à la grandeur du Québec, mais est encore plus accentuée en région éloignée.

D'ailleurs le ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Association des hôpitaux du Québec a mené une vaste étude à la grandeur de la province sur les besoins en main-d'oeuvre en réadaptation physique qui a confirmé cette pénurie¹⁸.

Le personnel technique quant à lui est stable, cependant au niveau des physiothérapeutes il y a eu des changements réguliers depuis dix (10) ans. Toutes les personnes non originaires de la région, après avoir pris une ou deux années d'expérience, préféreraient retourner dans leur région d'origine ou encore dans les grands centres urbains. La forte demande au niveau de tout le Québec facilite grandement ces déplacements au détriment de la région.

Depuis deux ans, à un noyau stable de trois (3) physiothérapeutes sont venues se greffer trois finissantes originaires de la région de Val-d'Or, nous croyons donc avoir stabilisé l'équipe pour un certain temps.

Mais un autre phénomène vient compliquer la situation. La majorité du personnel en réadaptation étant féminin, conjugué à une moyenne d'âge de 28.8 ans, font que les congés maternités et surtout leur non remplacement, faute de ressources humaines

disponibles, ont fait en sorte que la liste d'attente connaît des fluctuations importantes selon les époques.

Pour l'année 1991-92, cinq (5) congés de maternité étaient prévus, au moment de cette étude, deux (2) membres du personnel étaient déjà en congé et aucun remplacement n'a pu être trouvé. Il est à noter que pareil phénomène s'est déjà produit en 1985-86 et en 1989-90, ce qui explique les baisses d'activités notées dans le tableau I.

Le service ne dispose donc pas de liste de rappel du personnel pour pallier aux divers imprévus tels que les maladies, vacances, congés parentaux, congés sociaux, etc., ceci est un des principaux problèmes du service selon nous.

Les ressources matérielles quant à elles sont en quantité et qualité suffisantes, le service pouvant même se vanter d'être très bien équipé en appareils d'électrothérapie et autres équipements de traitement (appareils d'exercices, de réadaptation, etc.), ainsi qu'à la fine pointe de la technologie dans le domaine. Cependant les équipements les plus anciens doivent être renouvelés, ce qui tarde faute de budget d'équipements suffisant au niveau de tout le centre hospitalier.

Les locaux ont été doublés de surface en 1985, après plusieurs années d'attente, pour permettre au service de faire face à l'augmentation des demandes de soins. Présentement, malgré cet agrandissement, nous avons dû étaler les horaires de travail de 8h00 à 19h00. Grâce à cet étalement des activités, les locaux sont adéquats pour répondre à la demande.

Les principaux services avec lesquels le service de physiothérapie est en contact sont les suivants:

3.1.1 l'Unité de soins de médecine

La mission de l'unité de soins de médecine est de surveiller, contrôler et fournir des soins infirmiers en quantité et qualité aux usagers souffrant de maladies physiques et nécessitant des soins médicaux. Avec un taux d'occupation de 100%, il est fréquent que la demande soit supérieure à l'offre. Le manque de lits en soins prolongés dans le secteur de la Vallée de l'Or, n'est pas étranger à cette situation, l'unité accueillant régulièrement une dizaine de bénéficiaires en attente de placement.

Cette clientèle long terme nécessite des soins de réadaptation et de maintien au niveau physiothérapique.

C'est également à cette unité que sont hospitalisés les cas aigus de paralysie (hémiplégie, paraplégie, sclérose en plaques, etc..) clientèle très lourde et qui nécessite des investissements majeurs en réadaptation, allant facilement jusqu'à une heure de soins par jour, par bénéficiaire.

3.1.2 l'Unité de soins des services ambulatoires (salle d'urgence)

Cette unité a comme vocation principale de recevoir les usagers et de leur fournir des soins infirmiers de qualité pour tout traitement exigeant des soins immédiats et/ou nécessitant une hospitalisation sur le champ. Une bonne partie des références au service de physiothérapie proviennent de cette unité. Une coordination plus étroite est nécessaire pour les cas externes de plaies et/ou brûlures. Ces usagers, après le bain tourbillon et le débridement en physiothérapie, faisant faire leurs pansements et étant vus par le médecin à cette unité.

3.1.3 le Département d'orthopédie du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

De par sa vocation régionale en orthopédie le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos est un intervenant de premier plan pour tous les services de physiothérapie de la région.

L'orthopédie est une source majeure de références en physiothérapie vu son application privilégiée aux atteintes musculo-squelettiques, domaine d'intervention de la physiothérapie. De plus, la physiothérapie complète le traitement chirurgical orthopédique par une réadaptation appropriée de façon très efficace dans la majorité des cas.

La physiothérapie intervient également en vue de prévenir toute intervention chirurgicale non essentielle. Il est à noter que l'orthopédie étant concentrée dans un autre centre hospitalier, le service de physiothérapie n'a pas à répondre aux besoins postchirurgicaux hospitalisés qui peuvent être une part importante des activités d'un service, là où la spécialité chirurgicale d'orthopédie se pratique.

Cependant, dès que la phase critique postchirurgicale est passée et que le bénéficiaire est retourné chez lui, nous nous devons de le prendre en charge immédiatement. Une entente tacite existant à cet effet entre les deux établissements.

La seule plainte formulée par les orthopédistes, comme par tous les médecins rencontrés dans le cadre de ce projet, tient au temps d'attente avant la prise en charge des usagers dits "électifs", qui est beaucoup trop long et inacceptable.

3.1.4 l'Unité de soins de chirurgie

Cette unité requiert les services de la physiothérapie lors de complications postopératoires au niveau de l'autonomie fonctionnelle des bénéficiaires, et pour les bénéficiaires de type "médecine" hébergés à cette unité, faute de place à l'unité de soins de médecine.

3.1.5 l'Unité des soins prolongés

Plusieurs des bénéficiaires hébergés dans cette unité nécessitent des soins de maintien de leurs capacités fonctionnelles et/ou de réadaptation. Un technicien en réadaptation est affecté pour 21 heures/semaine à cette unité.

3.1.6 le Service social médical

Les échanges avec ce service tiennent à la production de rapports verbaux et/ou écrits, décrivant les capacités fonctionnelles de bénéficiaires en attente d'orientation au niveau de leur hébergement ou de leur maintien possible à domicile. Ce processus est en relation directe avec le système CTMSP (Classification par Types en Milieu de Soins et de Services Prolongés), qui régit tout hébergement prolongé de bénéficiaires dans le réseau public.

3.1.7 le Service d'orthèse-prothèse

Le service de physiothérapie réfère régulièrement à ce service (sous la responsabilité du Centre hospitalier d'Amos) et en collaboration étroite avec celui-ci, détermine les besoins en orthèse-prothèse du bénéficiaire.

3.1.8 le Service d'approvisionnement

Sous la juridiction de la Direction des ressources financières et techniques, le service d'approvisionnement effectue les achats de fournitures et équipements nécessaires et assume l'entreposage et la distribution selon les besoins.

3.1.9 le Service de distribution centrale et de stérilisation

Ce service est responsable de la stérilisation des instruments médico-chirurgicaux, ainsi que de leur distribution dans les divers services de l'établissement.

Il participe à l'achat de matériel stérile qu'il distribue selon la demande aux unités de soins concernées. Le service de physiothérapie bénéficie de ces activités principalement au niveau de la distribution de fournitures médicales et des instruments stériles nécessaires aux soins des cas de plaies et brûlures qui sont traités dans son secteur d'hydrothérapie.

3.1.10 le Service de buanderie et lingerie

Comme son nom l'indique, le service de buanderie et lingerie est responsable de la fourniture et de l'entretien des différents types de lingerie nécessaire au fonctionnement des unités de soins. Le service de physiothérapie est un grand consommateur quotidien de draps, serviettes, alèses, débarbouillettes, etc..

3.1.11 le Service d'entretien des installations

Le service de physiothérapie fait régulièrement appel à ce service pour l'entretien, la réparation, et/ou l'inspection des différents équipements en fonction dans le service. Ce service participe parfois à l'adaptation de matériel pour les bénéficiaires.

3.1.12 le Service du biomédical

De par le grand nombre d'équipements biomédicaux utilisés en physiothérapie, le service fait appel régulièrement à l'expertise de ce service. Il est à noter que malgré un plan d'entretien préventif des équipements bien identifié et planifié, l'application en est retardée faute de temps et de priorisation au niveau du centre hospitalier.

3.1.13 le Service des archives

Ce service est responsable de la gestion et la conservation des dossiers médicaux. De fréquents échanges sont nécessaires de façon à assurer une saine gestion des dossiers médicaux, que ce soit au point de vue confidentialité ou disponibilité pour les différents professionnels.

Cependant, le dossier physiothérapique actif de l'utilisateur est constitué et conservé en physiothérapie pour toute la durée des soins. Au congé de l'utilisateur, le dossier physiothérapique est incorporé au dossier central unique.

3.1.14 le Service de la comptabilité

La comptabilité, de par les nombreux contrats de service de la physiothérapie avec divers partenaires, comme la CSST et les autres établissements du secteur, a des liens fonctionnels importants pour garantir la collecte des fonds dépensés pour ces diverses activités qui doivent ou s'autofinancer, ou bien procurer une source de revenus essentielle au centre hospitalier au plan budgétaire.

La facturation et les comptes à recevoir sont des outils de gestion du responsable du service de physiothérapie en ce qui a trait aux ressources humaines possibles, et aux exigences en équipement pour répondre adéquatement aux diverses demandes.

3.1.15 le Service de la salubrité

Ce service est responsable de l'entretien ménager des locaux du service. La propreté des lieux étant très importante vu l'achalandage et le traitement de cas de plaies et de brûlures.

3.2 L'environnement général

Tout comme pour son super-système, plusieurs autres variables extérieures ont une influence sur le système service de physiothérapie. Certaines de ces caractéristiques externes ont une incidence certaine, on retrouve:

3.2.1 la Population desservie

3.2.1.1 caractéristiques générales

Les principales caractéristiques de la population à desservir sur le plan local sont, selon Statistiques Canada (1986)¹⁹, les suivantes: d'abord la population est relativement jeune et 51,5% des gens se retrouvent dans le groupe des 15-39 ans.

Le district de Val-d'Or-Senneterre accuse des taux d'accroissement de la population nettement supérieurs à la moyenne provinciale (Beaudry, 1988)²⁰. La population totale de la MRC de la Vallée de l'Or s'établissait à 43,121 habitants en 1991.

L'âge moyen de la population de la MRC était de 31.5 ans en 1986, alors que l'âge moyen de la population québécoise était de 34.7 ans.

Selon les projections établies en 1990 par le Bureau de la statistique du Québec (BSQ), la population de la MRC de la Vallée de l'Or devrait s'accroître de 8.1% au cours des 15 prochaines années pour atteindre 45,100 personnes en 2001, soit un accroissement annuel moyen de 5.4 pour 1,000 habitants. Il y aura croissance continue de l'importance numérique des 45-64 ans et des 65 ans et plus. À l'opposé, le nombre de 0-4 ans diminuera de façon constante.

Si ces projections s'actualisent, en 2001, une personne sur 10 (9.6%) aura 65 ans et plus comparativement à 6.9% en 1986; une proportion équivalente à celle observée dans l'ensemble du Québec, en 1986.

Un des phénomènes caractérisant ce groupe d'âge est la perte de fonctionnalité, d'où la grande importance de cette tendance sur la demande de service de physiothérapie et de réadaptation dans l'avenir. De plus la demande de services à domicile favorisant le maintien dans leur milieu des personnes en perte d'autonomie viendra également amplifier cette demande.

L'évolution rapide des découvertes technologiques et des connaissances dans le domaine médical entraîne une demande

accrue de services de réadaptation en stade aigu et à long terme étant donné la longévité plus grande et les séquelles possibles pour les personnes suite à une maladie ou à un traumatisme. Conjuguées au vieillissement de la population ces tendances ne font qu'augmenter la demande pour des services de physiothérapie dans un secteur public déjà surchargé, avec de longues listes d'attente, et incapable de répondre adéquatement à une si forte croissance.

Le service devra donc continuer à chercher des moyens de faire plus avec les mêmes ressources, d'où l'importance de la présente recherche, et orienter ses activités vers le service aux personnes âgées et les soins à domicile en collaboration avec le CLSC.

3.2.1.2 délimitation du territoire desservi

De par la mission de son centre hospitalier, le service de physiothérapie dessert, sur le plan local, toute la population de la Municipalité régionale de comté de la Vallée de l'Or, regroupant dix (10) municipalités, dont trois (3) villes et sept (7) municipalités rurales. D'une superficie de 3,671 km² municipalisés, ce territoire représente un total de 43,121 habitants. Mais comme nous l'avons déjà mentionné, il existe cependant deux points de service à Lebel-sur-Quévillon et

Senneterre qui font que la population desservie par le service de physiothérapie se limite plus à l'agglomération de Val-d'Or.

Le service de physiothérapie dessert également une clientèle Crie en provenance du Grand Nord et Algonguine des villages amérindiens de la MRC.

L'agglomération quant à elle se compose de la ville centrale, Val-d'Or, et des municipalités de Sullivan, Dubuissou, Val Senneville, Vassan et Malartic. Ainsi, de 1986 à 1991, la population de Val-d'Or-Sullivan-Dubuissou-Val Senneville-Vassan est passée de 28,375 habitants à 31,521 habitants, pour une augmentation de 11%. Malartic a, quant à elle, vu sa population passer de 4,474 à 4,326 habitants, soit une diminution de 3.3%.

Les ménages privés sont au nombre de 9,645. Ils sont propriétaires de leur logement à 57%, soit un taux supérieur à celui de l'ensemble du Québec (54%). La population de Val-d'Or est très mobile. En effet, plus de la moitié de celle-ci avait déménagé entre 1981 et 1986.

Le revenu moyen des ménages privés de l'agglomération de Val-d'Or est de 31,278\$, supérieur de 1% au revenu moyen de

l'ensemble du Québec. La population à faible revenu ne représente que 18% des résidents, soit deux points de moins que celui du Québec. La position de Val-d'Or est donc avantageuse en terme de revenu. Revenu de 50,000 \$ et plus 16.8% vs 16.2% pour le Québec.

En ce qui concerne le domaine de la santé, notons qu'en 1987, au moment de l'enquête Santé Québec, près d'un québécois sur cinq (19%) déclarait au moins une affection du système ostéo-articulaire..

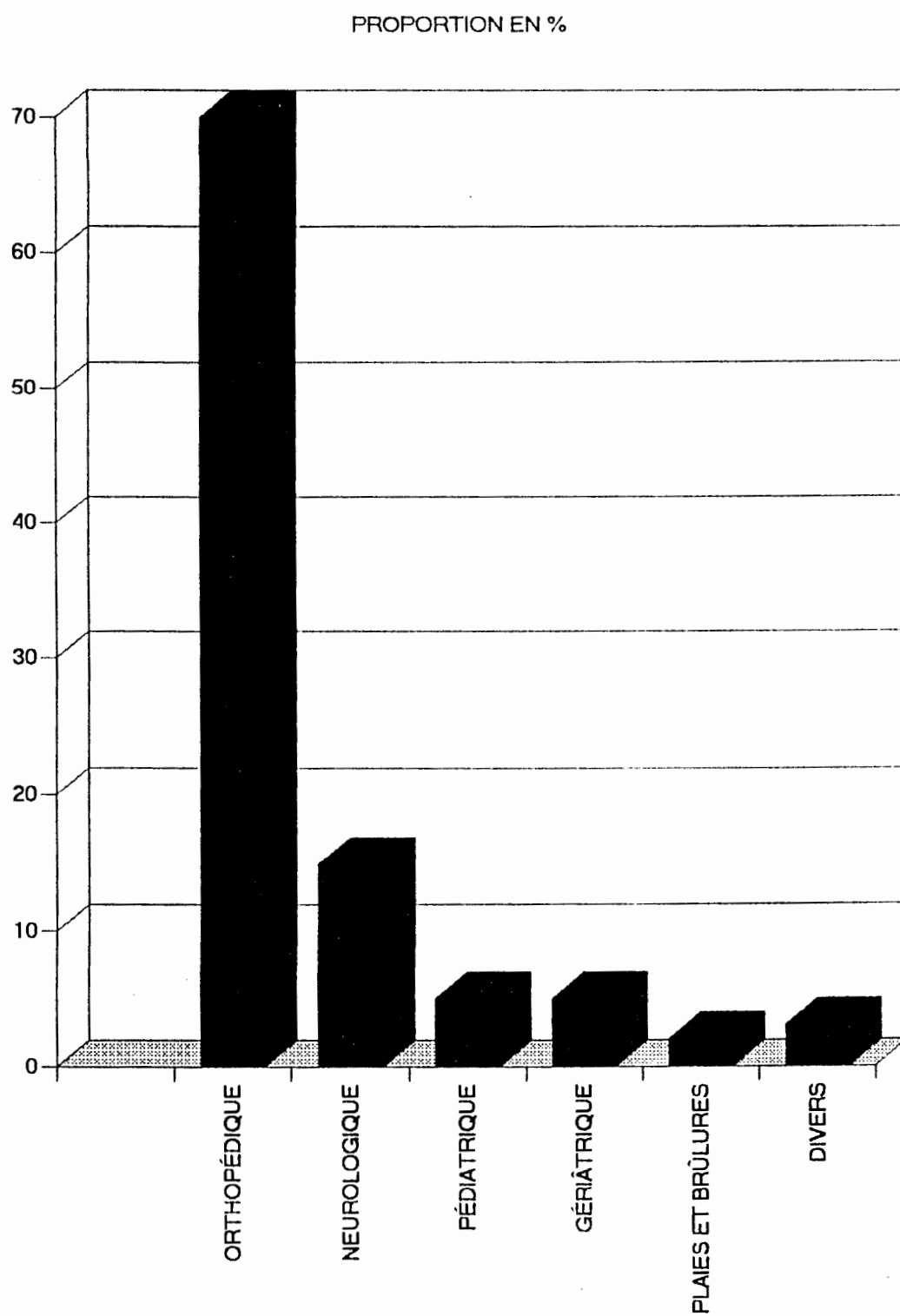
Les accidents (4.1% de la population) sont à l'origine de nombreux problèmes de santé. À cet égard, l'Abitibi-Témiscamingue se distingue par une proportion importante d'accidents de travail et d'accidents de la route; en effet, à eux seuls ces deux types représentent 70% du total des accidents (Travail: 54.3%; Route: 15.7%), comparativement à 52% au Québec. La région compte un nombre important de travailleurs oeuvrant dans des activités considérées à risque élevé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Parmi les dix (10) principaux problèmes de santé rencontrés en Abitibi-Témiscamingue, notons l'arthrite/rhumatisme qui touche 7.2% des personnes et les maux de dos 7.1% (Source: Bilan de Santé, Abitibi-Témiscamingue, 1990). Ces deux problèmes de santé sont d'ailleurs des causes importantes de consultation en physiothérapie.

3.2.1.3 profil diagnostique de la clientèle

La clientèle du service de physiothérapie se compose à 70% de cas orthopédiques, 15% neurologiques, 5% gériatriques, 5% pédiatriques, 3% diverses conditions et 2% plaies et brûlures, (voir figure 5). Les modes d'interventions différents auprès de ces diverses clientèles impliquent des façons différentes d'apprécier la qualité des soins. Par exemple, pour la clientèle pédiatrique et gériatrique, on peut rarement leur demander de répondre à un questionnaire d'appréciation écrit. Il faudra donc adapter les outils développés aux diverses clientèles.

FIGURE 5
COMPOSITION DE LA CLIENTÈLE



3.2.2 les Corporations et associations professionnelles

Le service doit composer avec plusieurs organismes extérieurs que ce soit au niveau professionnel ou syndical. Ces organismes ont comme mission la surveillance des compétences professionnelles ou la défense des droits des travailleurs.

Il y a la Corporation professionnelle des physiothérapeutes, corporation à titre réservé qui par ses mécanismes d'inspection professionnelle, a comme mission la protection du public. Cet organisme visite régulièrement le service et accorde un statut d'agrément en fonction du respect de normes et critères précis de fonctionnement et d'organisation. Les critères de la corporation et du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (voir annexe 3) ont été utilisés par les membres du comité d'intervention, comme base du programme d'appréciation de la qualité car ils couvrent bien les différents aspects techniques de la dispensation des soins en physiothérapie.

Lors de la dernière visite de l'inspecteur professionnel en 1989, le service obtint un statut de trois (3) ans, soit le maximum possible. Une visite est prévue pour 1992.

Il y a également la Société Québécoise des thérapeutes en réadaptation physique qui vise à promouvoir et défendre les intérêts professionnels de ses membres. Ces membres détiennent un diplôme d'études collégiales en technique de réadaptation alors que les physiothérapeutes, formés au niveau universitaire après deux (2) ans de CÉGEP en sciences de la santé, possèdent un baccalauréat spécialisé en physiothérapie. Le chef de service quant à lui fait également partie de l'association des cadres intermédiaires des affaires sociales.

3.2.3 les Syndicats

Au niveau syndical, il existe deux accréditations syndicales, soit la CSN pour le personnel de support (secrétaire et préposés), et l'association professionnelle des physiothérapeutes du Québec (APPQ) pour le personnel professionnel. Les relations de travail se qualifiaient de bonnes, un seul grief tenant à l'affichage de poste de technicien en réadaptation, fut déposé et réglé avant arbitrage depuis onze (11) ans. Mentionnons également une entente intervenue avec le syndicat CSN concernant la réintégration en 1991, dans le service d'une employée ayant des séquelles d'un accident de travail, par un aménagement de tâches adaptées à sa condition.

3.2.4 les Fournisseurs

Le service, à l'image du centre hospitalier, est totalement dépendant des ressources financières du gouvernement du Québec, par l'intermédiaire de son ministère de la Santé et des Services sociaux, pour tout ce qui concerne ses ressources financières et ses projets de développement.

Le service est approvisionné par le service de l'approvisionnement qui est l'intermédiaire avec les différents fournisseurs qui sont, pour la plupart, de l'extérieur de la région vu la spécialisation des fournitures et équipements nécessaires.

3.2.4.1 les ressources humaines

La pénurie de physiothérapeutes à la grandeur du Québec se fait particulièrement sentir dans une région dite "éloignée" comme l'Abitibi-Témiscamingue.

Le service a longtemps fonctionné avec un ou deux physiothérapeutes et plusieurs techniciens en réadaptation vu la relative disponibilité plus grande de ces derniers sur le marché de l'emploi en région. Ceci ne fut pas sans causer certaines frustrations chez le personnel technique, celui-ci n'ayant qu'un statut temporaire, le service ne pouvant se

permettre d'hypothéquer le recrutement futur de physiothérapeutes par l'attribution de postes permanents. Cette situation fut à l'origine du seul grief syndical que le service a eu depuis sa fondation.

Cependant, cette situation continue de créer des frustrations et insatisfactions chez le personnel technique malgré tous les efforts pour expliquer la situation.

C'est la direction des ressources humaines qui est responsable, en principe, du recrutement et de l'embauche du personnel. Mais dans la réalité, vu la pénurie de main-d'oeuvre professionnelle, le recrutement se fait par contact direct entre le chef de service et d'éventuels candidats, ce tant pour les techniciens en réadaptation que pour les physiothérapeutes.

La direction des ressources humaines joue cependant son rôle pour ce qui est du personnel de support comme les secrétaires médicales et les préposés.

Le service est donc dépendant de la direction des ressources humaines et de la conjoncture du marché dans ce secteur d'emploi pour ce qui est de ses ressources en main-d'oeuvre.

3.2.4.2 le matériel utilisé

La clientèle est évaluée à l'aide d'un formulaire pré-déterminé et un plan de traitement est élaboré en fonction des connaissances du thérapeute responsable.

Les outils dont dispose le personnel soignant englobent toute une panoplie d'appareils d'électrothérapie, d'exercices, de modalités de chaleur et de froid, d'hydrothérapie, de thérapie manuelle et autres techniques de traitement plus spécialisées. Les fournitures et équipements nécessaires proviennent du service d'approvisionnement et du service de distribution centrale qui eux s'approvisionnent auprès de fournisseurs extérieurs.

3.2.4.3 les médecins

Il n'y a pas de médecins spécialistes du domaine de la réadaptation physique (physiatre, neurologue, orthopédiste) résidents permanents à Val-d'Or. L'orthopédie et la neurologie sont disponibles sur place par l'intermédiaire de médecins itinérants, alors que la physiatrie n'est pas disponible en région. Si ce service est nécessaire l'utilisateur doit se déplacer dans un grand centre.

Cette absence de spécialistes résidents n'a pas eu d'inconvénients majeurs à date sur le développement du service si ce n'est au niveau de la priorisation des achats d'équipements médicaux qui en physiothérapie, ne trouvent pas de défenseurs auprès du CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) qui est responsable de la priorisation des équipements médicaux à acquérir. La vente de services à la CSST et les revenus substantiels générés ont toutefois amoindri cet inconvénient qui aurait pu être majeur.

L'absence de spécialistes a eu par contre l'avantage de permettre aux physiothérapeutes une plus grande liberté d'exercice de leur profession. Ceci a permis une reconnaissance de leur expertise particulière par le milieu, et l'établissement d'un milieu de pratique très intéressant et diversifié.

Le corps médical du centre hospitalier compte plus d'une trentaine de médecins en grande majorité généralistes, avec leurs attentes propres vis-à-vis du service de physiothérapie en terme de délais d'attente, de rapports et de types de traitement. Le service se doit de prendre en considération ces attentes et d'y répondre du mieux possible, mais ne dispose pas des outils nécessaires à une véritable connaissance de ces attentes.

Un des problèmes rencontrés et fréquemment mentionnés lors des entrevues avec les membres de l'équipe, tient au fait que certains médecins se servent de la physiothérapie en dernier recours lorsqu'ils n'ont plus rien à offrir au patient. Ou encore retournent un patient pour lequel tout a été fait, mais qui a de la difficulté à se prendre en main ou encore vise un bénéfice social ou autre lié à ses symptômes (cas en arbitrage médical pour la CSST, la SAQ, isolement social, etc..).

Même si ces cas ne doivent pas détester venir en physiothérapie (certains reviennent annuellement depuis plusieurs années), ils sont très démoralisants au point de vue professionnel, le personnel étant assuré au départ de ne jamais pouvoir régler leurs problèmes.

3.2.5 les Marchés

Le vieillissement de la population et l'espérance de vie qui ne cesse de s'accroître sont des facteurs qui nous font prévoir une augmentation constante de la demande de soins physiothérapiques pour au moins les dix (10) prochaines années. De plus les découvertes scientifiques permettant de nouveaux traitements autant dans le domaine médical que de la physiothérapie, ne viennent que renforcer cette affirmation.

Le domaine des soins à domicile est également un secteur d'activités qui se développera rapidement au cours des prochaines années de façon à éviter l'institutionnalisation et ce en accord avec les politiques préconisées par le gouvernement.

Même si ce n'est pas dans la mission du centre hospitalier, il est fort probable que le CLSC fera appel à l'équipe du centre hospitalier pour débiter ces activités et supporter professionnellement le nouveau programme.

La gériatrie active, programme visant à intervenir massivement chez la personne âgée hospitalisée, et ce dès les premiers instants vu la rapide perte d'autonomie que ces personnes subissent si elles ne sont pas prises en charge par une équipe multidisciplinaire concertée et efficace, est également un domaine de développement à très court terme et qui nécessitera au moins une ressource à plein temps, et l'ajout d'ergothérapie.

3.2.6 l'Offre

3.2.6.1 les concurrents directs

Il n'y a pas de concurrent direct au service de physiothérapie. Il n'y a pas d'autres services privés ou publics.

3.2.6.2 les concurrents indirects

Il y a cependant des concurrents indirects au niveau de la clientèle externe orthopédique. Ce sont quatre (4) chiropraticiens, un (1) acupuncteur, et divers autres intervenants de médecine douce comme des massothérapeutes, homéopathes, etc.. Cette concurrence est stable depuis plusieurs années.

3.2.7 la demande

Le service de physiothérapie a depuis son ouverture une incapacité chronique de répondre à l'augmentation continuelle de la demande, faute de ressources humaines et financières suffisantes.

En effet même si le service est passé de six (6) employés à quinze (15) employés pour le service principal de Val-d'Or au cours des dix dernières années, le temps moyen d'attente pour les cas privés était de 40 jours en moyenne pour 1991-92, comparativement à 34 jours en 1990-91 et à 28 jours en 1989-90 (voir tableau I, p.30). Ces temps d'attente sont des moyennes, les cas jugés électifs (quant à la gravité de leur état) peuvent facilement attendre jusqu'à trois (3) mois.

Les cas de la CSST quant à eux attendaient en moyenne 19.7 jours pour les trois (3) dernières années. Un fait important à mentionner est l'existence d'un contrat liant le centre hospitalier et la CSST et qui stipule que le délai d'attente avant le début des traitements ne doit pas dépasser cinq (5) jours ouvrables.

Comme on peut le constater, le centre hospitalier est dans l'impossibilité de rencontrer la demande et les termes du contrat avec la CSST, ce qui pourrait engendrer des problèmes si la gestion de ce contrat était resserrée.

En plus des délais d'attente, un autre facteur important à considérer est le volume de demandes. Le service de physiothérapie ouvre en moyenne soixante (60) dossiers privés par mois, et vingt-deux (22) dossiers CSST, pour un total de 82 nouvelles demandes en moyenne par mois. Ces données sont constantes pour les deux (2) dernières années à la suite d'augmentations graduelles au cours des années précédentes.

Ceci pourrait refléter l'atteinte d'un niveau maximum de demandes en fonction de la population à desservir, mais nous croyons plutôt que certains patients ne sont tout simplement pas référés par les médecins vu la liste d'attente trop longue.

De plus, des facteurs comme le vieillissement de la population, le développement de nouvelles technologies dans le domaine médical, nous permettent de prévoir une augmentation potentielle de la demande pour quelques années encore. Le service doit donc s'organiser pour répondre le mieux possible à la demande actuelle et future.

Il est d'ailleurs de plus en plus question de l'ouverture prochaine d'une clinique privée de physiothérapie dans le secteur. Cette clinique pourrait avoir un impact majeur sur les activités du service si rien n'est fait pour améliorer l'accessibilité et le respect du contrat avec la CSST.

4. EXAMEN DES STRUCTURES

4.1 Structure organisationnelle

La structure organisationnelle du service de physiothérapie est hiérarchisée et s'insère dans la structure formelle et très hiérarchisée de la direction des services professionnels et hospitaliers qui elle s'insère dans celle du centre hospitalier. (voir figure 2, p. 26).

Pour ce qui est du centre hospitalier, il s'agit d'une structure de bureaucratie professionnelle (Mintzberg 1982), où l'on a deux (2) hiérarchies parallèles, soit l'une pour les professionnels (médecins, infirmières, physiothérapeutes et autre personnel paramédical), qui va du bas vers le haut et qui est démocratique, et une autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas et qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste.

Dans le cas d'une bureaucratie professionnelle, selon Mintzberg, "Le point le plus important est le suivant: pour coordonner ses activités, la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond, la formation

et la socialisation. Elle recrute des spécialistes dûment formés et socialisés --des professionnels-- pour son centre opérationnel, et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail"²¹

La complexité des qualifications permet aux professionnels une latitude considérable dans leur travail. Un professionnel utilise rarement ses compétences de la même manière qu'un autre professionnel de la même discipline. Il est donc difficile de mesurer et de standardiser le produit du travail d'un professionnel. Ceci est encore d'autant plus vrai selon nous dans le domaine de la santé. Par exemple, il est très difficile de mesurer l'amélioration de l'état d'un patient après un traitement physiothérapique.

Cependant il existe des standards de pratique dans toute profession, et la physiothérapie ne fait pas exception. Ces standards sont élaborés "pour une large part en dehors de la structure, dans des associations professionnelles autogérées"²².

Ici c'est la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec qui tient ce rôle. Elle s'assure de la qualité de pratique de ses membres en édictant des normes de pratique qui englobent principalement les aspects techniques.

Elle s'assure qu'il existe dans le service inspecté des procédures pour la dispensation des soins, la tenue de dossier, l'entretien des équipements, ainsi qu'un personnel suffisant et formé, etc.. En fait elle s'assure de l'aspect technique de la qualité des soins et services, elle s'assure que les structures en place favorisent la qualité, mais elle ne tient pas compte de l'aspect humain de la qualité.

On peut donc affirmer que le service de physiothérapie répond bien à la définition d'une bureaucratie professionnelle, tout en ayant une structure de fonctionnement simple (voir figure 3, p.29). Pour ce qui est du centre hospitalier, la direction des services professionnels et hospitaliers possède justement la double structure professionnelle-mécaniste, qui est ici formalisée, et tient à l'existence de chefs de départements cliniques (voir figure 2, p.26).

Ces chefs de départements cliniques sont des médecins spécialistes qui doivent, de par la Loi, voir à l'utilisation rationnelle par les médecins des ressources de leur secteur d'activités.

Ces chefs de départements cliniques viennent "doubler" d'une certaine manière le rôle du chef de service administratif, qui lui est habituellement un professionnel de la santé de la discipline concernée et qui a l'autorité administrative et professionnelle sur les activités de son service.

Le service de physiothérapie du Centre hospitalier de Val-d'Or n'a pas cette duplicité, n'ayant pas de spécialiste médical permanent sur place. Il a cependant un responsable médical désigné qui voit à faire le lien avec le CMDP pour les problèmes d'ordre médical essentiellement.

4.1.1 l'Organigramme

Le service de physiothérapie possède un organigramme (voir figure 3, p.29) révisé en mars 1990 suite au cumul de poste du chef de service qui assume en plus, depuis ce temps, le poste de chef du service d'inhalothérapie.

Un poste de coordonnateur professionnel fut alors créé en lieu et place d'un poste d'assistant-chef, moins rémunérateur. Ce poste de coordonnateur se justifie de par les responsabilités dévolues à la titulaire et par la présence moins grande du chef de service dans les activités quotidiennes.

Sur le plan pratique l'organigramme formel en vigueur reflète une structure de travail simple et s'applique dans la réalité des opérations. Il est à noter que les physiothérapeutes (PHT) et les techniciens en réadaptation physique (TRP), malgré leurs différences de formation et de connaissances, se retrouvent sur un même niveau hiérarchique, tout comme les préposés d'ailleurs.

En fait, ce que sous-entend l'organigramme au point de vue professionnel et en ce qui concerne les physiothérapeutes et les techniciens en réadaptation, c'est que les TRP peuvent au Centre hospitalier de Val-d'Or effectuer des évaluations initiales. Dans la plupart des hôpitaux des grands centres, les TRP ne sont habilités qu'à traiter sur prescription détaillée d'un physiatre ou d'un physiothérapeute.

Ceci fait partie de l'historique du service et tient à l'établissement d'un mode de fonctionnement particulier en situation de pénurie constante de physiothérapeutes. Si comme dans les grands centres, tous les patients étaient évalués par le physiatre et/ou le physiothérapeute qui, suite à cette évaluation établissait un plan de traitement appliqué par les techniciens, le fonctionnement du service aurait, au cours des douze (12) dernières années, été régulièrement paralysé

par l'absence de physiothérapeutes. Le service ayant dû, à intervalles réguliers, opérer avec un (1) ou deux (2) physiothérapeutes seulement, ceux-ci étaient alors prioritairement affectés aux cas neurologiques adultes et enfants, ainsi qu'aux cas orthopédiques complexes et/ou dont l'évolution n'était pas prévisible.

Le service a donc dû adopter un mode de fonctionnement basé sur la consultation et la collaboration entre les intervenants lorsque le traitement d'un patient stagnait ou ne fonctionnait pas. À posteriori ce mode de fonctionnement a été bien suivi et efficace dans son ensemble même s'il y a eu certains techniciens qui ont eu peu tendance à consulter. Encore aujourd'hui la même "base de fonctionnement" est en force.

Des problèmes de qualité de soins peuvent cependant facilement provenir de ce mode de fonctionnement, et ont d'ailleurs été décelés lors des études de dossiers.

Lorsqu'il y avait suffisamment de physiothérapeutes, la tentation était grande de revenir à un fonctionnement plus conventionnel mais avec tous les désavantages de la frustration supplémentaire que cela aurait causée chez les techniciens en

réadaptation, sachant que ceux-ci se sentaient déjà frustrés du simple fait de leur statut professionnel et de l'identification de besoins en physiothérapeutes plutôt qu'en techniciens supplémentaires, pour répondre adéquatement aux besoins de la population à desservir.

4.1.2 les Politiques et procédures

Il existe un manuel de politiques et procédures dans le service. Ce manuel est en deux parties, soit une partie pour les politiques et procédures s'appliquant à tout le centre hospitalier, et une autre concernant spécifiquement le service de physiothérapie.

Ce manuel a été créé au fil des ans, par le chef de service, pour y consigner les différentes politiques du service, ainsi que les procédures standards de soins lorsque existantes. Il sert de manuel de référence pour tous les membres du service et plus particulièrement pour les nouveaux arrivants.

La partie concernant le centre hospitalier n'est pas à jour. Même si elle contient des indications importantes sur divers modes de fonctionnement, cette section n'a pas depuis au

moins dix (10) ans, fait l'objet de révision de la part de la direction, pour indiquer quelles politiques et procédures sont encore en vigueur et lesquelles sont caduques.

La section concernant le service de physiothérapie est quant à elle plus à jour, une révision s'imposait, et a été réalisée par le chef de service en collaboration avec le coordonnateur professionnel dans le cadre du programme d'appréciation de la qualité mis en place au cours de l'année 1991-92.

4.1.3 les Conventions collectives

Le service de physiothérapie doit conjuguer avec deux (2) conventions collectives et un répertoire des conditions de travail du personnel d'encadrement. Ces documents, soient les conventions collectives CSN et CPS ainsi que le répertoire, sont disponibles et facilement accessibles à tous dans le service.

4.1.4 le Programme d'orientation et d'intégration du personnel

Un programme écrit d'orientation et d'intégration a été élaboré pour chacun des titres d'emploi du service. Le but d'un tel programme est de familiariser le nouvel employé avec le service, de l'intégrer au groupe et de lui faire prendre connaissance des diverses politiques et procédures en vigueur. Dans la majorité des cas ce programme est suivi, sauf lors de remplacements de courte durée et imprévus, vu le manque de temps.

4.1.5 le Manuel d'électrothérapie

Un manuel d'électrothérapie contenant toutes les indications et contre-indications de traitement, ainsi que les modes de fonctionnement des différents types d'appareils, est à la disposition du personnel pour référence rapide et ainsi assurer la sécurité des applications pour les usagers (qualité technique des applications).

4.1.6 les Descriptions de tâches

La description de tâches de chacun des titres d'emploi du personnel syndiqué a été révisée dernièrement, à l'exception de celle des techniciens en réadaptation. Ces descriptions de tâches sont consignées dans le manuel de politiques et procédures du service.

Avant de réviser la description de tâches des TRP, le chef de service attendait la conclusion de discussions, entre la Corporation professionnelle des physiothérapeutes et la Société des thérapeutes en réadaptation, sur le partage des tâches et la formation. Malheureusement ces discussions n'ont donné aucun résultat concret. Une révision locale devra donc être faite.

Ces descriptions de tâches sont en conformité avec les conventions collectives en vigueur. Au nombre de six (6), elles sont claires et explicites, décrivant les responsabilités et tâches de chaque titre d'emploi. La description de tâches du chef de service, bien que non révisée suite au cumul de postes, comprend les principales fonctions d'organisation, de direction, de planification, de coordination et de contrôle, reliées à tout poste administratif.

4.1.7 la Mission et les objectifs du service

La mission et les objectifs du service ont été élaborés il y a quelques années déjà et sont consignés par écrit au début du manuel de politiques et procédures. De plus, des objectifs annuels sont élaborés et consignés par écrit par le chef de service en consultation avec les membres du service en début de chaque année financière, soit avant le 1er avril de chaque année.

Ces objectifs découlent en partie des objectifs organisationnels de la direction et du centre hospitalier. Pour 1991-92 les objectifs du service concernaient le programme d'appréciation de la qualité, la rencontre des normes de l'agrément, l'atteinte de l'équilibre budgétaire et l'organisation du service aux usagers dans un contexte de cinq (5) congés de maternité non remplacés.

4.2 Structure physique

4.2.1 les Lieux physiques

Le service de physiothérapie est situé au sous-sol du pavillon Germain Bigué du Centre hospitalier de Val-d'Or. Il occupe une superficie totale de 5,000 pieds carrés, comprenant une (1) salle de traitements d'électrothérapie, un (1) gymnase, une (1) salle de traitements pour les cas neurologiques, une (1) salle d'hydrothérapie, une (1) salle de traitements des cas pédiatriques, une (1) salle d'évaluation et de traitements aux ultraviolets, un (1) bureau pour les thérapeutes, un (1) bureau pour le chef de service, une (1) salle d'attente, un (1) secrétariat-réception, un (1) vestiaire et une (1) salle de déshabillage. De plus le service dispose d'un accès direct avec l'extérieur du centre hospitalier ce qui est très utile pour une clientèle en majorité externe.

Comme déjà mentionné, le service a été agrandi en 1985 et globalement les espaces sont suffisants pour le niveau d'activités. Cependant deux (2) aménagements sont fortement souhaités, soit le réaménagement du secrétariat-réception, poste de travail qui est rendu trop à l'étroit avec son informatisation, et l'ajout d'au moins une (1) autre salle d'évaluation, pour

garantir la confidentialité aux patients lors du questionnaire exhaustif d'évaluation. Ces besoins ont été clairement identifiés lors des différentes entrevues avec le personnel.

4.2.2 les Équipements d'électrothérapie et spécialisés

Il existe une grande variété d'équipements d'électrothérapie au service de physiothérapie. Les usagers peuvent donc bénéficier de diverses modalités de traitement et même, à une exception près, de tout ce qui se fait dans le domaine.

Cependant l'équipement doit être renouvelé et un plan échelonné sur cinq (5) ans a été présenté. Ce plan repose sur l'utilisation des revenus de la vente de services à la CSST, revenus qui n'ont pas été suffisants en 1991-92 vu la baisse des activités liée au manque de personnel et à la diminution des demandes causée par la récession économique.

Malgré un plan d'entretien préventif et de calibration des équipements d'électrothérapie disponible, bien documenté et produit par le comité central des chefs de service de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, il n'y a pas d'entretien préventif effectué, le service du biomédical disant ne pas avoir le temps ni les ressources pour

le faire. Plusieurs interventions ont été faites dans le passé par le chef de service mais sans grands succès si ce n'est la calibration des appareils à ultrasons qui est faite aux deux ans au lieu d'annuellement.

L'entretien préventif et la calibration régulière des appareils sont essentiels à des soins de qualité aux usagers. Les doses administrées doivent être les plus exactes possibles si l'on veut assurer les résultats attendus.

Le service dispose donc globalement de locaux et d'équipements compatibles avec la dispensation de soins et de services de qualité. Cependant la démarche de recherche est venue renforcer et confirmer les besoins d'aménagement de certains locaux et d'entretien préventif des équipements d'électrothérapie. Le chef de service devra donc voir à faire prioriser ces actions au niveau des services concernés du centre hospitalier.

5. EXAMENS DES PROCESSUS

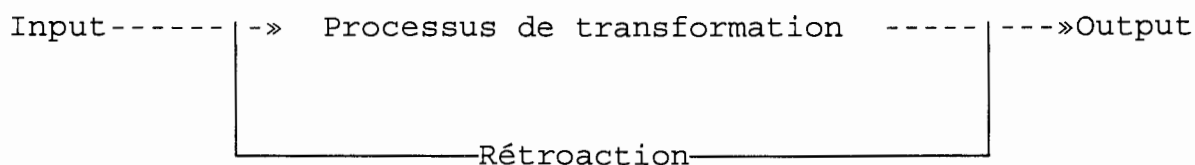
Tel que suggéré par Checkland, nous allons compléter la description des structures par une description du service en termes de processus. À l'aide de ce type de structuration nous pourrions réaliser une description articulée du service et élaborer les problématiques ou opportunités pertinentes.

Nous pourrions également identifier plus facilement les endroits, dans les différents processus, qui pourraient bénéficier d'amélioration ou de modification afin de faciliter la dispensation de soins et services de qualité.

5.1 Le système et ses sous-systèmes

L'approche systémique implique que nous abordions le service de physiothérapie comme un système socio-technique (composé d'une partie sociale et d'une partie technique) ouvert et dynamique faisant partie d'un système plus vaste, le super-système. Nous devons également prendre en considération les composantes techniques de l'organisation comme la tâche à effectuer et la technologie utilisée.

Le service est constitué de composantes et de processus interreliés et a des échanges constants avec son environnement (ressources, informations et rétroaction) et son super-système le Centre hospitalier de Val-d'Or. Celui-ci détermine sa mission, ses fonctions et ses ressources.



Les autres caractéristiques d'un système ouvert sont: la répétition de la séquence d'événements, l'homéostasie, l'entropie négative et l'équifinalité (voir figure 4, p. 35).

Les principales variables au niveau des intrants ("Input") sont:

- L'environnement du système;
- Les ressources disponibles pour le système;
- L'histoire du système que nous avons déjà abordée;

Le processus de transformation est vu comme l'interaction entre quatre (4) composantes majeures du système organisationnel:

- Les tâches;
- Les individus dans le système organisationnel;
- L'organisation formelle;
- L'organisation informelle.

Les extrants sont les résultats des interactions entre les composantes, étant donné les intrants. Les principaux extrants ("Output") sont:

- Les usagers guéris ou non, satisfaits ou non;
- Comportement et motivation individuelle;
- Relation inter- et intra-groupe;
- L'atteinte des buts organisationnels;
- L'efficacité globale du système;
- L'utilisation des ressources, etc..

Il y a également présence de boucles de rétroaction entre les différentes composantes du modèle. Les informations ainsi obtenues servent à modifier la nature des intrants du système ou les composantes du processus de transformation.

Les processus comprennent l'ensemble des activités de gestion et de transformation du service étudié, le tout interrelié par des flux d'informations, de monnaie, de personnel et de matières.

5.1.1 le Sous-système de gestion

Les activités de gestion permettent le bon fonctionnement des activités fondamentales du processus de transformation, activités sans lesquelles l'organisation perd sa raison d'être. Le sous-système de gestion du service de physiothérapie a pour fonction de diriger tout le système vers l'accomplissement de sa mission.

Le fonctionnement de ce sous-système résulte d'un ensemble de processus duquel émergent des "intrants" pour le sous-système de transformation. Les principaux processus qui composent ce sous-système sont:

- 1) le processus de planification et de réalisation des objectifs;
- 2) le processus de planification et contrôle budgétaire;
- 3) le processus d'acquisition et d'allocation des ressources;
- 4) le processus de gestion du personnel;

- 5) le processus de formation et de perfectionnement;
- 6) le processus de gestion des dossiers;
- 7) le processus de gestion du contrat CSST;
- 8) le processus de production des rapports d'activités.

5.1.1.1 le processus de planification et de réalisation des objectifs

Le processus de planification et de réalisation des objectifs a pour fonction d'identifier les besoins des usagers en vue d'y répondre le plus adéquatement possible. Outre l'établissement des grands objectifs du service qui découlent de sa mission, il existe une démarche annuelle d'évaluation des activités qui engendre l'établissement d'objectifs opérationnels et prioritaires. Ces objectifs orientent l'allocation des ressources.

Ces objectifs sont établis en fonction des objectifs annuels du centre hospitalier (ex.:Agrément, équilibre budgétaire, appréciation de la qualité), mais également en fonction des besoins identifiés par les membres du service (ex.:Formulaire à réviser, clientèle à privilégier, formation, etc.).

Les objectifs sont ensuite soumis au directeur adjoint des services professionnels et hospitaliers qui les approuve et les

utilise dans le cadre de l'appréciation du rendement du chef de service. Les objectifs sont ainsi évalués quant à leur réalisation et à leur degré d'atteinte, et révisés au besoin.

5.1.1.2 le processus de planification et de contrôle budgétaire

Le budget du service de physiothérapie est établi annuellement par le chef de service en collaboration étroite avec le directeur des finances. Cependant les besoins identifiés ne sont habituellement pas accordés, car le budget est basé sur les dépenses réelles de l'année antérieure. De plus une entente tacite existe quant aux possibilités de dépassement budgétaire en fonction du volume des ventes de services, à partir d'un montant de vente de services budgété au préalable, mais qui n'est pas toujours connu par le chef de service.

Ceci peut devenir problématique car si tous les postes accordés dans le service étaient comblés, le budget serait nettement insuffisant. C'est l'impossibilité de combler tous les postes au cours des dernières années qui a fait en sorte que le service n'a jamais eu à actualiser tous ses postes. Si en plus, les ventes de services baissaient de façon significative, nous ferions face à un grave problème de financement des activités du service.

Dans les dernières années ceci n'a causé aucune anicroche vu la pénurie de personnel, mais avec les années et des physiothérapeutes plus stables, originaires de la région, le service pourrait faire face à des déficits d'opération difficilement compensables par les ventes de services.

Le contrôle budgétaire est fait par le chef de service pour chacune des treize (13) périodes de l'année financière. Cette tâche consiste à vérifier les rapports budgétaires au niveau des heures rémunérées et des dépenses imputées au service (des erreurs d'imputation étant fréquentes), en fonction des budgets accordés. Si nécessaire une justification des écarts doit être faite.

5.1.1.3 le processus d'acquisition et d'allocation des ressources

C'est à partir des rapports budgétaires que le chef de service contrôle les commandes au service des approvisionnements, pour l'achat des diverses fournitures, de façon à répondre aux besoins prioritaires de fonctionnement du service, tout en respectant le budget alloué.

Les ressources humaines sont affectées en priorité aux soins des hospitalisés en stade aigu à raison d'un(e)

physiothérapeute et d'un(e) technicien(ne) en réadaptation. Les soins prolongés sont desservis à raison de 21 heures par semaine. Les autres ressources professionnelles sont affectées au traitement de la clientèle externe en fonction de leur disponibilité.

Lors d'absence du personnel professionnel pour raisons de maladie, vacances, formation ou autre, il doit y avoir un tri des patients devant être traités par un autre thérapeute, tous les patients ne pouvant être pris en charge vu les horaires de traitement de chacun des thérapeutes déjà chargés.

Le personnel de soutien quant à lui est presque systématiquement remplacé par l'intermédiaire de la direction des ressources humaines, lorsque possible, car ils sont essentiels au bon fonctionnement du service et permettent d'alléger la tâche du personnel professionnel.

Les horaires d'ouverture du service sont déterminés en fonction des besoins de la population. C'est ainsi que le service est ouvert de 8 h à 19 h pour être accessible aux travailleurs et étudiants. Cependant, en période estivale, et selon les disponibilités de remplacement pour les vacances du personnel, le service ferme à 18 h ou 17 h.

Ce mode de fonctionnement entraîne l'existence d'horaire étalé pour le personnel, ce qui a l'avantage de régulariser les activités du service dans la journée et d'éviter ainsi le plus possible les périodes de pointe non productives vu le manque d'espace et d'équipements lorsque cela se produit. Cependant ceci peut causer des insatisfactions chez le personnel qui n'a pas un horaire à son goût.

5.1.1.4 le processus de gestion du personnel

Les activités de gestion du personnel comprennent le recrutement, l'embauche, l'appréciation du rendement, le rapport de productivité périodique, le contrôle de l'absentéisme, l'établissement des cédules de vacances, la production de la fiche de présence pour la paie, la probation et les besoins de formation continue, ainsi que l'application des différentes règles des conventions collectives en vigueur. Ce processus vise à fournir au sous-système opérant des ressources humaines compétentes.

L'appréciation du rendement devrait se faire annuellement, mais n'a été faite que pour quelques personnes dans les deux (2) dernières années, faute de priorisation par le chef de service.

Cette appréciation est faite à l'aide du formulaire fourni par la direction des ressources humaines. Lors des entrevues, la plupart des employés interrogés à ce sujet déploraient le manque d'évaluations régulières et souhaitaient la reprise de celles-ci.

Le rapport individuel de productivité en terme d'unités pondérées par heure travaillée et de visites-malades par jour travaillé (voir annexe 4), est remis à chacun des thérapeutes à la fin de la période statistique (treize périodes de vingt jours par année).

Des normes de productivité ont été préalablement établies. Ces normes sont issues de normes canadiennes édictées il y a plusieurs années. Ce ne sont pas tous les thérapeutes qui sont d'accord avec ces normes.

5.1.1.5 le processus de formation et de perfectionnement

Bien que découlant directement du processus de gestion du personnel, nous avons cru bon de séparer ce processus du précédent devant l'ampleur qu'il a dans le service. En effet, le personnel du service de physiothérapie est avide de connaissances et des demandes de formation sont très fréquentes.

Le domaine de la santé étant en perpétuel changement et les connaissances à acquérir étant presque illimitées.

Il existe une formation intra-service à la fréquence d'une (1) séance par mois. Cette séance est animée par un des thérapeutes qui a approfondi un sujet ou encore vient communiquer de nouvelles connaissances et/ou techniques de traitement apprises lors de sessions de formation extra-service. À chaque automne un calendrier des présentations est établi.

De plus en physiothérapie il y a beaucoup de formation spécialisée post-graduée, surtout pour les physiothérapeutes. Pour donner une idée de l'ampleur du phénomène, mentionnons que la corporation a cédé le mandat de la formation continue à la faculté de médecine de l'université Laval de Québec qui est maintenant chargée du programme à la grandeur du Québec.

Un budget de 4,000\$ par année est octroyé au service pour ce type de formation extra-service. Cette formation est un incitatif de recrutement et de rétention des physiothérapeutes.

Les techniciens en réadaptation, même s'ils ont moins accès à un programme structuré de formation post-graduée, organisent au niveau régional deux (2) activités par année.

Les besoins de formation sont identifiés en collaboration avec les membres de l'équipe au début de chaque année financière. L'analyse des dossiers, l'appréciation du rendement, le développement de nouvelles techniques répondant aux besoins des usagers, sont les sources d'identification des types de formation nécessaires.

5.1.1.6 le processus de gestion des dossiers

Le centre hospitalier fonctionne avec un dossier unique pour chaque bénéficiaire, ce qui signifie que tous les services et professionnels travaillent dans un seul et unique dossier.

Cependant en physiothérapie, comme les visites de l'utilisateur sont habituellement régulières (ex.: 5 fois/semaine, 3 fois/semaine, etc.), il ne serait pas pratique de sortir le dossier des archives à tous les jours. Cela causerait un volume de travail coûteux et inutile.

C'est pourquoi, tant que l'utilisateur est en traitement actif, le dossier physiothérapique est conservé au service de physiothérapie. Au congé ce dossier, après étude, est acheminé aux archives pour conservation. Naturellement ceci oblige la production de rapports réguliers sous forme de lettre ou autre au médecin référant pour qu'il puisse connaître l'évolution de

l'état de son patient. Pour ce qui est des hospitalisés cependant, le dossier physiothérapique est à même le dossier unique sur l'unité de soins correspondante.

Une standardisation du dossier a été rendue nécessaire, entre autres, de par le fait que les techniciens en réadaptation faisaient des évaluations initiales. Une formule de données de base a été produite et couvre tous les points que l'on s'attend retrouver dans une évaluation. Ceci facilite la tenue de dossier en plus de l'analyse du dossier.

Au congé, chacun des dossiers est évalué au niveau contenu et contenant par un thérapeute responsable. Les anomalies sont relevées et rapportées au thérapeute en cause. Ces analyses servent pour l'appréciation du rendement et l'identification de besoins de formation, en plus d'être à la base du programme d'appréciation de la qualité que l'on a développé en première partie de la recherche.

Une gestion serrée des dossiers centraux et des dossiers radiologiques, empruntés aux archives et en radiologie pour fins de consultation, est faite. Ces dossiers doivent être retournés dans la même journée et l'on doit en assurer la garde et la confidentialité.

5.1.1.7 le processus de gestion du contrat avec la CSST

Le contrat avec la Commission de la santé et de la sécurité au travail vise à traiter le plus rapidement possible les travailleurs victimes d'un accident du travail. Il impose des obligations au centre hospitalier, en contrepartie d'une rémunération pour les traitements de physiothérapie à raison de 30\$ par traitement.

Une des plus importantes obligations tient au délai d'attente avant la prise en charge qui ne doit pas dépasser cinq (5) jours ouvrables. La gestion de la liste d'attente doit prioritairement tenir compte de cette donnée, tout en ne pénalisant pas un usager d'une autre catégorie, classé urgent.

D'autres obligations importantes découlant de ce contrat tiennent à la production de rapports initiaux, de rapports d'étapes à tous les vingt (20) jours, et de rapports finaux. Pour réussir à rencontrer ces exigences nous avons dû mettre en place un système de suivi de chaque dossier (entre 30 et 60 dossiers par période). Ce système consiste en l'affichage en début de semaine, dans le bureau des thérapeutes, de la liste des rapports qui arrivent à échéance pendant la semaine, avec le nom du thérapeute responsable. Un suivi serré de la

production de ces rapports est fait. On doit également avertir la Commission lors de toute absence injustifiée d'un bénéficiaire à son rendez-vous.

On doit également procéder à la facturation des services rendus dans chacun des dossiers, et à la vérification des paiements reçus. Pour ce faire, le travail est facilité par l'établissement d'un lien électronique avec la CSST. Par contre ce lien est nettement désavantageux dans le cas des divers rapports écrits qui doivent alors être retranscrits pas moins de trois (3) fois par le personnel du service. Mais selon la secrétaire, elle préfère cette façon de fonctionner qui lui permet de suivre chacun des dossiers de très près du début à la fin des traitements.

Un autre volet important de la gestion du contrat avec la CSST, tient à tout ce qui doit être fait pour s'assurer de l'admissibilité d'un bénéficiaire. Nous ne pouvons prendre un bénéficiaire en traitement tant que son admissibilité n'a pas été confirmée par la Commission. Ceci n'est pas sans demander une charge de travail et des démarches importantes. De plus la CSST retarde souvent ces admissibilités, et soudain nous donne l'autorisation pour plusieurs dossiers en même temps. Ceci impose une pression sur le délai d'attente à respecter.

5.1.1.8 le processus de production de divers rapports

Divers rapports administratifs doivent être produits régulièrement par le chef de service et le secrétariat, que ce soit les rapports de temps travaillé pour fin de paie, les rapports périodiques de volume d'activités (statistiques sur les unités pondérées et les visites-malades), les rapports sur les ventes de services, les rapports sur les dépassements budgétaires, les rapports annuels et les rapports spéciaux tels que le suivi des recommandations de l'agrément.

Ces divers rapports demandent une collecte de données et un système d'information de base. Ce système est encore manuel malgré l'informatisation du secrétariat, vu l'inexistence de progiciel adapté pour la physiothérapie.

5.1.2 le Sous-système opérant: l'unité de soins en action

Le sous-système opérant a pour fonction d'offrir des soins physiothérapeutiques et de réadaptation physique pour répondre aux besoins de son environnement. C'est au sein de celui-ci que se réalise un ensemble d'activités physiothérapeutiques nécessaires à la satisfaction de la clientèle. Les principaux processus qui opérationnalisent ce sous-système sont:

- 1) Le processus de demande de traitement et de pré-évaluation;
- 2) Le processus de gestion de la liste d'attente et de convocations;
- 3) Le processus de soins;
- 4) Le processus de tenue de dossiers et de rapports;
- 5) Le processus de formation des étudiants.

5.1.2.1 le processus de demande de traitement et de préévaluation

Pour avoir accès à la physiothérapie en centre hospitalier, il doit obligatoirement y avoir une référence médicale signée. En pratique privée, l'accès direct est possible depuis quelques années.

Cet accès direct est impensable dans le système public vu l'existence de longues listes d'attente.

L'utilisateur doit donc rencontrer un médecin qui, suite à son évaluation médicale, juge de la pertinence ou non de référer le cas en physiothérapie. La demande est ensuite acheminée au service de physiothérapie où le patient est convoqué pour une préévaluation. Un des problèmes rencontrés tient à l'imprécision des diagnostics fournis comme motifs de référence. Ce sont plutôt des symptômes dans une bonne proportion des cas qui sont identifiés et non, un diagnostic précis. Cette imprécision des diagnostics est un des intrants problématiques dans le système et tous les intervenants doivent être constamment à l'affût de toute erreur.

L'instauration d'un mécanisme de préévaluation, suite au dépôt du programme d'appréciation de la qualité, a été rendue nécessaire et justifiée par la longueur de la liste d'attente, liste qui est composée de toutes les demandes de traitements non encore répondues.

Cette situation d'attente prolongée, avant d'être pris en charge, a entraîné la nécessité de prioriser les cas et, si possible, de préciser le diagnostic. C'est en accord avec le

CMDP (Conseils des médecins dentistes et pharmaciens) du Centre hospitalier de Val-d'Or qu'on a établi des cotes de priorisation avec un temps d'attente acceptable s'y rattachant (voir annexe 5).

Cette façon de faire a permis de traiter les cas urgents et semi-urgents dans des délais acceptables, tout en permettant l'enseignement aux patients de conseils et/ou d'exercices à faire à domicile en attendant d'être pris régulièrement en traitement.

Suite à ces préévaluations et conseils, nous évaluons à 5% le nombre de patients qui ont réglé leur problème et n'ont pas eu à revenir en traitement régulier, c'est donc une activité très rentable dans le contexte actuel.

5.1.2.2 le processus de gestion de la liste d'attente et de convocations

Une fois le patient admis, préévalué et la demande cotée, cette demande est classée sur la liste d'attente par ordre de priorité et de date d'admission. La liste d'attente doit donc être reclassée régulièrement et le nombre de dossiers la composant, plus de 120, en rend la manipulation longue et fastidieuse. C'est grâce à ce classement que l'on sait qui doit

être convoqué, lorsqu'un thérapeute nécessite un nouveau cas, ou encore si on doit faire passer un patient en priorité et intervenir auprès des thérapeutes pour qu'ils libèrent une place. Une compilation du temps moyen d'attente est faite mensuellement pour fins de gestion et l'analyse en besoin de personnel. À chaque vendredi après-midi la liste d'attente est recensée pour fins de contrôle.

5.1.2.3 le processus de soins

Une des particularités du service de physiothérapie, particularité qui est directement liée à ses modes d'intervention, est la répétition des traitements pour un même patient. Cette répétition peut aller jusqu'à cinq (5) fois semaine, ou encore si peu qu'une (1) fois par mois, tout dépendant de la condition de l'utilisateur.

Cette fréquence de traitement est établie par le thérapeute responsable suite à l'évaluation des besoins, sauf pour les cas de CSST où l'incitation par contrat est forte pour qu'ils soient traités cinq (5) fois par semaine, soit le maximum possible.

A sa première convocation pour traitement régulier, le patient est évalué complètement et un plan de traitement, ainsi que sa fréquence, lui est proposé. Suite à son acceptation écrite, le traitement est débuté.

Dans la plupart des cas externes, le patient qui se présente est annoncé par la secrétaire-réceptionniste et installé par la préposée pour recevoir un premier traitement de chaleur ou de cryothérapie. Une fois cette phase terminée, le thérapeute intervient pour compléter et appliquer le traitement principal. Ceci se répète à toutes les fois que le patient se présente, le thérapeute modifiant ou non le traitement en fonction des réactions au traitement précédent.

Pour ce qui est des cas hospitalisés, une coordination avec l'unité de soins doit être établie. Le patient doit être préparé et l'on doit s'assurer de sa capacité à être traité avant qu'il soit transféré au service de physiothérapie ou même traité à la chambre. C'est la préposée du service de physiothérapie qui véhicule le patient entre les deux services s'il y a lieu. Il y a régulièrement des problèmes de coordination inter-service à ce niveau.

5.1.2.4 le processus de tenue de dossier et de rapports

Le dossier physiothérapique est constitué selon les normes du dossier orienté par problème (DOPP) et les notes d'évolution doivent suivre le modèle "Subjectif-Objectif-Appréciation-Plan de traitement" (SOAP). Cette forme de dossier est celle recommandée par la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec. Chacun des patients a son propre dossier dont est responsable le thérapeute soignant.

Des procédures écrites très précises concernant la tenue de dossiers sont incluses dans le manuel de politiques et procédures. De plus s'ajoute à cela la description des "Tests diagnostiques les plus courants". Chaque nouveau membre du service est suivi tant qu'il ne maîtrise pas cette façon de faire. Ceci permet une évaluation qualitative et rétrospective de la tenue de dossiers de chacun des thérapeutes, évaluation qui s'insère dans le programme d'appréciation de la qualité.

Des rapports réguliers doivent être envoyés à la CSST sur l'évolution du patient, nous faisons également parvenir des rapports au médecin traitant à chaque visite médicale de tout patient.

Ces rapports impliquent une réévaluation du patient pour connaître les progrès accomplis.

Les thérapeutes doivent également produire des rapports quotidiens sur le volume d'activités réalisées, la méthodologie utilisée est celle préconisée par Statistiques Canada concernant les valeurs unitaires en physiothérapie²³.

Dans ce système, chaque cinq (5) minutes de contact direct avec un patient comptent pour une unité de temps. On prend également en considération le type de traitement et le nombre de patients traités en même temps par un même thérapeute, ce qui donne des unités pondérées. Exemple: 25 minutes avec un seul patient équivaut à 25 unités pondérées (5 unités de temps X 5, où 5 est le facteur de pondération), alors que 25 minutes de traitement à 3 patients différents en même temps, équivaut à 10 unités pondérées (5 unités de temps X 2, où 2 est le facteur de pondération).

Ces rapports statistiques sur chacun des patients servent ensuite, une fois compilés, à produire le rapport périodique de tout le service. Une comparaison avec les années antérieures est souvent faite pour connaître le niveau de performance du service en relation avec les ressources utilisées.

Ces statistiques sont analysées à l'aide d'indicateurs pour chacun des thérapeutes et pour tout le service (voir annexe 6).

5.1.2.5 le processus de formation des étudiants

Le service sert de milieu de formation à plusieurs étudiants en stage à chaque année. Nous avons donc dû organiser cette formation pour qu'elle soit le plus profitable possible.

Nous recevons des étudiants de niveau technique de divers CÉGEP à travers la province, et des étudiants au baccalauréat des universités Laval et Montréal.

Le nombre de stagiaires et d'internes (finissants de niveau universitaire devant faire quatre (4) mois d'internat pour pouvoir être admis à la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec et obtenir un permis de pratique), est variable à chaque année selon la disponibilité des moniteurs et la demande des étudiants.

C'est une tâche exigeante, ce n'est pas tout le monde qui est prêt à la faire et encore moins à tous les ans. Malgré tout, nous recevons annuellement au moins quatre (4) étudiants.

Il y a des avantages à recevoir des étudiants dans un service éloigné des grands centres. Il y a principalement la stimulation intellectuelle et la mise à jour des connaissances, et la possibilité de recruter les futurs finissants pour combler les postes libres, en plus de la reconnaissance du milieu par les institutions d'enseignement.

Un moniteur de stage est désigné pour chacun des étudiants et sa tâche clinique allégée en conséquence. Pour chaque catégorie de stagiaire et d'interne, un programme structuré et écrit de stage a été mis au point.

Des objectifs d'apprentissage sont établis en début de stage et révisés en cours de stage si nécessaire. À la fin un formulaire d'évaluation est rempli par l'étudiant sur le milieu de stage pour connaître nos forces et nos faiblesses et ainsi continuer de s'améliorer.

6. LES RESSOURCES

6.1 Les ressources humaines

Le service de physiothérapie compte quinze (15) personnes qui sont réparties en cinq (5) catégories d'emploi différentes, soient les physiothérapeutes, les techniciens(nes) en réadaptation physique, les préposés, la secrétaire-réceptionniste et le chef de service. Tous les employés sont de sexe féminin à l'exception du chef de service et d'un technicien en réadaptation.

6.1.1 les Physiothérapeutes

Au nombre de six (6), incluant le chef de service, moyenne d'âge de 28 ans, les physiothérapeutes détiennent tous un baccalauréat (Bsc.) et un permis de pratique de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec. Une des physiothérapeutes agit à titre de coordonnatrice professionnelle et gère la liste d'attente, de plus elle possède une spécialisation en thérapie Bobath enfant, elle est donc responsable du traitement de tous les cas pédiatriques.

Une autre physiothérapeute est affectée au traitement des cas neurologiques adultes hospitalisés pour environ 75% de son temps, ce poste est sur rotation aux quatre (4) mois. Deux autres physiothérapeutes ont débuté une formation en thérapie manuelle (cas orthopédiques) ostéopathiques, formation qui s'échelonne sur cinq (5) ans.

De plus parmi les physiothérapeutes une personne possède le niveau E3 en thérapie manuelle des extrémités, trois autres ont le niveau E1V1 (thérapie des extrémités et vertébrale), et une personne a la formation en rééducation posturale globale.

L'expertise et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la population sont donc présentes dans le service.

6.1.2 les Techniciens en réadaptation

Au nombre de six (6) dont deux à temps partiel, les techniciens(nes) en réadaptation possèdent un diplôme d'études collégiales (DEC). Deux sont membres de leur association, la Société québécoise des thérapeutes en réadaptation.

Il est à noter ici que le titre de thérapeute, employé couramment pour désigner les techniciens(nes), est plutôt trompeur pour la population qui croit avoir affaire à des physiothérapeutes. Ceci est un indice du climat qui existe entre les deux professions. La moyenne d'âge de ce groupe d'employés est de 33.5 ans, et reflète leur stabilité et leur ancienneté plus grande dans le service.

Un des techniciens ne dispose que d'un poste à temps partiel, poste qui est affecté aux soins prolongés et qu'il est obligé d'occuper s'il veut travailler. De par le type de clientèle particulière de cette unité, personne n'est trop intéressé à traiter ces cas peu stimulants, mais qui doivent être obligatoirement faits pour leur confort et leur qualité de vie.

Une autre technicienne est affectée aux hospitalisés. La clientèle visée comprend les cas neurologiques en fin de réadaptation et dont le plan de traitement est stable et bien établi, les cas de perte d'autonomie, les cas orthopédiques. Il existe, et doit exister, une collaboration fonctionnelle étroite avec la physiothérapeute également affectée aux cas hospitalisés aigus.

Une technicienne d'expérience est responsable du traitement des cas de plaies et brûlures. Elle doit être très souple dans l'organisation de son horaire, ces cas arrivant toujours en urgence (STAT) et sont généralement très souffrants.

6.1.3 les Préposés en physiothérapie

Au nombre de deux (2), dont une (1) à temps partiel (six heures par jour), de moyenne d'âge de 45 ans, les préposées sont responsables de l'accueil et de l'installation des patients. De plus, elles assument le transport des patients hospitalisés, le rangement du service et le support aux activités des thérapeutes. Elles sont le pivot de l'organisation des soins et du respect des horaires de traitement.

6.1.4 le Personnel de secrétariat

Le travail de secrétariat et de réception est effectué par une seule et même personne. Agée de 42 ans et ayant 10 ans d'expérience dans le service et une vingtaine d'années dans le centre hospitalier, cette personne est une "plaque tournante" du service.

Elle assume la réception première, les communications téléphoniques, l'apport en dossiers cliniques et radiologiques, le contrôle des rapports CSST et tout le travail dactylographique pour les différents rapports.

L'informatisation partielle (traitement de texte, rapports statistiques et lien électronique avec la CSST) des activités de secrétariat s'est faite graduellement et sans problème.

6.1.5 le Personnel cadre

Cette catégorie d'employé comprend une seule personne, en l'occurrence le chef de service. Possédant un Bsc. en physiothérapie, un certificat en gestion d'hôpital et une scolarité de maîtrise en gestion des petites et moyennes organisations, il possède 14 ans d'expérience professionnelle et 12 ans d'expérience en gestion dans le poste occupé présentement.

Comme mentionné précédemment, il cumule également les fonctions de chef de service en inhalothérapie. De plus, depuis le mois de septembre 1991, il assume également l'intérim au poste de directeur adjoint à la direction des services professionnels et hospitaliers.

Depuis quelques années le poste de directeur des services professionnels et hospitaliers étant non comblé, le poste de directeur adjoint est plus accaparant.

Au niveau professionnel, le chef de service en place possède plusieurs formations cliniques postgraduées qui en ont fait une source de consultation pour les autres professionnels du service et du centre hospitalier.

6.2 Les ressources financières

6.2.1 le Budget

Le budget d'opération du service s'élève à 537,474\$ annuellement pour 1991-92 (voir tableau I, p.30), 98% du budget va en salaires et avantages sociaux et le reste en petites fournitures diverses (bandages, compresses, gel, sacs, papeterie, etc.).

Rappelons que ces salaires et avantages sociaux sont négociés au niveau provincial et que le chef de service n'a donc aucun contrôle sur ceux-ci, si ce n'est en ce qui concerne le nombre d'heures rémunérées. En effet, la seule marge de manoeuvre significative que le chef de service dispose au niveau budgétaire, tient au remplacement ou non des absences du personnel régulier détenteur de poste.

6.2.2 les Ventes de service

Au cours des trois dernières années les ventes de services à la CSST ont représenté en moyenne 248,000\$. Ce montant représente entre 40% et 50% du budget total du service selon les années (voir tableau I).

Ces revenus sont générés par seulement 30% des activités du service en terme de visites et d'unités pondérées, c'est donc dire comme il est rentable pour le centre hospitalier d'avoir ce type de contrat.

6.2.3 les Comparaisons interétablissements

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, les établissements et services sont comparés entre eux sur la base d'indicateurs communs. Cependant ces comparaisons doivent être prises avec circonspection, la clientèle desservie par un centre hospitalier donné n'ayant pas nécessairement les mêmes caractéristiques que celle d'un autre centre hospitalier de taille comparable (voir tableau II et III).

De plus, les spécialités médicales présentes dans le centre hospitalier ont également un impact majeur sur le type et le volume de clientèle d'un service de physiothérapie. Par exemple s'il y a des orthopédistes ou des physiatres qui pratiquent dans un établissement, les volumes d'activités seront à la hausse par rapport à un centre dépourvu de ces spécialités.

**ANALYSE FINANCIERE PAR CENTRE D'ACTIVITÉS DES CENTRES HOSPITALIERS
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 1991**

CENTRE D'ACTIVITÉS	Rouyn-Nor.	Val-d'Or	Macamic	Amos	Ville-Marie
6870 Physiothérapie					
Salaires	449 207 \$	563 933 \$	436 787 \$	439 220 \$	192 892 \$
Heures travaillées	20331	24132	16790	17510	8120
Heures rémunérées	25010	31727	21622	22785	9652
Autres charges directes	28 463 \$	8 793 \$	16 490 \$	10 484 \$	2 449 \$
Coûts directs bruts	477 670 \$	572 726 \$	453 277 \$	449 704 \$	195 341 \$
Unités de mesure A	774913	881116	551037	618363	316993
Coût unitaire A	0.62	0.65	0.82	0.73	0.62
Unités de mesure B	32619	35908	23103	20821	10555
Coût unitaire B	7.25	7.96	19.62	21.42	18.49
Heures rémunérées/unité A	0.0323	0.0360	0.0392	0.0368	0.0304
Heures travaillées/unité A	0.0262	0.0274	0.0305	0.0283	0.0256
Charges directes/unité A	0.0367	0.0100	0.0299	0.0170	0.0077
Charges directes/unité B	0.8726	0.2449	0.7138	0.5035	0.2320
Coût horaire moyen	17.96	17.77	20.20	19.28	19.99

TABEAU II
COMPARAISONS INTERHOSPITALIERES RÉGIONALES
Source: KPMG Poissant Thibeault

CENTRE HOSPITALIER	UP	UPH	UPX	VM	VMH	VMX	HT	SAL	ACD	CDBA
SAINT-SAUVEUR	948012	191915	457014	38968	8760	18075	24675	378675	8791	514834
BROME-MISSISQ.-PERKINS	159100	88367	70733	6968	3022	3946	3122	73176	1667	96914
BUCKINGHAM	317468	19719	297749	12195	1034	11161	9818	159392	6910	218733
CHRIST-ROI DE QUEBEC	138768	64247	74521	4398	2364	2034	5150	87486	3329	117145
GATINEAU	1249875	170002	1079873	44990	6200	38790	36924	579839	32811	815038
GRANBY	704313	123095	581218	28804	4698	24106	18499	305546	14618	429668
HAUT-RICHELIEU	1229276	370818	858458	43682	13636	30046	35938	545897	27012	795525
HOTEL-DIEU D'ALMA	607712	92711	403389	16445	1517	14928	15978	253940	15743	354666
JEFFERY HALE	326978	81753	245225	11837	3279	8558	8537	151721	5616	198743
LAFLECHE GRAND-MERE	166912	37700	129212	5642	1310	4332	6723	89471	4487	138412
LAURENTIEN	231055	75775	155280	9148	3336	5812	5444	105676	2354	143433
LE GARDEUR INC.	924639	112200	812439	30413	5406	25007	26065	436453	18212	596242
REGION DE L'AMIANTE	1007417	156142	851276	32874	5389	27485	27795	408723	5602	551909
ROUYN-NORANDA	760997	169299	372688	31890	6629	15371	21949	308506	5666	438251
ST-EUSTACHE	956148	38094	891484	32084	2057	29506	25639	432378	9561	615789
ST-MICHEL	722187	129317	592870	28180	4593	23587	21789	358599	85395	626604
Moyenne:	653179	120072	492089	23657	4577	17672	18378	292217	15486	415744
Ecart type:	373277	81503	317023	13496	3135	10769	10616	161646	20008	234694

UP	UNITÉ PONDÉRÉE	UPH	UNITÉS PONDÉRÉES (BÉNÉFICIAIRES HOSPITALISÉS)
UPX	UNITÉS PONDÉRÉES BÉNÉF INSCRITS & ENREGISTRÉS	VM	VISITE MALADE
VMH	VISITES-MALADES (BÉNÉFICIAIRES HOSPITALISÉS)	VMX	VISITES-MALADES BÉNÉF. INSCRITS & ENREGISTRÉS
HT	HEURES TRAVAILLÉES	SAL	SALAIRES
ACD	TOTAL DES AUTRES CHARGES DIRECTES	CDBA	COÛTS DIRECTS BRUTS MOINS LES AJUSTEMENTS

TABLEAU III

COMPARAISONS INTERHOSPITALIÈRES PROVINCIALES

Les indicateurs retenus par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans le cas des services de physiothérapie sont :

- le coût/unité pondérée (coût unitaire A dans le tableau II)
- et le coût/visite malade (coût unitaire B).

Ce sont donc des indicateurs financiers en fonction du volume d'activités.

Un autre indicateur utilisé par le chef de service concerne la charge de travail par heure rémunérée (unités pondérées/heure rémunérée), qui indique la portion de temps par heure que chaque thérapeute passe en contact direct avec les patients. Le dernier indicateur le plus fréquemment utilisé calcule le nombre moyen de patients par jour travaillé.

Tous ces différents indicateurs sont également utilisés par les organismes de contrôle extérieurs comme la Corporation (CPPQ) et le Conseil canadien d'agrément (CCAÉS).

Pour ce qui est du service de physiothérapie du Centre hospitalier de Val-d'Or, ces indicateurs se comparent avantageusement à ceux des autres centres de la région (voir tableau II) et même de la province (voir tableau III). Le service est donc des plus performants, selon ces bases de comparaison.

6.3 Les ressources matérielles

Les ressources matérielles dans un service de physiothérapie comprennent principalement les équipements d'électrothérapie et quelques fournitures médicales et de bureau. Ce qui est important surtout c'est l'entretien préventif des équipements de manière à s'assurer qu'ils délivrent bien les formes de courant et l'intensité prévue. Sinon comment assurer un minimum d'efficacité et de qualité des soins? Cet entretien préventif n'est malheureusement fait qu'en partie faute de ressources et de priorisation au niveau du service du biomédical.

Par ailleurs le service est très bien équipé et à la fine pointe dans le domaine, mais comme déjà mentionné plusieurs des équipements doivent être renouvelés très bientôt.

7. LE CLIMAT ORGANISATIONNEL

Le climat organisationnel comprend une analyse du style de management, des attitudes et des comportements des dirigeants, ainsi que des relations de pouvoir dans l'organisation.

De par sa situation de centre hospitalier en région dite éloignée, les gens sont habitués aux changements. Le style de management qui est l'art "de diriger les individus dans la réalisation d'un travail"²⁴ est fonction de cette principale caractéristique du centre hospitalier, il est donc basé sur la consultation (Document de planification stratégique 1989-1994), et la participation, même si à l'occasion, on peut observer de forts relents d'autocratie et les effets des jeux de pouvoir interprofessionnel dominés par le corps médical.

Les nouvelles façons de faire, les techniques à la fine pointe, les modes en gestion etc., sont le lot quotidien des divers intervenants, car chacun des nouveaux arrivants du corps médical et des différents corps professionnels (taux de roulement assez élevé surtout en ce qui concerne le corps médical), arrive avec sa façon de faire, sa vision des choses et son expérience professionnelle.

Le changement est donc quelque chose de connu au Centre hospitalier de Val-d'Or.

Le style de management dans le service de physiothérapie est centré sur les résultats atteints mais surtout en terme quantitatif (charge de travail, nombre de patients traités par jour, etc.).

Comme déjà mentionné, nous avons affaire ici à une bureaucratie professionnelle telle que définie par Mintzberg (1982), où la standardisation se fait lors de la formation scolaire du personnel. De plus, le chef de service appuie son pouvoir sur son expertise professionnelle comme c'est souvent le cas dans la hiérarchie professionnelle.

Ceci influence indubitablement le style de management qui doit laisser place à l'autonomie professionnelle de chaque individu tout en s'assurant que les choses sont faites selon les pratiques et standards reconnus.

Les moyens de contrôle sont limités et peuvent laisser place à une très grande subjectivité et diversité d'opinions. Mintzberg affirme: "Le pouvoir du professionnel a deux origines: d'abord son travail est trop complexe pour pouvoir

être supervisé par un supérieur hiérarchique ou standardisé par des analystes, mais, de plus, ses services sont la plupart du temps très demandés"²⁵

Les attitudes et comportements du chef de service sont donc principalement axés sur la satisfaction de la demande de service (gestion de la liste d'attente) de la part de la population et la recherche constante de moyens de pouvoir évaluer le plus objectivement possible le travail accompli. Le contrôle souhaité en est un d'autocontrôle, qu'il est difficile d'implanter pour certains membres du service.

Les entrevues menées dans le cadre du diagnostic préliminaire et l'observation des comportements dans le service, nous permettent d'affirmer que les relations humaines entre tous les intervenants sont bonnes même si des tensions apparaissent parfois. Celles-ci sont principalement liées aux frustrations professionnelles des techniciens(nes) en réadaptation.

À l'extérieur du service les tensions se manifestent principalement avec une unité de soins qui ne prépare pas les patients à temps. Pour ce qui des relations avec les autres chefs de service et la direction, le statut particulier du chef de service fait qu'elles pourraient être qualifiées de bonnes.

Les relations de travail sont également bonnes dans le service. Un seul grief déposé et réglé avant l'arbitrage depuis l'ouverture du service. Ce grief concernait l'affichage de postes de techniciens en réadaptation.

Les problèmes d'horaire de travail et de prise de vacances sont les principales sources d'insatisfaction du personnel.

Les relations entre les structures existantes et les activités du service sont adéquates selon nous. La structure est des plus simples, avec un seul palier hiérarchique. Cependant il pourrait y avoir beaucoup plus de consultations auprès des membres du service, ce qui est souhaité et souhaitable dans le cadre d'un processus d'amélioration continue de la qualité.

Les relations avec les médecins sont également bonnes. Il est certain que si le service disposait d'un véritable représentant auprès du CMDP ceci pourrait faciliter les échanges professionnels avec les médecins et la défense des dossiers cliniques du service. Cette absence est cependant compensée du côté administratif de la structure par une implication prononcée du chef de service et son influence non négligeable. Une grande part de cette influence provient du volume important des revenus de la vente de services à la CSST.

Ces constatations étant faites, nous croyons que le climat organisationnel se prête bien et est plutôt favorable à une démarche qualité, car il n'y a pas de problèmes majeurs de structures, de relations interpersonnelles ou de processus mal adaptés aux objectifs et à la mission du service. Les membres du comité d'intervention en sont venus à cette conclusion une fois la démarche de diagnostic complétée et l'établissement de la liste des problèmes soulevés lors de cet exercice.

De plus l'engagement du service, dans la démarche générale du centre hospitalier d'implantation d'un programme d'appréciation de la qualité, avait déjà permis d'amorcer l'étape de sensibilisation et de formation des membres du service à l'approche qualité. Ceci s'est avéré un atout supplémentaire en faveur de notre projet.

8. LES ZONES PROBLÉMATIQUES

Tous les points mentionnés précédemment ont été obtenus à partir d'entrevues semi-dirigées à l'aide d'un questionnaire couvrant les différents thèmes (voir annexe 2), et de l'étude des documents du service, dont les rapports de corporations professionnelles et du Conseil canadien d'agrément.

Dans le cadre de cette recherche, le comité d'intervention composé de six (6) personnes avait été formé pour valider les informations recueillies et assister le chercheur. Le comité s'est réuni à trois reprises pour faire consensus sur le diagnostic préliminaire, établi par le chercheur-acteur, et faire la liste des problématiques rencontrées.

Les zones problématiques tiennent principalement au manque chronique de personnel professionnel et en l'absence d'une liste de rappel pour combler les absences ponctuelles à court et/ou long terme. Ceci cause de nombreux problèmes, particulièrement de l'insatisfaction auprès des clients qui doivent attendre indûment avant de débiter les traitements (liste d'attente allant à plus de trois (3) mois).

Les problèmes résultant de l'absence d'un membre régulier du service sont de plusieurs ordres tant pour le service lui-même que pour les usagers: annulation de rendez-vous, déplacements inutiles du patient, modification des horaires de travail, augmentation de la liste d'attente, etc..

Des insatisfactions sont également présentes chez le personnel qui ne voit jamais le bout de cette liste d'attente et qui peut avoir à assumer un surcroît régulier de travail étant donné l'absence non prévue d'un de leurs collègues de travail. L'augmentation prévisible de la demande n'est pas pour améliorer les choses.

Différentes autres problématiques ont été rapportées lors des entrevues, mais la plus importante, selon nous, est l'absence de données objectives sur le résultat des interventions cliniques. Chacun, intuitivement, sait que ses interventions sont profitables à l'utilisateur, mais aucune donnée n'est compilée ou enregistrée à cet égard, personne n'est évalué sur la qualité des services rendus.

Le chef de service n'ayant à sa disposition que des données quantitatives (unités pondérées/heure rémunérée, visite malade/jour) pour évaluer le travail des intervenants, les

membres du comité d'intervention en sont vite venus à la conclusion qu'il fallait développer un système d'information qui mettrait à la disposition des intervenants des données qualitatives en plus des données quantitatives déjà disponibles.

Même si le service a su développer des mécanismes permettant de prioriser la clientèle, il apparaît souhaitable que, devant l'existence de liste d'attente de plus en plus longue, l'on puisse prioriser encore plus finement (ex.: taux de réussite de telle intervention, temps moyen de traitement pour tel type de pathologie, etc.) en fonction des possibilités de résultats positifs et significatifs pour l'utilisateur.

Également l'entrée en vigueur de la Loi 120, qui ne les services fournis en terme de coût-bénéfices, est un élément important dont il faut tenir compte. L'absence de données scientifiques validées sur les résultats de plusieurs des modalités de traitement utilisées en physiothérapie rend cette évaluation très difficile. C'est pourquoi nous devons développer un processus d'amélioration continue de la qualité qui nous fournirait les informations nécessaires à des ajustements éventuels.

La relative liberté de pratique des techniciens en réadaptation est également problématique pour les physiothérapeutes interrogés. On reproche aux techniciens de ne pas référer assez, ou trop tard, ce qui entraîne des prolongations de traitement souvent inutiles pour les usagers. Il y a donc place à l'amélioration dans ce domaine primordial de collaboration à l'intérieur même du service, collaboration qui ne pourrait qu'être bénéfique pour les usagers.

Les autres zones problématiques relevées proviennent du manque d'entretien préventif des équipements d'électrothérapie, de certains problèmes de coordination avec les unités de soins pour les hospitalisés, d'une sous-budgétisation du service en regard des ventes de services, et en l'absence d'un chef de service à plein temps, ce qui pose divers problèmes de fonctionnement quotidien vu son peu de disponibilité.

Un dernier point à mentionner est l'imprécision des diagnostics de la part des médecins, les demandes faisant très souvent référence à des symptômes plutôt qu'à de véritables diagnostics.

Ceci influe naturellement sur le traitement dispensé et une erreur d'orientation est donc possible si le

physiothérapeute ou le technicien en réadaptation ne réussit pas, lors de son évaluation initiale, à bien identifier le problème pour lequel l'utilisateur consulte.

De tous les points litigieux mis en évidence au cours des étapes précédentes, le comité a donc décidé après maintes discussions, de sélectionner comme goulot d'étranglement la notion de qualité des soins et services dispensés. L'évaluation de la performance des intervenants étant surtout basée sur des données quantitatives, l'utilité d'une évaluation qualitative des interventions est vite apparue.

En effet, l'on croit qu'une démarche structurée dans ce domaine permettrait de solutionner, ou du moins d'améliorer, les problèmes de liste d'attente, de prolongation de traitement, de traitements inutiles, de relations physiothérapeute-technicien, de priorisation des cas, de manque d'informations, de consultation des employés, etc..

C'est suite à la première étape de la méthodologie des systèmes souples (élaboration de la problématique) qu'on a pu établir que le contexte était favorable au projet envisagé. En effet s'il s'était avéré, lors de cette étape de diagnostic organisationnel, qu'il existait des problèmes importants de

structures, d'organisation, de processus ou de climat organisationnel malsain, le chercheur et le groupe d'intervention n'auraient eu d'autres choix que d'orienter leurs actions dans le sens de régler ces problèmes avant toute chose.

C'est donc à la fin de cette étape que la question à étudier s'est révélée être l'amélioration de la qualité qui était une problématique réelle vu le peu de données produites par le système à ce chapitre.

En somme cette démarche, en accord avec les buts premiers de la recherche, semblait la seule prometteuse des plus grands bénéfices pour améliorer le fonctionnement du service et atteindre les objectifs fixés.

De plus les obligations imposées par la Loi 120 en ce qui a trait à l'analyse des résultats des diverses interventions pourraient ainsi être rencontrées.

Également dans le contexte de pénurie de main-d'oeuvre et d'augmentation de la demande, la seule porte de sortie en dehors du rationnement est l'efficacité (faire les bonnes choses) et l'efficience (bien faire les choses) des services rendus.

La pénurie de main-d'oeuvre, devant l'évolution de la demande au niveau de tout le Québec, n'est pas un problème qui peut se régler localement, si ce n'est par l'instauration d'un milieu de pratique intéressant et stimulant pour les professionnels impliqués. L'accent mis sur la qualité des soins et services dispensés ne peut que favoriser la rétention d'un personnel en quête d'excellence.

9. CHOIX DE LA PROBLÉMATIQUE

Après avoir passé en revue tous les points litigieux mis en évidence au cours des étapes précédentes et avoir sélectionné comme goulot d'étranglement la notion de soins et de services de qualité, une revue de littérature (en accord avec la méthodologie de Checkland) sur le sujet par le chercheur fut essentielle pour bien orienter les actions et les choix du comité. Le but était d'atteindre les objectifs fixés, soit d'instaurer de véritables moyens d'apprécier et d'améliorer la qualité des soins et services dispensés par le service de physiothérapie du Centre hospitalier de Val-d'Or.

La littérature dans ce domaine a connu au cours des dernières années une prolifération fulgurante. Autant lors de l'élaboration de ce projet de recherche, on pouvait se plaindre du manque de données et d'études, autant aujourd'hui il y a une foule d'écrits pertinents et d'expériences novatrices rapportées dans les périodiques du domaine de la gestion.

C'est donc dans ce contexte très volatile que s'inscrit cette recherche-action. Recherche d'autant plus justifiée par la mouvance du sujet et des idées dans ce domaine.

Les premières conclusions tirées de cette revue de littérature nous ont permis de constater qu'il y a deux grands courants de pensée en ce qui concerne la qualité dans les organisations.

Un courant plus technique qui est lié à l'étude des structures et des processus et un autre qui est axé carrément sur la satisfaction du client²⁶.

Le service et le centre hospitalier, étant depuis plus d'un an engagé dans un programme d'appréciation de la qualité, ont déjà complété la phase de révision des structures, des politiques et procédures. Cette phase, bien qu'essentielle pour répondre aux exigences des corporations professionnelles et du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, n'est qu'un préliminaire et n'assure en rien que les services et soins donnés sont vraiment de qualité. Elle présume tout au plus que si les structures, les processus et les politiques sont adéquates, les résultats le seront. Mais dans un contexte où le produit est un service lié directement à la performance du producteur rien n'est assuré selon nous.

Nous pouvons seulement dire que tout est en place pour donner des soins et services de qualité. Le programme d'appréciation de la qualité élaboré lors de cette phase à l'aide des normes et critères de la CPPQ et du CCAÉS (voir annexe 7) fut soumis aux membres du comité pour discussions et acceptation. Une fois accepté, il fut soumis à tous les membres du service qui y ont alors adhéré sans restriction, personne ne pouvant s'opposer à la vertu. La principale modification apportée au fonctionnement, suite à l'application du programme d'appréciation de la qualité, fut l'instauration d'un système de priorisation des cas (préévaluation) et de gestion de la liste d'attente (voir annexe 5).

Cette première étape étant donc accomplie, le service disposant d'un manuel de politiques et procédures à jour et complet, le mandat de recherche était terminé, mais les membres du comité ainsi que le chercheur voulaient pousser plus loin cette étude et voulaient s'attaquer à l'instauration d'un véritable processus d'amélioration continue de la qualité.

9.1 L'amélioration continue de la qualité

En effet, la revue de littérature avait permis au comité et au chercheur de prendre conscience que le mandat initial d'élaboration d'un programme d'appréciation de la qualité était déjà pour une bonne part réalisé mais que ceci ne donnait qu'une vision technique et interne de la qualité des soins dispensés. En accord avec les écrits plus récents (Kélada, Harrington) les membres du comité décidèrent de poursuivre la démarche dans une optique de qualité totale.

Différents modèles furent présentés aux membres du groupe qui, à partir de ce moment, pouvaient presque s'identifier à un groupe d'amélioration de la qualité.

Ce genre de groupe est essentiel à la participation des employés sans laquelle rien n'est possible, la gestion participative étant une condition sine qua non à une gestion axée sur la qualité.

Ce qu'on a pu constater, c'est que la qualité ne veut pas dire la même chose pour tout le monde. En effet, dépendant du point de vue où l'on se place, la notion de qualité se traduit très différemment.

Par exemple, pour une corporation professionnelle la qualité s'évalue à partir des politiques et procédures d'un service et de l'évaluation de quelques dossiers pour voir si les normes et standards reconnus de dispensation de soins sont suivis; pour l'administrateur, la qualité signifie l'équilibre budgétaire, l'absence de plaintes et de griefs, et un certain volume d'activités; pour l'utilisateur, c'est être bien accueilli, avoir une atmosphère agréable, ne pas attendre et être guéri; pour le médecin qui réfère, c'est la prise en charge rapide de son patient, des rapports concis et objectifs sur son évolution²⁷ ainsi qu'une bonne évolution; pour la CSST, c'est le respect du contrat, la production de la facturation et des rapports dans les délais fixés, de bonnes communications; etc..

Toutes ces différentes clientèles du système physiothérapie ont leur façon propre d'évaluer la qualité des soins et services fournis par le service. Il s'agit donc pour le comité de bien identifier premièrement la clientèle qu'on veut cibler, de trouver une façon d'évaluer et d'améliorer la qualité dans ce domaine particulier, puis d'appliquer si possible la même méthode aux autres clientèles du service.

Naturellement les membres du comité ont voulu privilégier les clients principaux du service, soient les patients, ceux-ci étant la raison d'être de l'existence du service de physiothérapie. C'est donc au niveau de ces usagers du service qu'on s'est attardé en premier.

Comme déjà mentionné, même si au départ nous voulions élaborer un programme d'appréciation de la qualité, cette volonté s'est vite changée en un désir d'élaborer un véritable processus d'amélioration continue de la qualité dans le service de physiothérapie.

Ce changement faisant suite au constat que le programme d'appréciation de la qualité du service était déjà en majeure partie bien établi, et que la revue de littérature démontrait l'intérêt certain d'orienter nos efforts vers un processus continu plutôt que vers un programme statique. Qui dit programme dit habituellement un commencement et une fin, et la recherche de la qualité n'ayant jamais de fin, selon nous, la notion de processus continu est beaucoup plus porteuse de possibilités de résultats durables. L'élaboration d'un processus d'amélioration continue de la qualité devint donc l'objet d'intervention définitif de la recherche.

De plus, en choisissant de commencer l'instauration du processus par l'intermédiaire de la clientèle principale du service, nous risquions d'élaborer quelque chose de fondamentale pour la poursuite de la démarche.

9.2 Objectifs du chercheur

Le principal objectif fonctionnel, poursuivi au début par le chercheur visait à connaître les possibilités d'élaborer un programme d'appréciation de la qualité. En cours de recherche, cet objectif premier, s'est modifié en la volonté d'élaborer un véritable processus d'amélioration continue de la qualité dans le service de physiothérapie du Centre hospitalier de Val-d'Or.

Ainsi le service disposera d'un outil lui permettant d'évaluer la qualité des soins et services dispensés et connaîtra les domaines nécessitant de l'amélioration et/ou des modifications.

Un autre objectif, plus méthodologique celui-là, tenait à vérifier si l'utilisation d'une méthode de recherche-action pouvait faciliter l'élaboration d'un processus d'amélioration continue de la qualité dans le domaine d'une entreprise de service.

9.3 Limites de la recherche

Les principales limites de cette recherche tiennent au facteur temps. Car pour pouvoir évaluer les résultats de la recherche, il faudra attendre encore plusieurs mois, si ce n'est des années, vu le processus de changement d'attitudes et de mentalité amorcé.

Une autre des limites tient à la mouvance des événements et des acteurs en cours de recherche et après la fin de la recherche. En effet, l'arrivée et le départ d'acteurs principaux (changement de chef de service, arrivée d'une nouvelle discipline: ergothérapie) peuvent modifier dans un sens positif ou négatif la démarche entreprise. Des événements extérieurs au service étudié (mesure législative, arrivée de la concurrence) peuvent également venir modifier les résultats.

Pour que la démarche entreprise soit couronnée de succès, la participation des employés et des cadres devra nécessairement se poursuivre, sinon c'est tout le processus qui sera voué à l'échec.

Or, la participation et l'adhésion constantes des membres du service sont difficiles à entretenir dans un contexte de compressions budgétaires du secteur public.

Des modifications substantielles des conditions de travail pourraient également avoir un effet négatif sur la participation active des employés.

Cependant, la méthodologie des systèmes souples, introduisant une participation pleine et entière des membres du service aux orientations et activités de contrôle du service, devrait permettre de conserver malgré tout la participation des membres du service au processus institué.

TROISIÈME PARTIE

10. ÉLABORATION D'UN PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

10.1 Définition du point d'ancrage

Le point d'ancrage c'est selon Checkland "la perspective sous laquelle la problématique sera étudiée et fixe les paramètres essentiels du ou des systèmes d'activités humaines qui serviront de référence pour étudier la situation problématique particulière qui a été sélectionnée"²⁸.

La démarche entreprise à l'intérieur du service de physiothérapie a conduit les acteurs et le chercheur à vouloir élaborer un véritable processus d'amélioration continue de la qualité, en se plaçant du point de vue de l'utilisateur. Pour ce faire nous devons donc mettre sur pied un processus qui permettra de connaître les attentes et perceptions des usagers face aux soins et services reçus. Selon la littérature (Hunter et al., 1987; Kélada 1991; Legault, 1991) ce processus doit respecter trois grands principes: prendre en compte le point de vue de l'utilisateur, impliquer la participation active des employés et gérer en fonction des faits.

Nous allons aborder ces principes un à un :

10.1.1 le Point de vue de l'utilisateur

L'orientation client, en particulier dans les entreprises de services aux personnes, est le principe premier de l'amélioration de la qualité (Kélada, 1991). Elle consiste à orienter entièrement l'entreprise et ses actions en fonction de la satisfaction du client externe ou interne.

Dans un contexte de gestion de la qualité, les besoins et les attentes du client constituent le moteur fondamental de l'action de l'entreprise. Ils déterminent les orientations et les décisions et se situent au premier plan dans l'évaluation des produits et des services.

Il faut donc, pour valider et quantifier la qualité des soins en physiothérapie, premièrement identifier les différents clients et la nature de leurs attentes. La qualité se définissant alors comme la réponse adéquate aux attentes du client²⁹. Et ces attentes devront alors être clairement établies et comprises par tous les employés du service de physiothérapie (Crosby 1979)³⁰.

Le client du centre hospitalier et du service de physiothérapie c'est d'abord le patient, sans qui le centre hospitalier et le service n'ont plus leur raison d'être. La qualité, il la perçoit souvent à la chaleur d'un sourire, d'un geste ou d'un repas!

Aussi à titre de contribuable, il s'empresse de juger négativement l'administration qui, sous prétexte d'économiser en fin d'exercice, ferme un étage pendant deux mois et allonge indûment la liste des patients en attente d'une intervention.

Ainsi les longs temps d'attente avant d'avoir accès à des services de physiothérapie handicapent sérieusement, dès le départ, la perception de la qualité des services en physiothérapie.

Il existe différentes façons, qui se sont avérées efficaces, pour mesurer la satisfaction de la clientèle, entre autres:

- les sondages et questionnaires,
- les entrevues individuelles,
- les entrevues de groupe,
- les entrevues téléphoniques

Les résultats de ces activités de collecte de données doivent être régulièrement compilés, analysés et communiqués à tous les employés du service.

Pour mesurer la satisfaction de la clientèle, la gestion de la qualité passe par la formation des intervenants et par l'utilisation d'outils de mesure de la performance qui doivent être adaptés à chaque organisation. Elle sous-entend donc une qualité de gestion dans laquelle cohérence, vision, communication et moyens privilégiés visent tous un même credo: satisfaire les besoins des clients du système en cause.

En ce qui concerne notre projet, le client-patient sera au coeur du processus. Ceci est d'ailleurs intégré à la nouvelle politique en santé du gouvernement du Québec et se traduit à plusieurs niveaux dans la Loi 120 (Chapitre 42, L.R.Q., 1991).

10.1.2 la Participation des employés

La gestion de la qualité passe par la participation des employés, elle doit se développer à partir de la base vers le sommet de la hiérarchie et être supportée par la haute direction. À ce chapitre, elle nécessite donc que les entreprises informent, consultent les employés et leurs délèguent un

pouvoir de changer les choses afin que ceux-ci puissent offrir à l'organisation des idées d'amélioration des soins et services offerts.

Les employés ont eux aussi leur perception propre de ce qu'est un service de qualité. Et cette perception peut aisément être très différente de la perception qu'en a l'utilisateur. Par exemple un soin donné peut être techniquement parfait et pleinement indiqué, mais la façon d'être (l'accueil, l'amabilité, la courtoisie, etc.) du soignant et ce qui entoure (les locaux, la propreté, l'équipement, etc.) l'épisode de soins peuvent être perçus négativement par l'utilisateur. Celui-ci en conclura qu'il a reçu des soins de piètre qualité et n'en sera pas satisfait. Il importera donc de toujours regarder le fruit du travail à travers les yeux des clients. Le personnel doit être au courant des attentes et des perceptions des usagers et s'y adapter.

Le respect du personnel est le principe au coeur de toute l'approche, la ressource la plus importante de l'entreprise étant son capital humain. C'est par le respect de l'employé et l'obtention de son adhésion à un projet commun que l'entreprise parviendra à utiliser tout le potentiel de chacun. En affirmant clairement son engagement envers la qualité et en permettant à

l'employé de contrôler son travail la direction de l'organisation redonnera aux membres de son personnel la satisfaction du travail bien fait et la fierté d'appartenir à l'entreprise.

Un des meilleurs moyens pour obtenir cette participation dans le cadre d'un processus d'amélioration continue de la qualité est la formation d'un groupe de qualité représentatif des différentes catégories d'employés. C'est d'ailleurs ce qui a été mis en pratique dans cette recherche-action, le groupe qui devait assister le chercheur dans la validation des différentes étapes de la recherche s'étant peu à peu modifié en un véritable groupe qualité.

De cette approche tout le monde profite: l'utilisateur parce qu'il voit ses attentes et ses besoins satisfaits selon sa conception de la qualité, le centre hospitalier parce qu'il a répondu aux besoins de ses clients, comme le démontreront les indicateurs de qualité, les producteurs de soins et de services par l'utilisation de leurs qualités professionnelles qui auront été mises à contribution dans la satisfaction des besoins de leurs clients.

10.1.3 la Gestion en fonction des faits

L'entreprise ne saurait améliorer la qualité de ses produits et services sans pratiquer une gestion basée sur des faits rigoureusement étudiés.

Ce mode de gestion permettra, à l'aide d'une méthode rationnelle appelée "roue de Deming" (voir figure 6), Planifier-Faire-Vérifier-Agir (PFVA), de maîtriser les processus de travail (Kélada 1991). Ce cycle d'amélioration continue de la qualité consiste à penser et planifier (P) avant de faire quoi que ce soit. Puis, on fait (F) et on s'arrête encore pour vérifier (V), contrôler et, finalement on agit (A): on corrige s'il y a lieu ou on améliore.

Comme on peut le voir dans la figure 6, chaque fois que le cycle tourne, il avance à petits pas. Cette avance est le symbole de l'amélioration continue de la qualité (Kélada, 1991).

Une gestion basée sur les faits signifie que les décisions prises par les employés, y compris les gestionnaires, s'appuient sur des données objectives, pertinentes et quantifiables, et non seulement sur des opinions ou des impressions.

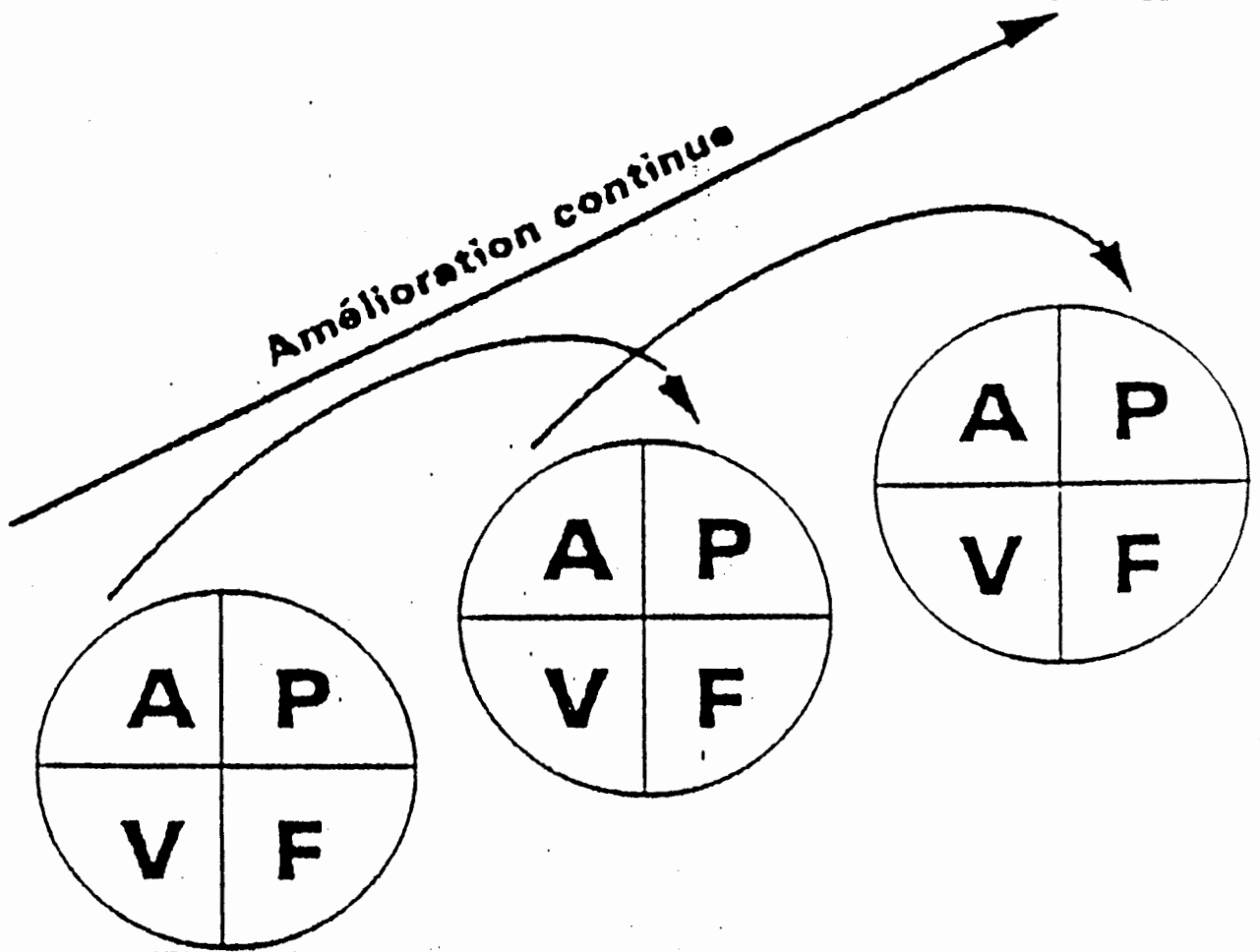


FIGURE 6 LA ROUE DE DEMING

Source: Défi performance Hydro-Québec, 1991

De plus, tous les processus de travail devront être documentés (décrits), de manière à constituer une base pour leur amélioration. C'est d'ailleurs ce à quoi nous nous sommes attardés dans la phase diagnostique préliminaire.

Le cycle PFVA, ou roue de Deming, permettra de réaliser et d'améliorer le travail selon un processus faisant appel à l'esprit scientifique. C'est au Japon que Deming a fait connaître pour la première fois cette méthode permettant de maîtriser n'importe quel processus de travail, à quelque niveau que ce soit dans l'entreprise.

La roue de Deming aide à comprendre les quatre étapes de tout travail: Planifier, Faire, Vérifier, Agir. Lorsque les quatre étapes sont accomplies une première fois, on passe à un palier supérieur d'amélioration et on entreprend un nouveau cycle. En d'autres termes, l'étape d'amélioration mène toujours à l'étape de planification du palier suivant.

Le cycle PFVA est la base des actions du comité qualité pour solutionner chaque problème amené.

10.2 Caractéristiques d'un service

La problématique de la qualité des services est très différente de celle des produits, comme le soulignent Eiglier et Langeard ³¹ (1987:25):

"on ne peut contrôler la qualité des services et rejeter ceux qui n'atteignent pas un certain standard, avant de les mettre sur le marché, comme c'est le cas pour les produits tangibles. L'arsenal des techniques et la finalité des contrôles de qualité en bout de chaîne se trouvent ainsi sans objet".

Les caractéristiques distinctives d'un service qui sont son intangibilité, sa nature périssable, son hétérogénéité, sa simultanéité de production et de consommation, font que le consommateur utilise un processus d'évaluation différent de celui utilisé pour évaluer un produit (Judd, 1964; Shostack, 1977; Berry, 1980; Lovelock, 1981). De plus, une offre de service comprend généralement un service de base entouré d'un ensemble de services périphériques (Eiglier et Langeard, 1987). La présence de services périphériques permet non seulement de faciliter l'accès au service de base, mais aussi de rendre ce dernier plus attrayant aux yeux de l'utilisateur³².

Le service est intangible, cela signifie qu'il peut être consommé, mais qu'il ne peut être possédé. Le service est périssable car il ne peut être emmagasiné ou stocké. Il est hétérogène car le résultat de la prestation d'un même service varie d'un producteur à l'autre et d'un moment à l'autre.

Les services dispensés par le service de physiothérapie répondent entièrement à cette définition d'intangibilité, de périssable et d'hétérogénéité.

La participation du client est un élément essentiel de la prestation d'un service. Par exemple, les informations échangées entre le physiothérapeute et le patient servent à poser un diagnostic différentiel orientant le traitement subséquent, le patient affecte ainsi directement le processus, donc la qualité des soins. Il en va de même pour le personnel de support (secrétaire-réceptionniste, préposé) qui prend alors une importance capitale de par son apport aux services périphériques (accueil, réception, atmosphère, rangement des salles, installations, etc.).

10.3 Le personnel en contact

Plusieurs études révèlent que le personnel en contact direct avec la clientèle est largement utilisé par le consommateur comme indicateur de la qualité du service, car il constitue un des éléments tangibles et visibles tout au long du processus de prestations de services (Gronroos, 1984; Nguyen, Marchesnay, 1990; Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988)^{33, 34}. Le personnel en contact est constitué de tout employé de l'entreprise en contact direct avec le client.

La satisfaction du client est essentiellement dérivée de sa perception de la performance du personnel en contact, de l'arrangement de certains éléments du support physique, de l'efficacité du système d'organisation interne et de l'image de l'entreprise (LeBlanc et Nguyen, 1988). Elle est la résultante de la perception du processus de prestation du service reçu par le client. Pour assurer la satisfaction du client, l'entreprise doit donc utiliser avec discernement le personnel en contact et l'image de l'entreprise (LeBlanc et Nguyen, 1988; Parasuraman, Zeithaml et Berry, 1985; Gronroos, 1984).^{35, 36, 37}

Une offre de service est constituée de deux parties: le service et le processus. Le service est la résultante de l'interaction entre le client, le prestataire-producteur ("personne qui fournit des services à une clientèle". Petit Larousse 1993) et le support physique de l'entreprise, alors que le processus réside dans la rencontre même entre le client et le personnel en contact.³⁸

En raison de sa position stratégique, à l'interface entre le client et l'entreprise, le personnel en contact est exposé à l'information susceptible d'éclairer les décisions du gestionnaire. En fait, l'amélioration de la qualité du service est souvent fondée sur l'information que le personnel en contact recueille lors de la prestation en constatant lui-même les faiblesses du processus ou en recevant les plaintes du client.

Ainsi, dans le cas des services hospitaliers, le personnel responsable de la réception des usagers, de leur installation et de la préparation des salles de traitement occupe une fonction aussi importante que le personnel professionnel soignant (ex: PHT, TRP), car la qualité de l'interaction entre le client et le personnel en contact détermine dans une large mesure l'évaluation du service par la clientèle (Nguyen, 1991).

Il faut aussi revaloriser les employés ayant des tâches de support, qui sont souvent les premiers rencontrés par les usagers lors d'un épisode de soins, et qu'on néglige souvent quand on pense qualité seulement en termes techniques. Ceci pourra se faire grâce à une formation aux concepts de la qualité et par des communications soutenues et régulières sur les attentes des usagers. Naturellement, les employés responsables des tâches de support doivent être membres à part entière du comité qualité.

10.4 Vers une base de données: L'analyse des écarts

L'absence de critères objectifs et quantifiables pour évaluer la qualité d'un service, causée par son caractère intangible et la simultanéité de sa production et de sa consommation, fait que la qualité de l'offre de service dépend davantage de la perception qu'a le client de la performance du personnel en contact, principal responsable de la prestation, que du service comme tel (Nguyen, 1991).

Les perceptions sont donc primordiales, une véritable matière première, dans tout processus d'amélioration continue de la qualité, car pour la plupart des services, le client a tendance à être plus exigeant à l'égard de la procédure de prestation qu'à l'égard du service comme tel. De plus, en ce qui concerne des services spécialisés, comme les services médicaux, l'utilisateur n'a habituellement pas les connaissances nécessaires pour évaluer la pertinence des actes professionnels posés.

Le prestataire, le producteur, a donc sa propre idée de ce que doit être un service de qualité. Dans le cas d'un service de physiothérapie la qualité technique est basée sur des normes bien précises, ainsi que des politiques et procédures.

Ces normes sont édictées par la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, et la conformité de la pratique des physiothérapeutes est vérifiée périodiquement par l'inspecteur professionnel de la corporation dans le cadre d'un programme d'inspection professionnelle bien structuré et requis par le Code des professions. La qualité de l'acte professionnel est donc vérifiée et doit répondre à une pratique et à des standards reconnus.

Il y a également le processus d'agrément des hôpitaux, mené par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé qui dicte des normes d'organisation et de dispensation de services, qui peut être mis à contribution dans l'appréciation de la qualité de soins et services donnés. Ces deux organismes externes, la CPPQ et le CCAÉS, concourent donc directement à l'appréciation du volet technique de la qualité des soins et services dispensés par le service de physiothérapie du Centre hospitalier de Val-d'Or.

Le Centre hospitalier de Val-d'Or adhérant à ce processus depuis plusieurs années, le service de physiothérapie bénéficie donc de recommandations sur son organisation technique qu'il peut utiliser pour améliorer la qualité des soins et services fournis. Des rapports portant sur le suivi des recommandations de ces organismes sont d'ailleurs exigés régulièrement du chef de service par la haute direction du centre hospitalier.

Cependant, même si l'aspect professionnel et technique est bien encadré, l'utilisateur n'a jamais été mis à contribution pour connaître sa perception d'un service de qualité. Les prestataires peuvent être convaincus de donner des soins et services répondant à des normes et standards optimaux (obtention de l'agrément maximum de trois (3) ans lors de la dernière

visite), mais ce n'est pas nécessairement le point de vue des usagers.

Nous devons donc mettre en place un système qui permettra de mesurer les perceptions des usagers, ainsi que leur satisfaction vis-à-vis les soins reçus. À cet égard, des enquêtes effectuées régulièrement auprès des clients actuels et passés du service pourraient constituer des outils intéressants.

Il faut donc insister sur la nécessité de mettre en place un système cohérent et systématique de collecte de l'information. Face à ces constatations, le comité d'intervention a décidé de produire un questionnaire s'adressant aux usagers et couvrant les différents aspects des soins et services en physiothérapie (voir annexe 8). Ce questionnaire a été bâti à partir de questionnaires semblables qu'on retrouve dans la littérature (Legault, 1991; Harrington, etc.), mais surtout à partir des idées et questionnements émis par les membres du comité d'intervention.

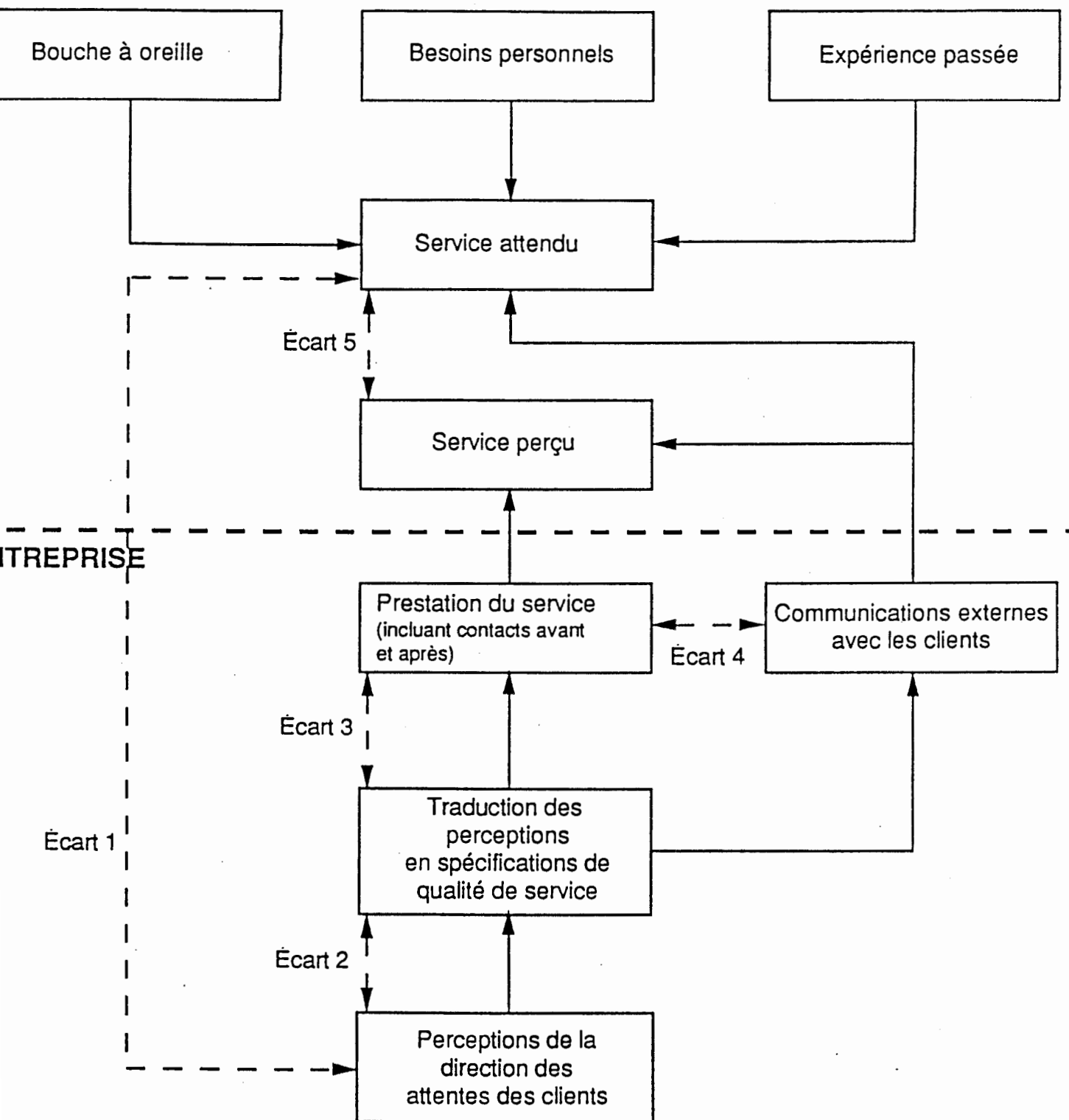
A partir des réponses à ce questionnaire, des standards (déf.: règles fixées d'avance) d'atteinte de la qualité pourront alors être développés et basés sur les écarts entre les indicateurs (CPPQ, CCAÉS, indicateurs quantitatifs) du système intégré (les différents processus) et les niveaux de performance couramment perçus par les usagers³⁹.

Autrement dit, nous pourrons comparer les résultats enregistrés par les façons de faire "technique" avec les perceptions "humaines" qu'ont les clients du système.

À cet effet, Parasuraman, Zeithaml et Berry (1985) ont développé un modèle conceptuel de la qualité dans les services.

Ce modèle, basé sur la double perception du client et de l'entreprise, indique que la perception de la qualité par l'utilisateur (écart 5) est influencée par une série de quatre écarts distincts se produisant dans le modèle du côté de l'entreprise de service (voir Figure 7).

CLIENT



MODELE CONCEPTUEL DE QUALITE DES SERVICES
PARASURAMAN, ZEITHAML, BERRY (1985)

FIGURE 7

Ces écarts du côté des prestataires de service sont :

Écart 1: La différence entre le service attendu par le consommateur et les perceptions de la direction des attentes des clients.

Écart 2: La différence entre les perceptions du management des attentes des clients et la traduction de ces perceptions en spécifications de qualité de service.

Écart 3: La différence entre les spécifications de qualité de service et le service réellement fourni.

Écart 4: La différence entre le service fourni et ce qui est communiqué aux consommateurs à propos du service.

La qualité des soins et services perçue étant définie dans le modèle par la différence entre le service attendu et le service réellement perçu par le consommateur (Écart 5 dans la Figure 7), qui en retour dépend de l'importance et de la direction des quatre (4) écarts associés avec la dispensation de service de qualité du côté du prestataire⁴⁰.

Ce modèle est donc tout à fait adapté à notre situation et fournit une piste de solution très intéressante à la problématique soulevée, tout en permettant d'intégrer les différents principes énoncés précédemment et de justifier la démarche proposée.

De plus, ce modèle est puissant et révèle que les attentes du client peuvent être modulées. En effet, la perception d'un service de qualité est fonction des attentes générées par le système (écart 4).

Par exemple si l'utilisateur s'attend, en fonction du oui-dire ou autre, à être pris en charge dans trois (3) mois, et qu'il l'est à l'intérieur d'un délai de deux (2) semaines de sa demande, le modèle indique que sa perception de soins et services de qualité devrait être influencée positivement.

L'analyse des écarts permet donc l'alimentation du système d'information recherché dans le cadre du processus d'amélioration continue de la qualité des soins et services du service de physiothérapie du Centre hospitalier de Val-d'Or.

10.5 Énoncé de base

Le point d'ancrage étant sélectionné, nous sommes maintenant en mesure de formuler un énoncé de base qui est en fait le fondement d'un système d'activités humaines adapté aux besoins de l'organisation étudiée. C'est la définition du système en fonction du point de vue retenu par le chercheur et les intervenants. "Cet énoncé ... est exprimé en terme de processus et doit constituer une représentation condensée du système"⁴¹

Le processus d'amélioration continue de la qualité du service de physiothérapie du Centre hospitalier de Val-d'Or, sous la responsabilité du comité-qualité du service, est un ensemble d'activités qui planifie-fait-vérifie-agit (PFVA) et apprécie les différents processus du système physiothérapie afin de répondre adéquatement aux besoins de la population de Val-d'Or et ses environs.

10.6 Validation de l'énoncé de base

La méthodologie de Checkland prescrit de vérifier la cohérence et le pragmatisme de la définition de l'énoncé de base comme solution à la problématique, à l'aide de six (6) critères ⁴²:

Propriétaire du système	:	Le service de physiothérapie du Centre hospitalier de Val-d'Or
Environnement	:	Les autres services et directions du centre hospitalier
Clients du processus	:	Les employés du service de physiothérapie
Activités de transformation	:	Appliquer le cycle PFVA aux différents processus du système physiothérapie

Acteurs	:	Membres du comité-qualité
Point de vue	:	Mise en place d'un processus d'amélioration de la qualité dans une entreprise de service, basé sur l'analyse des écarts entre ce que pensent fournir les dispensateurs de service VS ce que perçoivent les usagers compte tenu des contraintes du système.

11. MODÈLE PROPOSÉ

Ce que nous proposons, comme modèle, intègre l'analyse de ces écarts dans les processus du service de physiothérapie, en corrélation étroite avec les normes techniques édictées par la corporation professionnelle et le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.

Le modèle présuppose que nous disposerons des informations nécessaires à la mise en marche d'un processus d'amélioration continue de la qualité.

Évidemment les enquêtes sur la satisfaction et les attentes des usagers et des employés devront être menées régulièrement, de manière à fournir les informations nécessaires au fonctionnement du comité. D'ailleurs le comité-qualité, qui gère le processus, devient la pierre angulaire de tout le processus.

Le modèle proposé tient compte du double point de vue des professionnels dispensateurs de soins, tout comme de celui des usagers. Les deux seront mis à contribution pour améliorer la qualité des soins et services donnés.

Pour ce qui est des usagers, trois (3) sources d'informations sont instaurées. Premièrement, au congé de traitement il est demandé à l'utilisateur, et noté au dossier, le taux d'amélioration, en pourcentage (%) qu'il considère avoir obtenu depuis le début des traitements. Notons que ces données devront être analysées avec beaucoup de prudence car elles peuvent être facilement influencées par la présence du professionnel. Elles doivent être considérées seulement comme un indicateur parmi d'autres.

Ces données seront compilées et comparées sur des périodes de trois (3) mois à l'aide d'un logiciel maison confectionné à partir de Dbase IV (projet en cours).

L'autre source d'informations sera le questionnaire (voir annexe 8) remis à tous les patients sur une période de deux (2) semaines et ce trois (3) fois par année. De plus, une boîte à suggestions est mise en permanence à la disposition des usagers dans la salle d'attente. Toutes ces informations seront amenées aux membres du comité-qualité pour analyse.

Pour ce qui est des employés, les sources d'informations favorisées seront les réunions régulières de service et les rapports et suggestions du comité-qualité. Les rencontres

individuelles d'appréciation du rendement, avec le chef de service, seront également mises à profit pour discuter de la qualité au niveau technique et au niveau de la prestation.

Toutes ces données, sauf l'appréciation du rendement individuel qui sera traitée confidentiellement par le chef de service, seront analysées par les membres du comité-qualité. Des recommandations seront fournies à tous les autres membres lors des réunions régulières du service. C'est à ce moment que les décisions d'appliquer ou non les recommandations du comité seront prises. Les activités du comité-qualité serviront donc de rétroaction au système physiothérapie (voir figure 9, p. 172).

Le modèle proposé repose sur la formation d'un comité-qualité qui prendra en charge le processus d'amélioration continue. Les activités de ce comité seront basées sur un système d'information composé de différentes sources et qui prendra en considération les écarts entre ce que les prestataires pensent fournir comme qualité de service et ce qui est réellement perçu par les bénéficiaires de ces services.

Ce système d'information sera basé sur:

- Des rapports des organismes extérieurs;
- Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de performance;
- Le taux de satisfaction des usagers;
- L'analyse des écarts;
- Des rapports d'évaluation des dossiers cliniques;
- Les suggestions des employés;
- Les plaintes des usagers.

Une fois le système bien rodé, les autres clientèles du service devront être prises en considération, telles que les médecins, les autres unités de soins, les autres services, la CSST, etc., selon le même modèle. Le modèle proposé permet amplement cette démarche similaire selon nous.

Au fur et à mesure que l'expérience progressera, les membres du service pourront s'établir des normes de qualité ainsi que les indicateurs (taux d'amélioration, temps d'attente, durée de traitement, taux de satisfaction, etc..) nécessaires à leurs évaluations. Une base de données se développera au fur et à mesure des activités de compilation et le service pourra ainsi bénéficier de ses propres "normes" de qualité.

12. UN MODÈLE CONCEPTUEL À COMPARER

Si nous comparons le modèle proposé avec l'image riche établie dans la deuxième partie, les changements à apporter tiennent principalement à remettre entre les mains d'un comité la gestion de la qualité des soins et services en physiothérapie. C'est un changement majeur, une modification profonde de la façon de concevoir et de faire, qui implique une véritable participation des employés et une modification du rôle du chef de service qui doit accepter de remettre du pouvoir entre les mains des employés.

Ce nouveau rôle devra être assumé par la personne concernée, mais également par tous les employés du service, professionnels ou non. C'est une des principales problématiques que le groupe aura à affronter et à solutionner tout au long de la démarche qui s'échelonnera sur plusieurs années, vu les changements de culture et d'attitudes qu'elle doit entraîner.

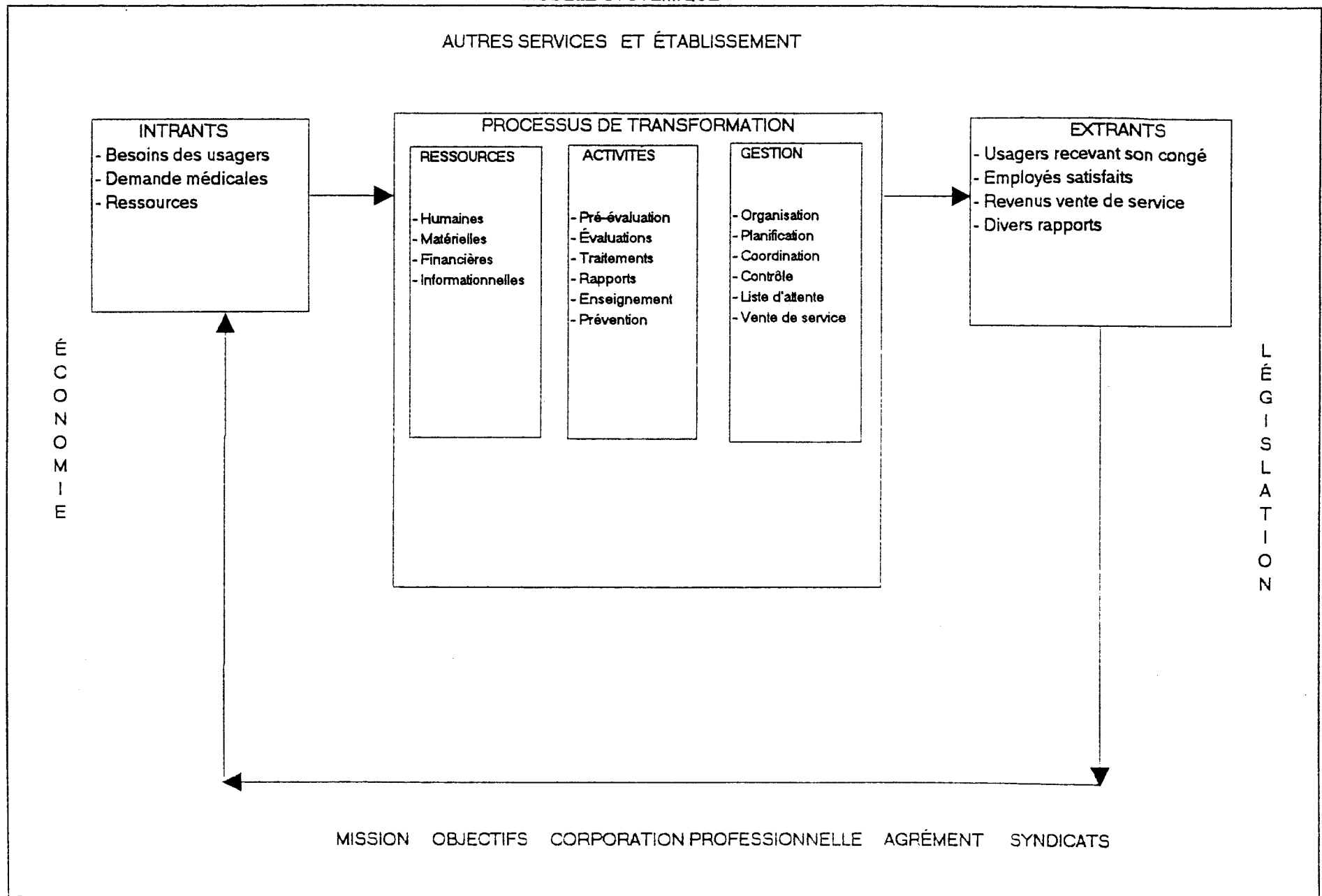
Un autre changement majeur est de prendre en considération l'opinion des usagers dans un système où les experts dispensateurs de soins ont toujours considéré qu'ils savaient ce qui était bon pour les patients.

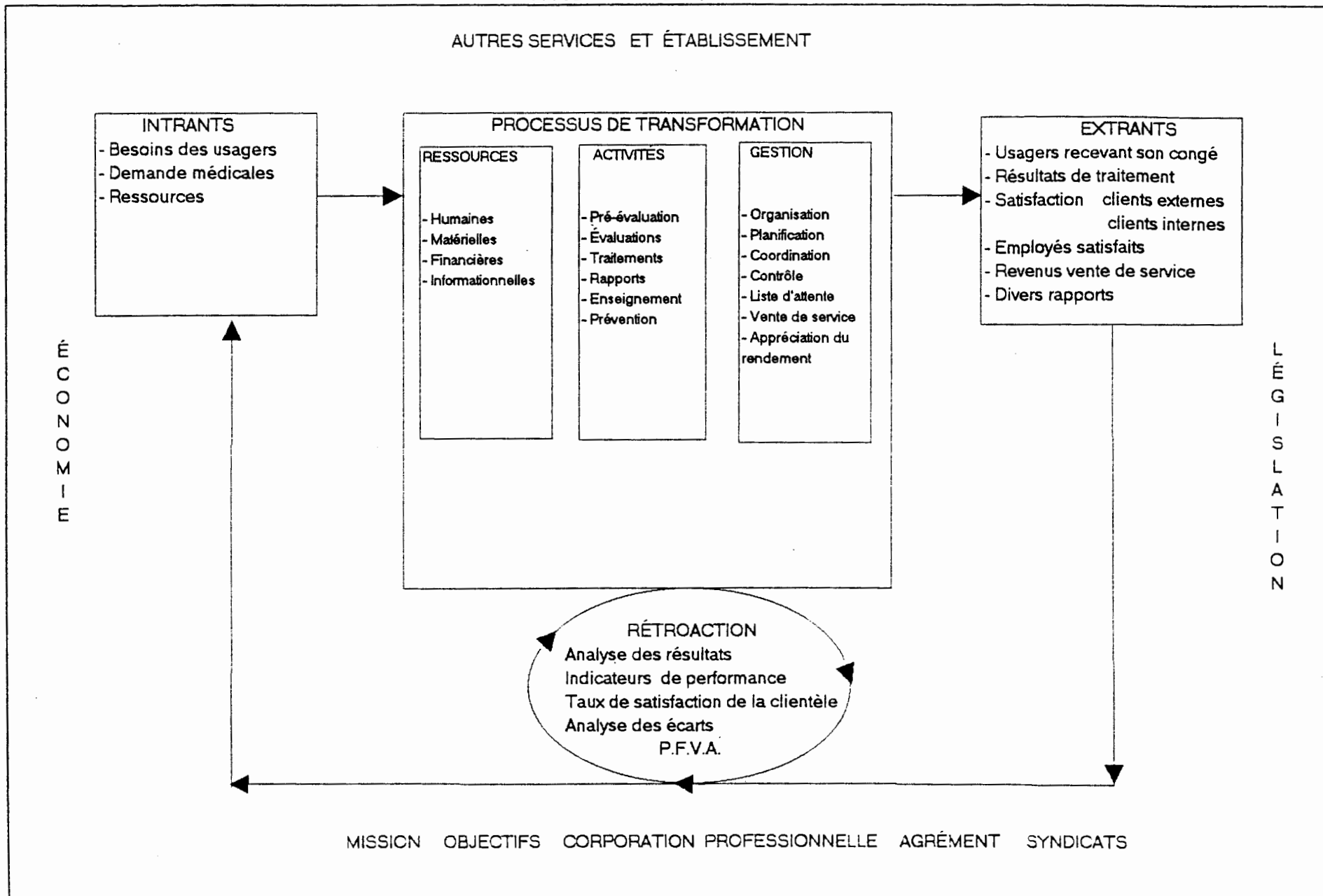
C'est tout un changement d'attitude et de comportement que nous demandons à des professionnels formés dans cette optique dès les premières années de formation collégiale et/ou universitaire. Les informations et les données fournies par le processus mis en place viendront alimenter la démarche selon nous. Et les résultats, en termes d'amélioration continue, nous l'espérons, finiront par valider le processus.

C'est donc toute une aventure collective que les membres du service entreprennent, et cette démarche devra être constamment encouragée et supportée par la direction du centre hospitalier sinon il sera très difficile de la mener à terme, vouée à l'échec même, tel que rapporté dans la littérature qui mentionne que plus de 85% des projets qualité restent inachevés et tombent faute d'engagement de la haute direction de l'entreprise⁴³. Car le changement d'attitude et de fonctionnement quotidien est émotivement insécurisant pour tout cadre et employé habitués à fonctionner dans un système hiérarchique traditionnel.

À la figure 8 nous retrouvons la représentation du système physiothérapie avant les changements proposés. Nous retrouvons ce même système à la figure 9 qui intègre les modifications suggérées.

MODÈLE SYSTÉMIQUE





La nouvelle boucle de rétroaction (figure 9), dans laquelle nous introduisons des informations de nature qualitative basées sur les perceptions des usagers du service, constitue une innovation majeure dans le "modus operandi" du système.

Ces informations et données sont traitées par un comité qualité selon le cycle PFVA, pour chacun des problèmes rencontrés, et selon le modèle d'analyse des écarts entre ce que les dispensateurs pensent fournir comme qualité de soins et services et ce qui est réellement perçu par les usagers.

13. ÉTAPES D'IMPLANTATION DU MODÈLE

13.1 La portée des changements proposés

La notion de changement est nécessairement impliquée dans l'implantation du modèle retenu. C'est en accord avec le modèle de Collerette et Délisle⁴⁴ pour qui le changement organisationnel c'est "toute modification dans la culture ou la structure d'un système organisationnel et qui a un caractère relativement durable", que nous avons débuté l'implantation du modèle. Ce changement passe par trois étapes, soit le dégel, le mouvement et le regel.

La phase de dégel a été facilitée par la démarche de recherche-action et la constatation que le service ne disposait pas d'outils pour évaluer la qualité des soins et services rendus. Une fois cette constatation faite et admise par les membres du service, la deuxième phase du mouvement, où les acteurs cherchent à connaître une meilleure situation et des solutions aux problèmes rencontrés, se doit d'être encadrée et stimulée.

Encore là, la démarche de recherche-action a fourni un cadre adéquat à l'action en proposant, suite à une revue de littérature, un modèle théorique applicable pratiquement. Pour ce qui est de la troisième phase, le *regel*, qui est une phase d'intégration des changements à l'intérieur de laquelle les nouveaux comportements et les nouvelles attitudes doivent être intégrés par les acteurs, elle n'est pas encore terminée et devra se poursuivre encore un certain temps.

À ce stade-ci, nous aurions tendance à adhérer, dans la situation actuelle, à la conception du changement de Robert Waterman⁴⁵, où le "véritable défi consiste à rétablir et à conserver l'équilibre ou plutôt à maintenir un déséquilibre dynamique".

D'ailleurs, Daniel Pemartin⁴⁶ souligne que "le changement apparaît dans la société actuelle non plus comme un moment ponctuel de crise, de déséquilibre, mais comme un état avec lequel il faut s'habituer à vivre". Et ceci est valable aussi pour une organisation du type du centre hospitalier.

Il s'avère également essentiel que la direction du centre hospitalier et le chef de service continuent à supporter cette démarche et que les autres services, qui ont des liens

fonctionnels avec le service de physiothérapie, poursuivent la même démarche.

En effet, si l'environnement immédiat du service n'est pas engagé dans une démarche similaire, les résultats et les changements, à moyen et long termes, demeureront nécessairement limités et les efforts des membres du service risquent de s'amenuiser devant le peu de résultats possibles dans toute l'organisation.

Des problèmes de dysfonctionnement provenant des autres services risquent fort d'avoir un impact sur la qualité des soins et services dispensés (ex.: entretien préventif, salubrité, participation aux soins, etc.). Ces problèmes auront à être réglés et si les autres services n'ont pas la même démarche qualité, ils ne répondront qu'avec réticence aux demandes et remarques des membres du service de physiothérapie. Ceux-ci seront alors en droit de se demander le pourquoi de tous leurs efforts pour s'améliorer.

13.2 Les étapes d'implantation

Comme pour tout changement nous devons y aller progressivement, par étapes, de manière à pouvoir évaluer le résultat des modifications proposées après chaque étape et réorienter les actions si nécessaire.

Le premier changement effectué au niveau du service fut l'officialisation d'un comité-qualité avec un mandat bien défini. Cette étape est grandement facilitée par la démarche de recherche-action car le nouveau processus fonctionne selon le même schéma de validation interne et externe que la recherche-action. Les membres du comité devront recevoir, au cours de la prochaine année, une formation sur les outils utilisés en gestion de la qualité et disponibles pour la résolution de problèmes, tels que le remue-méninges (Brainstorming), le diagramme d'Ishikawa, de Pareto, etc. (Legault, 1991,; Harrington, 1991).

Un questionnaire s'adressant aux patients a été élaboré et distribué (annexe 8). L'analyse des résultats de ce premier sondage est à la base des actions suivantes.

L'ajout du pourcentage d'amélioration de l'état initial, estimé par l'utilisateur au congé et inscrit au dossier du bénéficiaire, a été mis en application dès l'acceptation de l'étude et ses conclusions entérinées par le groupe.

De plus la compilation informatique de ces résultats devrait être bientôt disponible car un des membres du comité, qui poursuit présentement des études en vue de l'obtention d'un certificat en informatique, en a fait l'objet d'un de ses projets de session pour l'année 1992-93.

Ce dernier changement a été le plus difficile à faire accepter par les intervenants, car il remet en cause l'avis d'expert du professionnel et semblait menaçant du point de vue de chaque individu. Pour contourner cette difficulté, le comité a proposé que ces résultats soient analysés sur la base de tout le service et non sur une base individuelle. C'est ainsi que nous avons obtenu l'assentiment des autres membres du service et pu poursuivre l'application de cette idée.

Une démarche de conscientisation a été entreprise avec le personnel de support (préposées et secrétaire) quant à leur rôle de premier plan en ce qui concerne l'accueil et les perceptions des usagers. Cette démarche comprend de la

formation sur les concepts de la qualité et une revalorisation de leur rôle vis-à-vis eux-mêmes, mais également auprès des autres membres professionnels du service.

L'analyse des écarts, entre ce que les intervenants pensent dispenser comme qualité de soins et ce que les usagers perçoivent vraiment, se fera régulièrement suite à chacun des sondages effectués auprès de la clientèle. Le modèle de Parasuraman et all.⁴⁷ sera utilisé à cet effet.

14. ÉVALUATION DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Les résultats de cette recherche-action sont à date des plus satisfaisants. En effet, les changements implantés sont bien acceptés par la grande majorité du personnel et sont mis en application. Une nouvelle dynamique s'est installée dans l'équipe du service de par l'adhésion à une démarche connue et commune à tous. L'objectif d'amélioration continue de la qualité et le processus mis en place incitent chacun à participer activement à l'atteinte de cet objectif.

La démarche entreprise est donc des plus positives, même si elle implique des changements profonds dans les mentalités et attitudes. Ces changements sont amorcés mais sont encore loin d'être parfaitement intégrés. De fréquents rappels sont nécessaires et les réunions régulières de tous les employés servent à réorienter les actions de tous et chacun en fonction des données fournies par le système d'information mis en place.

L'intervention, par sa démarche particulière de recherche-action et de participation des acteurs au processus de recherche, a de plus permis à plusieurs membres du service de constater la complexité de la gestion de l'appréciation de la qualité des soins et services dispensés.

Le modèle proposé (figure 9) est venu combler un besoin de connaissances et de savoir-faire (know how) et a fourni une manière dynamique et consensuelle de pouvoir s'améliorer sans cesse.

En effet, la recherche a également permis de révéler une image riche du service et de ses principales problématiques qui ont ensuite fait consensus auprès des membres du service.

La connaissance de son milieu de travail et le partage de cette vision avec les autres personnes qui font partie de ce milieu ne peuvent qu'être bénéfiques à une meilleure compréhension mutuelle, et à une meilleure collaboration de tous pour régler les problèmes rencontrés.

En conclusion l'évaluation qualitative des résultats de l'intervention est somme toute positive selon le chercheur et les membres du groupe d'intervention. Les changements amorcés semblent assurés de se poursuivre dans un véritable processus d'amélioration continue de la qualité à long terme. Même si la mise en place de ce processus s'est faite sur plusieurs mois, ceci a permis, selon nous, de mieux cerner les problématiques et d'aplanir les résistances aux changements provoquées par une nouvelle façon de faire.

Un dernier point à mentionner est que la représentation et l'étude, de chacun des processus en cours dans le service, permettent également un questionnement et une remise en question continuelle qui favorisent l'efficacité et l'efficience, l'étude d'un processus pouvant être reprise (PFVA) à n'importe quel moment si le besoin s'en fait sentir à partir de l'image élaborée dans cette recherche.

Cette sorte de "pédagogie d'équipe" constitue un extrant de la recherche d'une très grande importance et elle s'inscrit à la fine pointe de ce qu'on retrouve dans la littérature managériale d'aujourd'hui. Nous nous retrouvons avec une organisation en mode d'apprentissage, type d'organisation décrite par Peter M. Senge, et dont le fondement repose sur ce qu'on appelle "la cinquième discipline" et ses lois⁴⁸.

Ce type d'organisation qui aspire à la pérennité, repose sur cinq composantes qui fournissent chacune une dimension vitale à la construction d'une organisation qui peut "apprendre" et continuellement améliorer sa capacité à réaliser ses plus hautes aspirations. Ces disciplines sont: La maîtrise personnelle, l'utilisation de modèles mentaux, une vision partagée, l'apprentissage en équipe et la pensée systémique.

C'est la pensée systémique qui permet l'intégration des cinq disciplines, et c'est pourquoi Senge l'appelle la "cinquième discipline".

Le modèle proposé dans la présente recherche a comme fondement la pensée systémique et la notion d'apprentissage continue par les membres de l'équipe de soins. Cet apprentissage permet une vision partagée par les différents membres de l'équipe et repose sur un modèle où les boucles de rétroaction du système d'information mis en place permet justement cet apprentissage continue.

QUATRIÈME PARTIE

15. RÉFLEXIONS SUR L'UTILISATION DU DIAGNOSTIC-INTERVENTION DE PAUL PRÉVOST

La méthodologie de diagnostic-intervention proposée par M. Paul Prévost, qui est une adaptation de la méthodologie des systèmes souples préconisée par P. Checkland, s'est avérée des plus adaptée et des plus efficace dans le cadre de cette intervention sur "le terrain".

La ressemblance entre les étapes proposées et les différentes phases de l'implantation d'une véritable gestion intégrale de la qualité d'un service sont frappantes et facilitantes du processus amorcé.

L'approche méthodologique explique, en bonne partie, pourquoi cette recherche s'est effectuée et déroulée dans un climat de collaboration et d'appréciation des idées des autres, ce qui a permis l'instauration d'un véritable processus d'amélioration continue de la qualité.

La présence du chercheur dans le milieu a facilité l'animation du processus, la cueillette de données et les

adaptations à la réalité tout au long du processus. En effet, les nombreux changements intervenus en cours de recherche tels que les cinq congés maternité et leur remplacement partiel, entre autres par deux ergothérapeutes, et la promotion du chef de service au poste de directeur adjoint à la direction des services professionnels et hospitaliers, qui a entraîné la nomination d'un chef intérimaire en septembre 1992, auraient pu facilement faire échouer ce projet, si le chercheur était venu de l'extérieur de l'organisation.

La possibilité offerte par la démarche de recherche-action, grâce à ses boucles de validation avec les acteurs concernés, s'est donc révélée des plus adéquates au contexte changeant d'un système d'activités humaines.

La revue de littérature effectuée par le chercheur pour identifier les différentes façons de faire, et la communication des résultats aux autres membres du groupe d'intervention sont un autre aspect de ce mode de recherche qui est des plus intéressants. Ceci permet de relier la théorie à la pratique et ainsi adapter cette théorie à la réalité vécue quotidiennement par les premiers impliqués. Les solutions ainsi développées sont beaucoup plus susceptibles de perdurer et d'être acceptées par les intervenants.

Le travail analytique et conceptuel, auquel on a dû recourir pendant la recherche, a permis d'identifier les nouveaux contours d'un service en évolution, une "organisation qui apprend" dans le sens de Peter M. Senge⁴⁹.

Cependant si des problèmes majeurs de fonctionnement, de climat de travail, de relations interpersonnelles ou autres étaient apparus suite au diagnostic préliminaire, la démarche et les résultats auraient été différents. C'est encore une force de ce type de recherche qui peut s'adapter aux événements et aux problématiques rencontrées, tout en permettant de prioriser le règlement des problèmes les plus importants.

La confiance ou la méfiance face au chercheur-acteur est, selon nous, un élément très important dans toute recherche portant sur un système d'activités humaines, surtout lorsque la recherche est basée sur des entrevues, de l'observation et des interventions directes dans le milieu en cours de recherche. Pour notre part, nous avons eu la chance d'avoir la confiance et la collaboration des acteurs tout au long du processus, même si à certains moments quelques individus se sont montrés méfiants sur les objectifs recherchés, se sentant menacés par les données produites par le système d'information.

La méthodologie utilisée était donc parfaitement adaptée au sujet de notre recherche et aux objectifs poursuivis tout en permettant aux acteurs d'apprendre comment solutionner les problématiques rencontrées. L'apprentissage d'une démarche systématique par les membres du service est une autre des conséquences de cette recherche qui ne peut que donner des résultats encourageants dans l'avenir.

Cependant, malgré notre satisfaction, il ne faut pas oublier que le modèle proposé est une solution à un point de vue privilégié en début de recherche. Ce point de vue est nécessairement différent d'autres points de vue et la solution proposée est donc une solution à une certaine conception de la réalité, celle élaborée dans chaque phase de la recherche, et pas nécessairement à la réalité vécue.

Nous devons tout de même ajouter, au risque de se répéter, que la démarche a impliqué un comité de plusieurs personnes (voir annexe 9) qui ont fait consensus sur l'image riche retenue et les solutions proposées. Dans le cas d'un système d'activités humaines, tel que le système étudié, cette façon de faire assure que ce qui est retenu a tout de même beaucoup plus de chance d'être près de la réalité, que le point de vue d'une seule personne.

16. CONCLUSION

Au début de cette recherche nous pensions en terme de "programme d'appréciation de la qualité" mais le travail conceptuel et l'approche méthodologique nous ont permis de mieux cibler la problématique et de l'élargir tout en la dynamisant. Ainsi l'approche utilisée dans cette recherche nous a permis d'élaborer un processus d'amélioration continue de la qualité très bien adapté au contexte et à la problématique étudiée. Ce modèle est en cours de réalisation et a permis en plus au chercheur d'approfondir ses connaissances en gestion.

Cette démarche a fait comprendre aux membres du service l'importance primordiale de se centrer sur le client et ses besoins. Ceci a permis d'amorcer des changements qui vont se poursuivre dans les prochaines années et qui pourront s'adapter aux variations de l'environnement et besoins de la clientèle.

La participation des employés est ainsi instituée de façon systématique, tout en introduisant la vision des différentes clientèles qui ont maintenant une emprise plus claire et déterminante sur le type de soins et services dispensés.

Cependant le changement d'attitudes et de mentalité n'est

pas chose facile et les intervenants devront être très vigilants pour que le modèle identifié continue de s'appliquer malgré la nouvelle affectation du chercheur dans l'organisation. En effet, la lecture de ce rapport doit prendre en considération le décalage temporel entre la démarche de recherche-action ayant eu lieu en 1991-92 et le moment de rédaction finale du rapport, l'organisation ayant évolué entre-temps.

Cependant notre enthousiasme vis-à-vis cette démarche de recherche ne doit pas minimiser certaines réalités. La lenteur des changements et la nécessité que le reste du centre hospitalier progresse dans la même direction sont les obstacles principaux que le service aura à affronter au cours des prochains mois et des prochaines années.

Il serait donc souhaitable que l'ensemble du centre hospitalier continue d'être conscientisé aux exigences de la gestion éclairée de la qualité, tel que nous venons de le démontrer et de le faire dans notre système. Le service dispose maintenant d'outils valides et adaptés qui, s'ils sont utilisés adéquatement, permettent de croire en une amélioration constante de l'efficacité et de l'efficience du service de physiothérapie du Centre hospitalier de Val-d'Or.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Vers une évaluation de la qualité des soins en physiothérapie**, Vol.1 et 2, Santé et Bien-être social Canada, Rapport d'un groupe de travail mis sur pied par l'association canadienne de physiothérapie et la division des normes sanitaires de la Direction générale des services et de la promotion de la santé, juin 1981.
2. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, **Programme d'appréciation de la qualité du service de physiothérapie, démarche pratique d'implantation**, Mai 1987.
3. PRÉVOST, PAUL, **Le Diagnostic-intervention: Une Approche Systémique au Diagnostic Organisationnel et à la recherche-action**, LEER, 1983.
4. LANDRY, M., MALOUIN, J.L., **Doit-on concevoir ou analyser les problèmes complexes? Analyse des systèmes appliqués**, Angerwandte Systemanalyse Band 2/Heft 2, 1981, p.56-66.
5. AKTOUF, OMAR, **Le Management Entre Tradition et Renouveau**, Gaétan Morin éditeur, 1990.
6. PRÉVOST, PAUL, Op. cit.
7. CHECKLAND, P.B., **Systems Theory, Systems Practice**, Wiley 1981.
8. DONABEDIAN, A., **Exploration in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**, Health administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1980.
9. PINEAULT, R., DAVELUY, C., **La Planification de la Santé. Concepts, méthodes, stratégies**, Agence d'Arc Inc., Montréal, 1986.
10. GAUTHIER, B., **La Recherche-action: Chapitre 18 dans GAUTHIER, B., (dir), Recherche Sociale: de la Problématique à la Collecte des Données**, P.U.Q., Québec, 1987, pp. 453-468.
11. PRÉVOST, PAUL, Op. cit.
12. PRÉVOST, PAUL, Op. cit.
13. CHECKLAND, P.B., Op. cit., p. 279.

14. PRÉVOST, PAUL, Op. cit
15. PRÉVOST, PAUL, Op. cit.
16. MINTZBERG, HENRI, **Structure et Dynamique des Organisations**, Les Éditions d'Organisation, Paris, 1982.
17. MINTZBERG, HENRI, Op. cit.
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, **État de situation des services de physiothérapie en établissements**, Québec, 1987.
19. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, **Le Québec Statistique**, 59ième édition, Les Publications du Québec, Québec, 1989.
20. CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, **Bilan de Santé**, 1990.
21. MINTZBERG, H., Op. cit.
22. MINTZBERG, H., Op. cit.
23. SANTÉ ET BIEN ÊTRE SOCIAL, **Guide pour les Valeurs Unitaires en Physiothérapie**,
24. LAFLAMME, MARCEL, **Le Management: Approche Systémique**, Gaétan Morin éditeur, Chicoutimi, 1981.
25. MINTZBERG, H., Op. cit.
26. KÉLADA, JOSEPH, **Comprendre et réaliser la Qualité Totale**, Éditions Quafec, 1991.
27. HULME, J.B., BACH, B.W., LEWIS, J.W., **Communication Between Physicians and Physical Therapists**, Physical Therapy 68:26-31, 1988.
28. PRÉVOST, PAUL, Op. cit.
29. DOBRZYKOWSKI, E., **Proactive PT and High-Quality Care**, Clinical Management, Vol. 11, no. 3, mai/juin 1991.
30. CROSBY, P.B., **Quality Is Free**, New York, NY, New American Library, 1979.
31. EIGLIER, P., LANGEARD, E., **Servuction, le marketing des services**, McGraw-Hill, Paris, 1987.

32. NGUYEN, N., LEBLANC, G., **La gestion de la qualité dans les entreprises de service**, Gestion Novembre 1988, pages 23-29.
33. NGUYEN, N., MARCHESNAY, M., **L'utilisation des indices de qualité dans les services: le cas des agences de voyages**, Revue Internationale P.M.E., vol.3, no. 2, pages 231-248, 1990.
34. PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V.A., BERRY, L.L., **SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality**, Journal of Retailing, vol. 64, pages 12-40, printemps 1988.
35. GRONROOS, C., **A service Quality Model and its Marketing Implications**", European Journal of Marketing, vol. 18, no.4, pages 36-44, 1984.
36. LEBLANC, G., NGUYEN, N., **Customer's Perceptions of Service Quality in Financial Institutions**, The International Journal of Bank Marketing, vol.6, no.4, pages 7-18, 1988.
37. PARASURAMAN A., ZEITHAML, V.A., BERRY, L.L., **A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research**, Journal of Marketing, automne, vol. 49, no. 4, pages 41-50, 1985.
38. NGUYEN, N., **La Gestion du Personnel en Contact**, Gestion, novembre 1991.
39. MILAKOVICH, M., **Creating a total quality health care environment**, Health Care Management Review, 16 (2), pages 9-20, 1991.
40. PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V., BERRY, L., **Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality**, Journal of Marketing, Vol. 52, Avril 1988, pages 35-48.
41. PRÉVOST, PAUL, Op. cit.
42. CHECKLAND, P.B., **Using a Systems Approach. The Structure of root definitions**, Journal of Applied Systems Analysis, Vol. 5, No. 1, 1976.
43. TELMOSSE, ANDRÉ, (D'Andersen Conseil), dans **Les Consultants sont Divisés sur la Capacité des Entreprises à Relever le Défi de la Qualité**, Journal Les Affaires, 11 Septembre 1993.
44. COLLERETTE, P., DESLISLE, G., **Le Changement Planifié**, Éd. Agences d'Arc inc., Montréal, 1984, page 26.
45. WATERMAN, ROBERT, **Les Champions du renouveau**, p. 249, 1987.

46. PEMARTIN, D., **Réussir le Changement**, Les éditions E.S.F., 1987, page 85.

47. PARASURAMAN, A., et all, Op. cit.

48. SENGE, PETER M., **The Fifth Discipline. The Art and Practice of the Learning Organisation**, Doubleday currency, New York, 1990.

49. SENGE, PETER M., Op. cit.

BIBLIOGRAPHIE-LIVRES

AKTOUF, O.. Le management entre tradition et renouvellement, Gaétan Morin éditeur, 1990.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. Programme d'appréciation de la qualité du service de physiothérapie, démarche pratique d'implantation, Mai 1987.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. Programme d'appréciation de la qualité d'un service du centre hospitalier, Avril 1987.

BAILLARGEON, L., LAFLAMME, M.. La conversion à la qualité totale, Montréal, Collection PBS, 1992.

BEAUFILS, A., GUIOT, J.. Développer l'organisation: Perspectives sur le processus d'intervention, Boucherville, Gaétan Morin éditeur, 1989.

BEAUMIER, J.. La gestion de la qualité, une manière d'être, Ottawa, Éditions Cognitrix inc., 1990.

BERNILLON, A.. Planter et gérer la qualité totale, Paris, Les éditions d'organisation, 1988.

CARDIN, J.. L'accueil, miroir de l'entreprise, Montréal, Agence d'Arc, 1990.

CHECKLAND, P.B.. Systems theory, systems practice, Wiley, 1981.

COLLERETTE, P., DESLISLE, G.. Le changement planifié, Montréal, Les éditions Agence d'Arc inc. , 1984.

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE. Bilan de santé, 1990.

CROSBY, P.B.. Quality is free, New York, New American Library, 1979.

DONABEDIAN, A. Explorations in quality assesment and monitoring-Volume 1-The definition of quality and approaches to its assesment, Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, 1980.

EIGLIER, P., LANGEARD, E.. Servuction, le marketing des services, Paris, 1987.

GAUTHIER, B.. La recherche-action: Chapitre 18 dans Gauthier, B.. (dir), Recherche Sociale: de la problématique à la Collecte des données, P.U.Q., Québec, 1987, pp.453-468.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Le Québec statistiques, 59ième édition, Québec, Les publications du Québec, 1989.

GOYETTE, G., LESSARD-HÉBERT, M.. La recherche-action, ses fonctions, ses fondements et son instrumentation, Québec, Les presses de l'Université du Québec, 1987.

HARRINGTON, J.. Objectif qualité totale, traduction française de The Improvement Process, Montréal, Publications Transcontinental, 1991.

KAHN, J.. Gestion de la qualité dans les établissements de santé, Montréal, Agence d'Arc, 1987.

KÉLADA, JOSEPH. Comprendre et réaliser la Qualité Totale, Éditions Quafec, 1991.

LAFLAMME, M.. Le management: approche systémique, Gaétan Morin éditeur, Chicoutimi, 1981.

LEGAULT, G.. Réussir la qualité totale dans une entreprise de services, Montréal, Édition G. Vermette Inc, 1991.

MARTEL, R., LAROUCHE, F.. Le contrôle statistique de la qualité en milieu hospitalier, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1990.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, État de situation des services de physiothérapie en établissements, Québec, 1987.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La qualité des soins et services: un cadre conceptuel, Québec, 1993.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La politique de la santé et du bien-être, Québec, 1992.

MINTZBERG, H.. Structure et dynamique des organisations, Paris, Les éditions d'organisation, 1982.

PEMARTIN, D.. Réussir le changement, Les éditions ESF, 1987.

PÉRIGORD, M.. Réussir la qualité totale, Paris, Les éditions d'organisation, 1987.

PINEAULT, R., DAVELUY, C.. La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies, Montréal, Agence d'Arc, 1986.

PRÉVOST P.. Le diagnostic-intervention: Une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action, LEER, 1983.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. Guide pour les valeurs unitaires en physiothérapie,

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, Vers une évaluation de la qualité des soins en physiothérapie, Vol. 1 et 2, juin 1991.

SENGE, P.. The fifth discipline. The art and practice of the learning organisation, Doubleday currency, New York, 1990.

SÉRIEX, H.. Le zéro mépris, Paris, Inter éditions, 1989.

SHERKENBACH, W.. Management, la route de Deming, Economica, Paris, 1990.

WATERMAN, R.. Les champions du renouveau, 1987.

BIBLIOGRAPHIE-PÉRIODIQUES

AKTOUF, O.. "Mobilisation des personnes, management, et culture d'entreprise", Qualité totale, printemps 1992.

BROWN, S., SWARTZ, T.A.. "A gap analysis of professional service quality", Journal of marketing, Vol. 53, 92-98, avril 1989.

CHECKLAND, P.B.. "Using a systems approach. The structure of root definitions", Journal of applied systems analysis, Vol. 5, No. 1, 1976.

CODDINGTON, D.C., MOORE, K.D.. "Differentiation on the basis of quality care", Marketing-driven strategies in health care, Jossey-bass, 74-90, 1987.

COLLET, D., LANSIER, P., OLIVIER, D.. "Le tertiaire aujourd'hui (chapitre 1)", Objectif zéro défaut, Entreprise moderne d'Édition, 11-17, 1989.

COPPENRATH, R.. "La qualité totale ou les dix commandements pour y arriver", Le Québec industriel, 8-9, mars 1989.

COUPET, A.. "Le service à la clientèle: de la stratégie de marketing à la gestion de la qualité", Gestion, Vol. 15, No. 4, 27-36, novembre 1990.

COUPET, A.. "Qualité de service: pour une démarche intégrée et planifiée", Gestion, mai 1992.

DOBZYKOWSKI, E.. "Proactive PT and high-quality care", Clinical Management, Vol. 11, No. 3, mai/juin 1991.

FILIATRAULT, P.. "Le marketing interne: une mode ou un mode de gestion", Le banquier, 22-28, juillet-août 1989.

FILIATRAULT, P., DUCHARME, J., CHEBAT, J-C.. "Le service à la clientèle: une question d'attitude", Magazine Avenir, Vol. 4, No. 3, 12-14, avril 1990.

GRONROOS, C.. "A service quality model and its marketing implications", European journal of marketing, Vol. 18, No. 4, 36-44, 1984.

- HULME, J.B.. "Communication between physicians and physical therapists", Physical therapy, 68:26-31, 1988.
- HUNTER, W.C., O'NEIL, J.K., WALLEN, C.. "Doing more with less in the public sector", Quality progress, juillet 1987.
- KÉLADA, J.. "Qualité totale et gestion par extraction", Gestion, Vol.16, No.1, 42-49, février 1991.
- LANDRY, M., MALOUIN, J.L.. "Doit-on concevoir ou analyser les problèmes complexes? Analyse des systèmes appliqués", Angerwandte systemanalyse band, 2/heft 2, 56-66, 1981.
- LEBLANC, G., NGUYEN, N.. "Customer's perceptions of service quality in financial institutions", The international journal of bank marketing, Vol. 6, No. 4, 7-18, 1988.
- MILAKOVICH, M.. "Creating a total quality health care environnement", Health care management review, 16 (2), 9-20, 1991.
- NGUYEN, N., LEBLANC, G.. "La gestion de la qualité dans les entreprises de service", Gestion, 23-29, Novembre 1988.
- NGUYEN, N., MARCHESNAY, M.. "L'utilisation des indices de qualité dans les services: le cas des agences de voyages", Revue internationale PME, Vol. 3, No. 2, 231-248, 1990.
- NGUYEN, N.. "La gestion du personnel en contact", Gestion, Novembre 1991.
- NGUYEN, N.. "Les éléments d'information utilisés par le consommateur dans son processus d'évaluation d'un service", Revue internationale de gestion des PMO, Vol. 6, No. 1, 67-73, 1991.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V.A., BERRY, L.L.. "A conceptual model of service quality and its implications for future research", Journal of marketing, Vol. 49, No. 4, 41-50, automne 1985.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V.A., BERRY, L.L.. "Servqual: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality", Journal of retailing, Vol. 64, 12-40, printemps 1988.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V.A., BERRY, L.L.. "Communication and control processes in the delivery of service quality, Journal of marketing, Vol. 52, 35-48, avril 1988.

ROBERGE, R.. "Le réseau hospitalier du contrôle de la qualité à la gestion de la qualité", Qualité totale, 12,2: 11-14, 1991.

TELMOSSE, A. (d'Andersen Conseil), dans "Les consultants sont divisés sur la capacité des entreprises à relever le défi de la qualité", Journal les Affaires, 11 septembre 1993.

ANNEXE 1

Mandat

Élaboration d'un programme
d'appréciation de la qualité des soins
dans un service de physiothérapie

Juin 1991

MANDAT

ÉLABORATION D'UN PROGRAMME
D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SOINS
DANS UN SERVICE DE PHYSIOTHÉRAPIE

MANDAT

Le mandat consiste à élaborer un programme d'appréciation de la qualité des soins au service de Physiothérapie du Centre hospitalier de Val d'or dans le but d'assurer à la population desservie des soins de qualité optimale.

Ceci implique l'établissement d'un diagnostic organisationnel préalable de manière à connaître l'état de la situation, pour ensuite, intervenir directement auprès des membres afin d'introduire des changements pertinents à apporter et/ou à implanter. Ces changements devront obtenir un consensus des membres représentatifs du personnel du service. S'il y a lieu, l'étude devra voir à l'identification des sources de résistance au projet.

1. L'ORGANISATION

Le Centre hospitalier de Val d'Or est un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, entièrement subventionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il est en opération depuis 1950.

C'est un centre hospitalier de courte durée et de soins prolongés d'une capacité de 168 lits, situé en région éloignée des grands centres urbains du Québec. Sa vocation s'actualise par ses nombreux services et/ou départements, près de trente-sept (37) , dont les principaux sont: les services de médecine, d'obstétrique, de chirurgie, de pédiatrie, de soins prolongés, les services ambulatoires, etc..

Le service de physiothérapie quant à lui, existe depuis 1977 et a connu une forte croissance de ses activités depuis 1981. Il compte présentement une quinzaine d'employés qui ont pour mission de dispenser des soins physiothérapiques et de réadaptation à la clientèle desservie par le centre hospitalier. Les catégories d'employés sont des physiothérapeutes, des techniciens en réadaptation physique, des préposés et une secrétaire-réceptionniste.

Depuis plus d'un an, le Centre hospitalier s'est engagé dans une démarche d'implantation d'un programme d'appréciation de la qualité suite à la puissante incitation que constitue l'exigence de l'existence d'un tel programme par le Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux. Cet organisme national n'accordant un niveau d'accréditation maximum de trois ans, qu'aux établissements ayant implanté et activé un tel programme à tous les échellons de leur organisation.

2. LA PROBLÉMATIQUE

Le mandat qui nous est confié par la Direction des services professionnels et hospitaliers, suite au mandat reçu du conseil d'administration, s'inscrit donc dans une démarche globale. C'est celui de l'implantation d'un programme d'appréciation de la qualité dans un service de physiothérapie dont nous sommes le chef hiérarchique. Le chercheur-acteur, en accord avec l'organisation, désire implanter le dit programme, et est pleinement en accord avec les objectifs visés.

Cependant, les outils existants en ce qui concerne les services de physiothérapie, font peu appel à la participation active des employés impliqués et sont plutôt sous forme de "recettes toutes faites", que l'on est supposé appliquer quelque soit le contexte ou les situations. De plus ces programmes sont essentiellement orientés sur l'étude et l'amélioration des processus, prenant pour acquis que si les processus sont adéquats, les résultats le seront aussi. On évacue donc trop facilement le côté humain qui pourtant, dans notre cas, intervient tout au long du processus de production, et peut entraîner des résultats plus ou moins de qualité.

Avant d'aller plus loin, il nous apparaît important de définir ce que l'on entend par l'appréciation de la qualité:

"C'est l'ensemble des moyens mis en oeuvre pour évaluer de façon systématique la mission et les objectifs du service, la structure des ressources (humaines, matérielles, financières), la structure organisationnelle, les processus et les résultats imputables au service (soins et services fournis), en vue d'améliorer, de maintenir ou de corriger le niveau de qualité des soins ou services fournis."

C'est donc une remise en question complète des modes de fonctionnement du service en plus d'une recherche de moyens d'évaluer la qualité des résultats des activités du service.

Après plus d'un an de tâtonnements, de recherche et l'absence d'outils nous satisfaisant, nous désirons élaborer en collaboration étroite avec les membres du service, une méthode d'appréciation de la qualité complète et signifiante pour tous si possible. Cette élaboration se faisant à partir d'outils et connaissances déjà existants, mais étant susceptibles d'être bonifiés et adaptés par la démarche de recherche.

3. OBJECTIFS ET ATTENTES DU CLIENT

Le client a comme principal objectif l'élaboration et l'implantation d'un programme d'appréciation de la qualité dans le service de physiothérapie de manière à répondre aux exigences de l'agrément par le Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux.

De plus, les résultats engendrés par cette démarche, devraient favoriser l'utilisation optimale des ressources du service dans l'atteinte de sa mission et de ses objectifs. Ceci dans un contexte de ressources financières limitées de l'État, et d'une pénurie chronique de professionnels pour dispenser de tels soins, en région dite éloignée.

L'implication active des membres du service devrait favoriser l'établissement d'un climat organisationnel favorable à la rétention de ces ressources humaines rares.

Comme objectif ultime, le client vise l'amélioration de la qualité des soins et services dispensés à la clientèle, que ce soit au niveau quantitatif, qualitatif, coût et promptitude. Donc des soins de qualité optimale compte tenu des ressources du service.

4. MÉTHODOLOGIE

La recherche portant sur un système d'activités humaines, une situation complexe, et le chercheur étant à la fois acteur, il nous faut choisir une méthodologie qui utilise une démarche particulière, et qui soit en même temps scientifique de manière à ajouter au bagage de connaissances.

La démarche doit également s'appuyer sur une démarche systémique, c'est pourquoi nous privilégierons la méthodologie des systèmes souples de Peter B. Checkland. La recherche-action étant une méthode de recherche nous permettant de définir un problème conjointement avec les acteurs, et permettant justement l'implication du chercheur dans la recherche.

Cette démarche implique un changement en fournissant un support méthodologique pour passer de l'étude d'une situation à la modification de celle-ci. Elle est donc bien adaptée à notre problématique d'élaboration d'une méthode d'appréciation de la qualité, qui doit se baser sur un diagnostic préliminaire de l'organisation, de manière à élaborer une méthode adaptée et signifiante pour le personnel. De plus les différentes boucles de validation internes et externes assureront la participation active des différents acteurs tout au long du processus.

Cette méthodologie comprend les étapes suivantes:

1. Élaboration de la problématique (image riche);
2. Ancrage (point de vue);
3. Conceptualisation d'un modèle représentant la situation désirée;
4. Comparaison avec la situation réelle;
5. Identification des changements possibles et conception;
6. Élaboration d'une stratégie d'implantation et d'application des changements sélectionnés;
7. Évaluation et contrôle.

C'est cette méthodologie qui nous permettra d'appréhender la complexité de la réalité, et de notre projet.

La cueillette de données et d'informations se fera principalement par:

4.1 Des entrevues individuelles semi-dirigées

Ces entrevues se feront auprès d'au moins sept (7) employés oeuvrant dans le service; puis auprès du directeur adjoint des services professionnels et hospitaliers, du chef du département médical, ainsi que du chef de département d'orthopédie du Centre hospitalier d'Amos.

4.2 L'observation directe

La présence du chercheur comme intervenant et chef de service au service de physiothérapie pour environ 75% du temps jusqu'en août 1991, (étant également en même temps chef du service d'inhalothérapie), puis pour environ 10% du temps par la suite (ayant à assumer l'intérim du directeur adjoint aux services professionnels et hospitaliers) jusqu'à la fin de l'intervention en décembre 1991, en font un chercheur-acteur impliqué de très près dans le vécu quotidien du service.

La collecte de données ne s'en trouvera que facilitée même si le chercheur-acteur se doit alors de s'imposer une très grande rigueur intellectuelle pour ne pas biaiser consciemment ou non les données disponibles. Car sa vision des choses ne sera pas sans tinter particulièrement toute la démarche de recherche.

Nous devons alors nous en remettre obligatoirement au comité d'intervenants formé au printemps 1991 pour amoindrir ce biais consciemment ou non, et valider chacune des étapes du processus de recherche ainsi que les conclusions qui s'imposent.

4.3 Consultation de divers documents

Le chercheur a fait appel aux divers documents pertinents disponibles dans le service pour étayer ses propositions et ses dires.

4.4 Formation d'un comité d'intervenants

Selon nous la méthodologie commande la formation d'une équipe de travail composée de représentants des différents intervenants: deux (2) physiothérapeutes, deux (2) techniciens en réadaptation physique, une (1) préposée, une (1) secrétaire-réceptionniste et un (1) représentant de l'encadrement.

Cette équipe devra validée l'image riche présentée par le chercheur-acteur, ainsi que le modèle conceptuel et sera partie prenante principale à la recherche d'un consensus sur les orientations et/ou les changements à implanter.

5. SOURCES DE DONNÉES

- La direction des services professionnels et hospitaliers assure à l'intervenant l'accès à toute la documentation interne dont il aura besoin.
- Revue de littérature;
- Corporations professionnelles;
- Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux;
- Consultations auprès de d'autres services de physiothérapie;
- Consultations auprès de d'autres professions ou organismes sur leur façon d'apprécier la qualité.

6. CALENDRIER

Mai 1991	Début de l'expérimentation et rencontres.
Été 1991	En recherche et revue de littérature.
Juin 1991	Mandat signé et en cours de réalisation.
Novembre 1991	Dépôt de l'image riche.
Décembre 1991	Dépôt du modèle conceptuel et recommanda- tions.
Janvier 1991	Rédaction du rapport de recherche.
Mars 1992	Dépôt du rapport de recherche.

7. BUDGET

Support du client pour la documentation et le secrétariat.

Nécessitera plus ou moins trois (3) mois de congé.

Frais de corrections et secrétariat.

Frais de déplacement à Montréal (Corporation et Bibliothèque des sciences de la santé de l'Université de Montréal).

8. APPROBATION

Le mandant et le mandataire conviennent de respecter le contenu du mandat ci-près.

Signé à Val d'Or, le 30 juin 1991.

ORIGINAL SIGNÉ

Mandant
Gaétan Gratton
Directeur adjoint aux
services professionnels
et hospitaliers,
Centre hospitalier de
Val d'Or

Mandataire
Michel Dessureault
Intervenant

ANNEXE 2

Canevas d'entrevue

CANEVAS D'ENTREVUE

1. Thèmes reliés à la tâche et à l'organisation

- Les tâches à effectuer et la description de tâches.
- La répartition du personnel entre les différents secteurs de soins.
- Les horaires de travail.
- Quels sont les objectifs du service?
- Fait-on beaucoup d'erreurs dans le service?
- Y a-t-il suffisamment de réunions de service?
- Prise de décisions - quand et où avez-vous un pouvoir de décision?
- Y a-t-il suffisamment d'équipements pour travailler?
- La formation intra- et extra-service est-elle adéquate et suffisante?
- La consultation entre les membres du personnel est-elle facile? Les références?
- Qu'est ce qui pourrait être améliorer dans notre organisation?
- Sommes-nous bien organisés? La participation de chacun?
- Y a-t-il suffisamment de ressources matérielles, humaines et techniques?

2. Thèmes reliés à la satisfaction du travail

- Aimez-vous ce que vous faites?
- Vous sentez-vous autonome?
- Qu'est-ce qui est stimulant?
- Quelles sont les contraintes à effectuer le travail?
- Êtes-vous satisfait de votre travail?
- Avez-vous envisager d'aller travailler ailleurs? Pourquoi?
- Reconnaissance de votre travail par d'autres?
- L'appréciation du rendement est-ce que vous trouvez ça important? Devrions nous la faire plus souvent?
- Le rapport sur le rendement quantitatif (statistique) est-il utile selon vous?
Y a-t-il d'autres façons de faire?

3. Thèmes reliés à l'appréciation de la qualité

- Si vous aviez à évaluer les soins du service, comment les qualifieriez-vous?
- Trouvez-vous que nous faisons déjà de la qualité?
Comment la mesurer?
- L'appréciation de la qualité, comment est-ce que vous voyez ça?
- Qu'est-ce qui influence la qualité des soins dans le service?

- Comment peut-t-on améliorer la qualité des soins dans le service?
- L'accueil de stagiaires et internes est-elle une bonne chose?
- La liste d'attente vous inquiète-t-elle?

4. Thèmes reliés au climat organisationnel

- Êtes-vous bien informé, sur ce qui se passe dans le service, le centre hospitalier?
- Qui sont les personnes clés du service?
- Quand vous soulevez un problème, avez-vous l'impression d'être écouté? Avez-vous assez de rétroaction?
- Trouvez-vous que ça va bien dans le service? Dans le C.H.?
- Quelles sont vos relations avec les autres employés et intervenants dans le centre hospitalier?
- Comment qualifieriez-vous le climat du service?
- Quelles sont vos attentes de la présente intervention?
- Votre vision du service idéal?

ANNEXE 3

Normes et critères de qualité

Conseil Canadien d'agrément des établissements
de santé

SECTEUR I RAISON D'ÊTRE, BUTS ET OBJECTIFS

La raison d'être, les buts et les objectifs du Service de réadaptation et de chacune de ses disciplines sont clairement définis.

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

1. La raison d'être du Service de réadaptation est énoncée par écrit.

SO 1 2 3 4

SO 1 2 3 4

1.1 La raison d'être :

- précise la raison pour laquelle le Service de réadaptation existe;
- reflète la philosophie des soins;
- est conforme à la mission de l'établissement.

2. Le Service de réadaptation dispose d'une description écrite des principales fonctions de ses disciplines.

SO 1 2 3 4

SO 1 2 3 4

Les disciplines peuvent comprendre :

- la physiothérapie;
- l'ergothérapie;
- l'audiologie et l'orthophonie;
- la podiatrie;
- la fabrication de chaussures orthopédiques;
- l'orthétique;
- le prothétique;
- la kinésithérapie;
- la thérapie par les loisirs;
- les activités récréatives;
- la musicothérapie;
- la médecine physique.

3. Les buts et les objectifs sont énoncés par écrit.

SO 1 2 3 4

SO 1 2 3 4

3.1 Les buts :

- sont conformes aux buts de l'établissement et y concourent;
- précisent ce que le Service de réadaptation et chaque discipline entendent réaliser, compte tenu des besoins du bénéficiaire;
- sont conformes à la raison d'être du Service de réadaptation et de chaque discipline;
- sont de deux ordres : les buts généraux du Service de réadaptation et les buts propres à chaque discipline;
- respectent les buts d'autres services et y sont intégrés.

SERVICE DE READAPTATION (READ.)

SECTEUR I RAISON D'ÊTRE, BUTS ET OBJECTIFS

3.2 Les objectifs :

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

- constituent les mesures qui sont prises pour atteindre les buts fixés;
- englobent des plans d'action où sont identifiés les responsables;
- sont de deux ordres : les objectifs généraux du Service de réadaptation et les objectifs propres à chaque discipline;
- sont assortis de délais (début et fin des activités);
- sont réalistes et mesurables;
- sont établis annuellement;
- sont évalués afin de constater dans quelle mesure ils ont été atteints.

*4. La raison d'être, les buts et les objectifs sont compatibles avec les normes professionnelles ou les directives régissant la pratique.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

5. L'élaboration de la raison d'être, des buts et des objectifs du Service de réadaptation et de ses disciplines est un exercice auquel participent toutes les catégories de personnel, de même que les autres services concernés.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

Les moyens empruntés pour susciter la participation du personnel et des autres services concernés peuvent englober :

- des comités;
- des discussions de groupe;
- des réunions de service.

*6. La raison d'être, les buts et les objectifs sont approuvés, signés et datés par le supérieur du Service de réadaptation.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

Le titre du supérieur du Service de réadaptation est :

SECTEUR I RAISON D'ÊTRE, BUTS ET OBJECTIFS

Préciser la date de la dernière approbation :

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

de la raison d'être _____

des buts _____

des objectifs _____

7. La raison d'être, les buts et les objectifs sont communiqués à tout le personnel du service, de même qu'aux autres services concernés.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

Les moyens de communication peuvent englober :

- des programmes d'orientation;
- des comités;
- des manuels;
- des notes de service;
- des réunions de service.

- *8. La raison d'être et les buts sont révisés au moins tous les trois ans et font mention de la date de révision.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- 8.1 La raison d'être et les buts sont révisés lorsqu'il y a un changement important concernant :

- la mission, les buts et les objectifs de l'établissement;
- le responsable du Service de réadaptation ou de ses disciplines;
- les responsabilités en matière de formation et de recherche;
- les méthodes de prestation des soins;
- l'organisation du service ou de l'établissement;
- les normes professionnelles;
- les lois et les règlements pertinents;
- le rôle du Service de réadaptation ou de ses disciplines;
- les programmes ou les services;
- les modes de dotation;
- le plan stratégique;
- la technologie;
- les ressources disponibles.

SERVICE DE RÉADAPTATION (RÉAD.)

SECTEUR I

RAISON D'ÊTRE, BUTS ET OBJECTIFS

Préciser la date de la dernière révision :

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

de la raison d'être _____

des buts _____

NIVEAU GLOBAL DE CONFORMITÉ

so	1	2	3	4
----	---	---	---	---

so	1	2	3	4
----	---	---	---	---

SECTEUR II

ORGANISATION ET DIRECTION

Le Service de réadaptation et ses disciplines sont organisés de façon à permettre la réalisation de la mission de l'établissement et sont dirigés par des personnes possédant la formation et la compétence requises.

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

*1. L'organisation et la structure hiérarchique du service sont précisées dans un organigramme.

80 1 2 3 4

80 1 2 3 4

1.1 L'organigramme est mis à la disposition de tout le personnel.

*2. L'organisation du service est revue au moins tous les trois ans, et l'organigramme est révisé et fait mention de la date de révision.

80 1 2 3 4

80 1 2 3 4

2.1 L'organisation du service est revue et l'organigramme est révisé lorsqu'il y a un changement important concernant :

- l'organisation du service ou de l'établissement;
- la structure hiérarchique;
- la raison d'être, les principales fonctions ou les buts;
- les modes de dotation en personnel.

Préciser la date de la dernière révision :

3. Des structures et des mécanismes sont institués afin de faciliter, tant à l'intérieur du Service de réadaptation qu'avec le bénéficiaire et sa famille, les autres services de l'établissement et les organismes communautaires, la communication et la résolution de problèmes.

80 1 2 3 4

80 1 2 3 4

Les structures et les mécanismes pour faciliter la communication et la résolution de problèmes peuvent englober :

- une structure hiérarchique définie;
- des comités;
- des réunions de service;
- des systèmes d'information de gestion;
- des rencontres interdisciplinaires;
- des communiqués, des bulletins ou un guide à l'intention du bénéficiaire, ainsi que des sondages auprès des bénéficiaires;

SECTEUR II ORGANISATION ET DIRECTION

- des regroupements de bénéficiaires;
- des rencontres entre le personnel, le bénéficiaire et sa famille;
- des rencontres avec les organismes communautaires.

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

4. Il existe des mécanismes permettant au Service de réadaptation de participer à la planification, à la prise de décisions et à la formulation des politiques qui le concernent.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

Les modes de représentation peuvent englober :

- la nomination de représentants au sein des comités ou des groupes de travail, ou toute autre forme de participation;
- les rapports;
- les exposés.

Le Service de réadaptation peut participer aux activités générales de l'établissement, comprenant entre autres :

- l'établissement des budgets (de fonctionnement et d'immobilisation);
- le choix et l'évaluation des produits;
- la planification des programmes;
- le recyclage et la gestion des rebuts;
- la planification de l'aménagement physique de l'établissement;
- les mesures d'urgence et de désastre;
- la formation;
- l'éthique;
- la planification des ressources humaines;
- la santé et la sécurité du travail;
- l'appréciation de la qualité;
- la recherche;
- la gestion des risques;
- la planification stratégique;
- la revue de l'utilisation des ressources.

- *5. Le service dispose de descriptions de fonction propres à chaque catégorie de personnel.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

Les descriptions de fonction peuvent comprendre :

- la description sommaire du poste;
- la nature et la portée de la fonction;
- les tâches et les attributions;

SECTEUR II

ORGANISATION ET DIRECTION

- les responsabilités générales et particulières;
- les compétences requises.

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

*6. Les descriptions de fonction sont révisées au moins tous les trois ans et font mention de la date de révision.

so	1	2	3	4
----	---	---	---	---

so	1	2	3	4
----	---	---	---	---

6.1 Les descriptions de fonction sont révisées lorsqu'il y a un changement important concernant :

- la nature et la portée de la fonction;
- les tâches et les attributions;
- les responsabilités générales et particulières;
- les compétences requises.

7. La direction du Service de réadaptation est assurée par une personne qui, de par sa formation et son expérience, possède les compétences requises.

so	1	2	3	4
----	---	---	---	---

so	1	2	3	4
----	---	---	---	---

7.1 La formation et l'expérience du responsable du Service de réadaptation comprennent :

- un diplôme universitaire dans la discipline appropriée, à savoir en physiothérapie, en ergothérapie, en orthophonie, en audiologie ou en médecine;
- la formation ou l'expérience en gestion.

7.2 Les pouvoirs et obligations du responsable du Service de réadaptation sont clairement définis.

7.3 Les fonctions et obligations comprennent :

- la tâche de veiller à l'élaboration de la raison d'être du Service de réadaptation;
- la tâche de veiller à l'élaboration d'une description des principales fonctions du Service de réadaptation;
- la tâche de veiller à l'établissement de buts et d'objectifs pour le Service de réadaptation;
- l'établissement de normes de soins;
- la tâche de veiller à l'élaboration et à l'application de politiques et de procédures pour le Service de réadaptation;
- l'élaboration et la gestion du budget du Service de réadaptation en conformité avec les politiques et les procédures de l'établissement;

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

- la tâche de veiller à l'élaboration d'un plan de ressources humaines propre au Service de réadaptation comprenant des proportions appropriées de professionnels, de techniciens et de personnel de soutien afin de répondre aux besoins des bénéficiaires desservis;
- la participation, avec les responsables des disciplines, à la sélection, l'affectation, la promotion, la mutation et la cessation d'emploi du personnel en conformité avec les politiques et les procédures de l'établissement;
- la tâche de veiller à ce que l'évaluation périodique par écrit du rendement du personnel par le responsable de chaque discipline soit faite;
- l'examen des descriptions de fonction et la recommandation d'une révision;
- la direction ou l'encadrement des activités relatives à l'appréciation de la qualité, à la revue de l'utilisation des ressources, à la gestion des risques et à la santé et la sécurité du travail;
- la tâche de veiller à ce que l'examen des titres du personnel concerné soit effectué;
- la tâche de veiller à ce que l'orientation, le perfectionnement et la formation continue du personnel aient lieu;
- la délégation des responsabilités cliniques et administratives;
- la tâche de faciliter la communication et les relations publiques entre les disciplines du Service de réadaptation, les autres services de l'établissement et la communauté;
- la tâche de veiller à la formation des stagiaires;
- la promotion des activités de recherche;
- la tâche de veiller à ce que l'information concernant le bénéficiaire obtenue par le personnel du service soit communiquée, dans les délais prescrits, aux membres concernés de l'équipe de soins;
- la tâche de veiller à la liaison, à la coopération et à la coordination entre les services et les programmes offerts, les organismes communautaires et les autres prestataires de soins de santé.

7.4 La formation et l'expérience du responsable du sous-service de physiothérapie comprennent :

- le permis d'exercice en physiothérapie;
- la formation ou l'expérience en gestion.

SECTEUR II ORGANISATION ET DIRECTION

7.5 Les fonctions et obligations du responsable du sous-service de physiothérapie comprennent :

- l'établissement de normes de soins;
- l'établissement de buts et d'objectifs;
- l'élaboration et l'application de politiques et de procédures;
- la tâche de veiller à la sélection, l'affectation, la promotion et la cessation d'emploi du personnel;
- la planification, la coordination, la supervision et l'évaluation des activités du personnel;
- l'élaboration et la gestion du budget du sous-service en conformité avec les politiques et les procédures de l'établissement;
- la révision des descriptions de fonction;
- l'évaluation du rendement du personnel;
- la direction ou l'encadrement des activités relatives à l'appréciation de la qualité, à la revue de l'utilisation des ressources, à la gestion des risques et à la santé et la sécurité du travail;
- l'examen des titres du personnel concerné;
- la tâche de veiller à la mise en oeuvre d'un plan d'intervention pour chacun des bénéficiaires;
- l'orientation, le perfectionnement et la formation continue du personnel;
- la tâche de veiller à ce que l'information concernant le bénéficiaire obtenue par le personnel du sous-service soit communiquée, dans les délais prescrits, aux membres concernés de l'équipe de soins.

7.6 La formation et l'expérience du responsable du sous-service d'ergothérapie comprennent :

- le permis d'exercice en ergothérapie, le cas échéant;
- la formation ou l'expérience en gestion.

7.7 Les fonctions et obligations du responsable du sous-service d'ergothérapie comprennent :

- l'établissement de normes de soins;
- l'établissement de buts et d'objectifs;
- l'élaboration et l'application de politiques et de procédures;
- la tâche de veiller à la sélection, l'affectation, la promotion et la cessation d'emploi du personnel;
- la planification, la coordination, la supervision et l'évaluation des activités du personnel;

VISITEUR

SECTEUR II ORGANISATION ET DIRECTION

- | | ÉTABLISSEMENT | VISITEUR |
|---|---------------|----------|
| <ul style="list-style-type: none"> • l'élaboration et la gestion du budget du sous-service en conformité avec les politiques et les procédures de l'établissement; • la révision des descriptions de fonction; • l'évaluation du rendement du personnel; • la direction ou l'encadrement des activités relatives à l'appréciation de la qualité, à la revue de l'utilisation des ressources, à la gestion des risques et la santé et la sécurité du travail; • l'examen des titres du personnel concerné; • la tâche de veiller à la mise en oeuvre d'un plan d'intervention pour chacun des bénéficiaires; • l'orientation, le perfectionnement et la formation continue du personnel; • la tâche de veiller à ce que l'information concernant le bénéficiaire obtenue par le personnel du sous-service soit communiquée, dans les délais prescrits, aux membres concernés de l'équipe de soins. | | |
| 7.8 La formation et l'expérience du responsable du sous-service d'orthophonie et d'audiologie comprennent : | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • le permis d'exercice en orthophonie ou en audiologie, le cas échéant; • la formation ou l'expérience en gestion. | | |
| 7.9 Les fonctions et obligations du responsable du sous-service d'orthophonie et d'audiologie comprennent : | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • l'établissement de normes de soins; • l'établissement de buts et d'objectifs; • l'élaboration et l'application de politiques et de procédures; • la tâche de veiller à la sélection, l'affectation, la promotion et la cessation d'emploi du personnel; • la planification, la coordination, la supervision et l'évaluation des activités du personnel; • l'élaboration et la gestion du budget du sous-service en conformité avec les politiques et les procédures de l'établissement; • la révision des descriptions de fonction; • l'évaluation du rendement du personnel; • la direction ou l'encadrement des activités relatives à l'appréciation de la qualité, à la revue de l'utilisation des ressources, à la gestion des risques et à la santé et la sécurité du travail; • l'examen des titres du personnel concerné; | | |

SECTEUR II ORGANISATION ET DIRECTION

- la tâche de veiller à la mise en oeuvre d'un plan d'intervention pour chacun des bénéficiaires;
- l'orientation, le perfectionnement et la formation continue du personnel;
- la tâche de veiller à ce que l'information concernant le bénéficiaire obtenue par le personnel du sous-service soit communiquée, dans les délais prescrits, aux membres concernés de l'équipe de soins.

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

NIVEAU GLOBAL DE CONFORMITÉ

so	1	2	3	4
----	---	---	---	---

so	1	2	3	4
----	---	---	---	---

SERVICE DE RÉADAPTATION (READ.)

SECTEUR III

POLITIQUES ET PROCÉDURES

Le Service de réadaptation et chaque disciplines disposent de politiques et de procédures écrites, en vigueur, qui sont conformes aux politiques générales de l'établissement.

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

(Certaines politiques et procédures n'existent qu'à l'échelle de l'établissement; d'autres sont propres au service).

1. Les politiques ou les procédures écrites, en vigueur, qui sont relatives à l'organisation et à la gestion des services concernent :

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- l'acheminement, la prise en charge et le départ du bénéficiaire;
- l'appréciation de la qualité;
- la gestion des risques;
- la revue de l'utilisation des ressources;
- la mise en place d'un mécanisme pour les listes d'attente;
- l'horaire du personnel;
- l'inventaire du matériel et des fournitures;
- la facturation du bénéficiaire, le cas échéant;
- les formules de consentement.

2. Les politiques ou les procédures écrites, en vigueur, qui sont relatives aux activités cliniques ou non cliniques du service concernent :

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- l'accueil du bénéficiaire et de sa famille dans le service et l'information sur les politiques et procédures pertinentes;
- les fonctions supplémentaires;
- les interventions en cas de crise;
- la formation des stagiaires;
- la supervision des stagiaires;
- la recherche.

3. Les politiques ou les procédures écrites, en vigueur, qui sont relatives aux questions d'éthique concernent :

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- l'arrêt du traitement;
- l'adhésion au code de déontologie.

SECTEUR III POLITIQUES ET PROCÉDURES

	ÉTABLISSEMENT	VISITEUR
4. Les politiques ou les procédures écrites, en vigueur, qui sont relatives à la documentation concernent :	so 1 2 3 4	so 1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none"> • les inscriptions portées au dossier du bénéficiaire; • les rapports médico-légaux; • les communications avec la famille et les organismes de l'extérieur; • l'enregistrement de toutes les vérifications de calibrage réalisées sur les appareils. 		
5. Les politiques ou les procédures écrites, en vigueur, qui sont relatives à la sécurité concernent :	so 1 2 3 4	so 1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none"> • la gestion de la sécurité du bénéficiaire; • les rapports d'incident; • le calibrage des appareils conformément aux lois ou aux règlements gouvernementaux; • le programme d'entretien préventif pour tout le matériel; • la planification en vue de désastres internes et externes; • le système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT); • le contrôle et la prévention des infections. 		
6. Les politiques ou les procédures écrites, en vigueur, qui sont relatives à l'orientation, au perfectionnement et à la formation continue du personnel concernent :	so 1 2 3 4	so 1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none"> • les programmes obligatoires; • les méthodes d'évaluation; • les systèmes d'enregistrement des présences. 		
*7. Les politiques et les procédures sont conformes aux politiques et procédures générales de l'établissement.	so 1 2 3 4	so 1 2 3 4
8. Les politiques et les procédures sont élaborées de concert avec le personnel du Service de réadaptation, les représentants de la direction générale, de même qu'avec les autres ressources ou services concernés, tant internes qu'externes.	so 1 2 3 4	so 1 2 3 4

SECTEUR III POLITIQUES ET PROCÉDURES

Les mécanismes de collaboration peuvent englober :

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

- des comités;
- des réunions de service;
- des communications interdisciplinaires;
- des consultations auprès d'organismes de l'extérieur.

*9. Les politiques sont approuvées et datées par l'autorité compétente, selon les exigences de l'établissement.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

L'autorité compétente peut être :

- le responsable du service;
- le supérieur du Service de réadaptation;
- un comité.

10. Les politiques et procédures, tant nouvelles que révisées, sont communiquées au personnel et sont disponibles à des fins de référence.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

10.1 Les politiques et les procédures pertinentes sont communiquées au bénéficiaire et à sa famille.

Les mécanismes empruntés pour communiquer les politiques et les procédures au personnel, au bénéficiaire et à sa famille peuvent englober :

- les comités;
- les programmes de formation;
- les notes de service;
- les bulletins;
- les manuels de politiques et de procédures;
- les réunions de service;
- les communiqués, les bulletins ou le guide à l'intention du bénéficiaire;
- les rencontres entre le personnel, le bénéficiaire et sa famille.

11. Il y a conformité aux politiques et procédures.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

SECTEUR III POLITIQUES ET PROCÉDURES

11.1 Selon toute évidence, le personnel du Service de réadaptation se conforme :

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

- à ses propres politiques et procédures;
- aux politiques et procédures de l'établissement;
- aux politiques et procédures pertinentes des autres services.

La conformité peut être confirmée au moyen :

- de vérifications;
- de l'examen des plaintes et des commentaires positifs;
- de rapports d'incident ou d'accident;
- d'entrevues;
- d'observations;
- de sondages.

*12. Les politiques et les procédures sont révisées au moins tous les trois ans et font mention de la date de révision.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

12.1 Les politiques et les procédures sont révisées lorsqu'il y a un changement important concernant :

- la raison d'être, les principales fonctions, les buts et les objectifs;
- le responsable du Service de réadaptation ou des disciplines;
- les responsabilités en matière de recherche et de formation;
- les méthodes de prestation des soins;
- l'organisation du service ou de l'établissement;
- les normes de pratique professionnelle;
- les lois et les règlements pertinents;
- le rôle du Service de réadaptation ou des disciplines;
- les programmes ou les services;
- les modes de dotation;
- le plan stratégique;
- la technologie;
- les ressources disponibles.

NIVEAU GLOBAL DE CONFORMITÉ

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

SERVICE DE RÉADAPTATION (RÉAD.)

SECTEUR IV

RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES

Les ressources humaines et matérielles permettent d'atteindre les buts et les objectifs du Service de réadaptation et de ses disciplines.

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

1. La dotation en personnel est établie en fonction des besoins découlant des buts et des objectifs du Service de réadaptation et de ses disciplines qui ont été approuvés et de l'aide apportée aux autres services ou obtenue d'eux.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- 1.1 Des mécanismes sont établis afin d'évaluer la charge de travail et de déterminer si le service dispose d'un personnel suffisant et approprié pour y répondre.

Les mécanismes peuvent comprendre :

- une évaluation des besoins du bénéficiaire;
- une étude des statistiques et des tendances;
- une étude de cas par échantillonnage et selon leur gravité;
- des systèmes d'évaluation de la charge de travail;
- des listes d'attente.

2. Le personnel du Service de réadaptation possède les connaissances, les aptitudes et l'expérience nécessaires pour répondre aux besoins des bénéficiaires desservis.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

3. Le rendement du personnel est évalué à la fin de la période de probation et une fois par année par la suite, ou au rythme établi par l'établissement.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- 3.1 Des critères sont établis pour l'évaluation du personnel.

Les critères peuvent comprendre :

- la contribution faite à l'équipe interdisciplinaire;
- l'atteinte des objectifs;
- le respect de la description de fonction;
- le respect des politiques et des procédures;
- le respect des normes professionnelles ou des directives régissant la pratique;
- les activités de perfectionnement professionnel;
- le relevé des activités de formation;
- le relevé des présences.

SECTEUR IV RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES

- 3.2 Des mécanismes sont établis pour l'évaluation du **ÉTABLISSEMENT** personnel.

Les mécanismes peuvent comprendre :

- l'auto-évaluation;
- l'évaluation du rendement par le supérieur;
- l'évaluation par les pairs.

- 3.3 Une fois terminée, l'évaluation du rendement est signée, révisée et conservée selon les exigences de l'établissement.

4. Les locaux mis à la disposition du Service de réadaptation lui permettent de mener à bien ses principales fonctions et sont conformes aux normes de sécurité.

50	1	2	3	4
----	---	---	---	---

50	1	2	3	4
----	---	---	---	---

5. Le matériel et les fournitures du Service de réadaptation lui permettent de mener à bien ses principales fonctions et sont conformes aux normes de sécurité.

50	1	2	3	4
----	---	---	---	---

50	1	2	3	4
----	---	---	---	---

- 5.1 Le personnel du Service de réadaptation établit des critères et des mécanismes pour le choix et l'évaluation du matériel et des fournitures.

Les critères peuvent comprendre :

- l'appréciation par les bénéficiaires;
- l'analyse coût-efficacité;
- la simplicité et la sécurité d'exploitation ou d'utilisation;
- les contrôles internes et externes de qualité;
- la formation et les services offerts par le fournisseur;
- les normes de santé et de sécurité du travail;
- l'effet sur l'environnement;
- la compatibilité avec l'équipement en place;
- les spécifications;
- l'impact sur la région;
- l'entretien préventif.

Les mécanismes peuvent comprendre :

- l'inspection biomédicale;
- les commentaires des usagers, du personnel clinique concerné ou d'autres catégories de personnel;
- les commentaires de consultants;

SERVICE DE RÉADAPTATION (RÉAD.)

SECTEUR IV

RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES

- l'analyse des besoins;
- l'analyse de la documentation;
- les périodes d'essai;
- les commentaires des bénéficiaires.

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

- *6. Les locaux, le matériel et les fournitures sont conformes aux directives et règlements pertinents.

so 1 2 3 4

- 6.1 Les règlements et directives concernant les locaux, le matériel et les fournitures du Service de réadaptation et de ses disciplines sont ceux :

- de l'établissement;
- de l'Association canadienne de normalisation;
- des organismes gouvernementaux de réglementation.

7. Des systèmes formels d'information de gestion permettent de mener à bien les buts et les objectifs du service.

so 1 2 3 4

Les systèmes formels d'information de gestion peuvent comprendre :

- les manuels;
- les systèmes de rapport à la direction générale;
- les modes de gestion financière;
- les modalités d'exploitation;
- les modes de gestion de la qualité;
- les modalités de contrôle externe.

NIVEAU GLOBAL DE CONFORMITÉ

so 1 2 3 4

SECTEUR V ORIENTATION, PERFECTIONNEMENT ET FORMATION CONTINUE

Des programmes d'orientation, de perfectionnement et de formation continue sont offerts à tout le personnel du Service de réadaptation. ÉTABLISSEMENT

YASIFUR

1. Un programme d'orientation initie le personnel à l'établissement et au Service de réadaptation. so 1 2 3 4

- 1.1 L'orientation dans l'établissement et dans le service est documentée.

Le programme d'orientation du service peut comprendre :

- la raison d'être, les principales fonctions, les buts et les objectifs;
- les normes de soins;
- l'organigramme du Service de réadaptation;
- les descriptions de fonction;
- les attentes face au rendement;
- les politiques et les procédures;
- les plans en cas de désastres internes ou externes;
- les exigences en matière d'appréciation de la qualité, de revue de l'utilisation des ressources, de gestion des risques et de santé et sécurité du travail;
- le programme de prévention des accidents;
- les lois et les règlements pertinents;
- l'organisation physique du service.

- 1.2 Le personnel participe aux programmes d'orientation dans les délais prescrits et sa participation est consignée dans son dossier.

2. Il existe un programme de perfectionnement à l'intention du personnel du Service de réadaptation.

- 2.1 Au moyen du programme de perfectionnement, le personnel acquiert les connaissances et les aptitudes requises pour bien s'acquitter des fonctions de son poste, ainsi que des nouvelles exigences qui peuvent s'y greffer.

- 2.2 Le programme de perfectionnement porte sur les politiques et les procédures en vigueur, de même que sur les besoins découlant :

- de l'évaluation des besoins;
- des évaluations du rendement;
- des activités d'appréciation de la qualité;

SERVICE DE RÉADAPTATION (RÉAD.)

SECTEUR V ORIENTATION, PERFECTIONNEMENT ET FORMATION CONTINUE

- des activités relatives à la revue de l'utilisation des ressources;
- des activités relatives à la gestion des risques;
- des activités relatives à la santé et la sécurité du travail;
- de l'évolution de la technologie;
- des modifications à la structure organisationnelle;
- des nouvelles orientations du service ou des disciplines;
- de changements aux normes professionnelles;
- des lois;
- des activités de recherche;
- des sondages auprès des bénéficiaires et des familles.

2.3 La participation du personnel à des activités de perfectionnement est consignée dans son dossier.

3. Il existe un programme de formation continue à l'intention du personnel du Service de réadaptation.

so 1 2 3 4

3.1 Le programme de formation continue permet le maintien et la mise à jour des connaissances professionnelles du personnel selon l'évolution de l'exercice de sa profession.

Le programme peut comprendre :

- la participation à des réunions ou des séminaires pertinents à la fonction du Service de réadaptation et de ses disciplines;
- la possibilité pour le personnel de participer à l'identification de ses besoins en perfectionnement;
- la possibilité pour le personnel de participer à la planification des programmes de formation continue;
- la possibilité pour le personnel de participer à des activités de recherche;
- la possibilité pour le personnel de consulter la documentation pertinente à l'exercice de sa profession;
- la participation à des associations et à des activités professionnelles;
- la participation à des programmes d'autoperfectionnement;
- la participation à des conférences téléphoniques;
- le plan de carrière.

3.2 La participation du personnel à des activités de formation continue est consignée dans son dossier.

VISITEUR

229

VISTEUR

SO	1	2	3	4
----	---	---	---	---

SO	1	2	3	4
----	---	---	---	---

SO	1	2	3	4
----	---	---	---	---

5	1	2	3	4
---	---	---	---	---

SECTEUR VI SOINS AU BÉNÉFICIAIRE

Les besoins particuliers du bénéficiaire en matière de soins de réadaptation sont déterminés et les soins sont planifiés, prodigués et évalués à la lumière des besoins identifiés, des préférences et des souhaits exprimés par le bénéficiaire, des normes établies et des buts du service.

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

1. Des normes écrites en matière de soins sont adoptées par le Service de réadaptation.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- 1.1 Les normes de soins sont :

- fondées sur les normes professionnelles pertinentes;
- élaborées au sein du service ou par les praticiens d'une discipline;
- mises à la disposition du personnel du service et des praticiens concernés des autres disciplines.

- *2. Les normes de soins sont révisées régulièrement et font mention de la date de révision.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- 2.1 Les normes de soins sont révisées lorsqu'il y a un changement important concernant :

- les statistiques et les tendances;
- l'évaluation des catégories de diagnostics par rapport à une échelle de gravité;
- les méthodes de prestation de soins;
- les normes professionnelles;
- la technologie.

Préciser la fréquence des révisions :

3. Le service préconise l'approche interdisciplinaire aux soins.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

Les mécanismes qui appuient l'approche interdisciplinaire peuvent englober :

- les évaluations interdisciplinaires à la pré-admission, s'il y a lieu;
- les évaluations au moment de l'admission;
- les inscriptions au dossier, la planification et l'évaluation des soins par l'équipe interdisciplinaire;

- les activités d'appréciation de la qualité menées par l'équipe interdisciplinaire;
- les rencontres entre le personnel, le bénéficiaire et sa famille;
- les rencontres de l'équipe;
- la formation interdisciplinaire du personnel.

VISITEUR

- | | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 50 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|---|---|---|---|

- la collecte et l'analyse de données;
- l'identification des problèmes reliés aux soins;
- la planification et la mise en oeuvre des interventions;
- l'évaluation du processus de prestation de soins, de même que des résultats.

- | | | | | |
|----|---|---|---|---|
| SO | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|---|---|---|---|

- de l'évaluation des besoins du bénéficiaire;
- du choix du bénéficiaire quant aux traitements ou aux soins;
- des préférences et des souhaits exprimés par le bénéficiaire et sa famille;
- des normes de soins;
- du diagnostic des praticiens de chaque discipline;
- de la nécessité de recourir à des ressources communautaires, dans la mesure où elles existent.

- 50 1 2 3 4

- 6.1 Les révisions du plan d'intervention démontrent la collaboration des praticiens de chaque discipline, le cas échéant.

SERVICE DE RÉADAPTATION (READ.)

SECTEUR VI SOINS AU BÉNÉFICIAIRE

7. Les soins donnés au bénéficiaire sont consignés dans le dossier afin d'en assurer la continuité et l'évaluation permanente et de faciliter la planification du départ.

ÉTABLISSEMENT

so	1	2	3	4
----	---	---	---	---

VISITEUR

so	1	2	3	4
----	---	---	---	---

- 7.1 Les renseignements portés dans le dossier du bénéficiaire reflètent le plan d'intervention et comprennent :

- l'attestation écrite de l'acheminement du bénéficiaire par un médecin, le cas échéant;
- l'évaluation du bénéficiaire;
- l'identification du problème et les interventions;
- les indications attestant de la participation du bénéficiaire, de sa famille et d'organismes communautaires, s'il y a lieu, au plan d'intervention;
- les notes d'évolution;
- les indications attestant de l'enseignement fait au bénéficiaire et à sa famille et leur réaction;
- l'évaluation médicale périodique du traitement rendu, au besoin;
- la réaction du bénéficiaire à la suite des interventions;
- les indications attestant de la planification du départ;
- les instructions relatives au suivi données au bénéficiaire ou à sa famille;
- le sommaire au moment du départ.

8. Le service dispose d'activités appropriées et de documents à jour à l'appui de son programme d'enseignement au bénéficiaire et à sa famille.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- 8.1 Des preuves indiquent que les praticiens des disciplines concernées participent à l'enseignement donné au bénéficiaire et à sa famille.

- 8.2 L'enseignement donné au bénéficiaire et à sa famille comprend les renseignements sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

- 8.3 Les activités et les documents d'enseignement sont conformes à l'évolution de la recherche scientifique et sont approuvés par les praticiens de la discipline chargés de la prestation des soins.

NIVEAU GLOBAL DE CONFORMITÉ

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

SECTEUR VII APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

Le Service de réadaptation dispose d'activités structurées et méthodiques de suivi et d'appréciation de la qualité des soins fournis au bénéficiaire. Ces activités sont assorties d'un plan d'action et de mesures de suivi afin de s'assurer que les interventions ont permis d'améliorer la qualité des soins.

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

1. Des activités d'appréciation de la qualité sont mises en oeuvre à l'appui du programme d'appréciation de la qualité de l'établissement.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

Les mécanismes de mise en oeuvre du programme d'appréciation de la qualité de l'établissement peuvent comprendre :

- des comités;
- des comptes rendus des activités d'appréciation de la qualité;
- des discussions de groupe portant sur les activités d'appréciation de la qualité.

2. Au sein du service, les responsabilités en matière d'appréciation de la qualité sont clairement attribuées.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- 2.1 Les responsabilités en matière d'appréciation de la qualité sont circonscrites et consignées dans des documents.

3. Le personnel participe pleinement aux activités d'appréciation de la qualité.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

La participation du personnel peut se traduire sous forme :

- de réunions de service;
- de discussions de groupe;
- de comités;
- de responsabilités particulières telles que l'identification, le contrôle et la résolution de problèmes.

4. Les éléments importants des soins prodigués par le Service de réadaptation sont déterminés et constituent la base des activités d'appréciation de la qualité.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

- 4.1 Les éléments importants découlent des fonctions principales des disciplines à l'intérieur du Service de réadaptation.

SERVICE DE RÉADAPTATION (RÉAD.)

SECTEUR VII APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

4.2 La priorité est attribuée aux éléments des soins :

ÉTABLISSEMENT

VISITEUR

- centrés sur le bénéficiaire;
- reliés aux résultats;
- exigeant la collaboration de plusieurs services ou disciplines;
- comportant des risques élevés;
- les plus courants;
- les plus susceptibles de poser des problèmes.

5. Un processus est mis en place pour évaluer les éléments importants des soins.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

5.1 Le processus comprend :

- l'identification des résultats attendus ou souhaités de chacun des éléments importants des soins;
- le choix de critères ou d'indicateurs afin de comparer les réalisations aux résultats attendus ou souhaités;
- la détermination des résultats réels au moyen de la collecte de données;
- l'analyse de données.

6. Des mesures sont prises afin de s'assurer d'une amélioration continue.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

6.1 Le plan d'action précise :

- les mesures de rechange;
- les mesures les plus susceptibles de donner les résultats voulus;
- la période requise;
- les personnes chargées de prendre les mesures convenues.

7. Les mesures prises font l'objet d'un contrôle dans des délais précis afin d'en évaluer l'efficacité.

so 1 2 3 4

so 1 2 3 4

7.1 Aux fins de l'évaluation de l'efficacité, des méthodes de contrôle et d'évaluation sont utilisées.

Les méthodes peuvent comprendre :

- une nouvelle vérification;
- un nouveau sondage;
- une révision continue des indicateurs de qualité.

SECTEUR VII APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

	ÉTABLISSEMENT					VISITEUR				
8. Des documents décrivent toutes les activités d'appréciation de la qualité.	so	1	2	3	4	so	1	2	3	4
8.1 La documentation comprend :										
<ul style="list-style-type: none"> • les résultats attendus; • les critères ou les indicateurs choisis; • les données recueillies; • les résultats de l'analyse des données; • le calendrier des activités d'appréciation de la qualité prévues pour le service ainsi que celui des rapports qui y ont trait; • l'amélioration de la qualité des soins. 										
9. Les résultats des activités d'appréciation de la qualité sont communiqués, dans les délais établis, au personnel du Service de réadaptation, à la direction générale, ainsi qu'au personnel des autres services concernés. Les commentaires de la direction générale concernant l'information transmise sont communiqués au personnel.	so	1	2	3	4	so	1	2	3	4
Les mécanismes de communication des résultats découlant des activités d'appréciation de la qualité peuvent comprendre :										
<ul style="list-style-type: none"> • des comités; • des programmes de formation; • des rapports; • des réunions de service; • des bulletins ou des communiqués. 										
NIVEAU GLOBAL DE CONFORMITÉ	so	1	2	3	4	so	1	2	3	4

SERVICE DE READAPTATION (READ.)

NIVEAU DE CONFORMITÉ DÉTERMINÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT ET LE VISITEUR

		ÉTABLISSEMENT					VISITEUR				
SECTEUR I	Raison d'être, buts et objectifs	so	1	2	3	4	so	1	2	3	4
SECTEUR II	Organisation et direction	so	1	2	3	4	so	1	2	3	4
SECTEUR III	Politiques et procédures	so	1	2	3	4	so	1	2	3	4
SECTEUR IV	Ressources humaines et matérielles	so	1	2	3	4	so	1	2	3	4
SECTEUR V	Orientation, perfectionnement et formation continue	so	1	2	3	4	so	1	2	3	4
SECTEUR VI	Soins au bénéficiaire	so	1	2	3	4	so	1	2	3	4
SECTEUR VII	Appréciation de la qualité	so	1	2	3	4	so	1	2	3	4
NIVEAU GLOBAL DE CONFORMITÉ		so	1	2	3	4	so	1	2	3	4

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Signature : _____

Titre : _____

Date : _____

NOTES DU VISITEUR

NUMÉRO DE
LA NORME

Signature : _____

Date : _____

ANNEXE 4

Exemple de rapport individuel périodique

Service de physiotherapie

Feuille de recapitulation des donnees

Total unites	<u>CSSI</u>		<u>Hospitalises</u>		<u>Mal.Externes</u>	
	de temps	ponderes	de temps	ponderes	de temps	ponderes
I	467	2335	0	0	501	2505
II	122	244	0	0	5	10
III	939	939	0	0	801	801
IV	0	0	0	0	12	7
V	0	0	0	0	0	0
Total:	1528	3518	0	0	1319	3323
.de visite		127		0		121

Unites ponderees = $\frac{6841}{123}$ = 55.62
 Heures travaillees

Visites-malades = $\frac{248}{123}$ = 2.02
 Heures travaillees

Periode : 4(19juin-16juil88)

Nom :

ANNEXE 5

Système de priorisation des cas en physiothérapie

ANNEXE 1CODES DE PRIORISATION SELON LES DIAGNOSTICS

	<u>Code de priorité</u>	<u>Délais acceptables</u>
<u>Urgent</u>	1	48 heures
	2	48 heures à 1 semaine
<u>Semi-urgent</u>	3	1 à 3 semaines
<u>Electif</u>	4	1 à 3 mois

Le code 5 identifie toute clientèle pour laquelle suffirait un programme de classe d'exercices ou d'exercices à domicile avec séances de contrôle.

ANNEXE 2DIAGNOSTICS PRINCIPAUX SELON LES CODES DE PRIORISATIONDIAGNOSTICSCODES DE PRIORISATION

-Amputés	1
-Brûlés-Plaies	1
-Post-manipulation sous anesthésie	1
-Fractures, membres supérieurs, membres inférieurs	2
-Condition neurologique, ACV, SEP sub-aigu	2
-Condition neurologique, ancien ACV, SEP	5
-Pédiatrie chronique	4

POST-CHIRURGIE

-Reconstruction ligamentaire	2
-Arthroscopie	3
-Ménisectomie	3
-Mastectomie	2
-Suture tendineuse	2
-Réparation de coiffe des rotateurs	3
-Acromioplastie	3
-Corrections orthopédiques:	
-Hallux valgus	4
-Ostéotomie	3
-Doscoidectomie fraîche	3
-Prothèse	2

ANNEXE 2 (suite)DIAGNOSTICS PRINCIPAUX SELON LES CODES DE PRIORISATIONDIAGNOSTICSCODE DE PRIORISATION-Post-chirurgie (suite)

-Désinsertion des épicondyliens	3
-Ostéosynthèse	2
-Arthrodèse	3
-Arthroplastie	3

-Conditions inflammatoires

-Bursite		
-Capsulite	Aiguë: - ↓ mobilité articulaire++	2
-Tendinite	- ↓ fonction	
-Périarthrite	- ↓ sommeil	
-Synovite		
-Epicondylite		
-Ligamentite	Non aiguë	4
-Etc.		

-Luxation-subluxation	3
-Entorse sévère	2
-Déchirure méniscale	3
-Contusion	3
-Syndrome fémoro-patellaire	3
-Hernie discale aiguë	2
-Hernie discale sub-aiguë, sciatalgie	3
-Cervico-brachialgie	3

ANNEXE 2 (suite)DIAGNOSTICS PRINCIPAUX SELON LES CODES DE PRIORISATIONDIAGNOSTICSCODE DE PRIORISATION-CONDITIONS INFLAMMATOIRES

-Cervicalgie	4
-Lombalgie	4
-Entorse modérée	4
-Arthrose	5

-Pathologies chroniques

-Cervicalgie	5
-Dorsalgie	5
-Lombalgie	5
-Arthrite	5
-Algie périphérique	5

ANNEXE 6

Formulaires d'analyse des indicateurs statistiques

..
1.1
()
()
1-4
(2
(2
12

(resistance) (extreme)

2

S E R V I C E D E P H Y S I O T H E R A P I E

C.H. S T - S A U V E U R D E V A L D ' O R

	P E R I O D E		C U M U L A T I F	
	1 9 8 9	1 9 9 0	1 9 8 9	1 9 9 0
HEURES REMUNEREES				
VISITES MALADE				
UNITES PONDEREES				
UNITES PONDEREES				
HEURES REMUNEREES				

ANNEXE 7

Programme d'appréciation de la qualité des soins
du service de physiothérapie

PROGRAMME D'APPRECIATION DE LA QUALITE
SERVICE DE PHYSIOTHERAPIE

1- QUALITE DES RESSOURCES HUMAINES:

- Appréciation du rendement: selon les politiques en vigueur et le formulaire du centre hospitalier.
Fréquence: Aux deux (2) ans minimum.
- Rapport périodique individuel (statistiques) sur le rendement produit, remis à la fin de chaque période. Analyse par le chef de service.

2- QUALITE DES EQUIPEMENTS ET DU MATERIEL:

- Programme d'entretien préventif et de calibration des appareils (cf. cahier d'électrothérapie). Par le personnel du service et le biomédical.
- Procédures adéquates et revisées régulièrement.

3- QUALITE DES PROCESSUS:

- Politiques et procédures pertinentes et revisées régulièrement.
- Organisation du travail et des horaires, planifiée en fonction des besoins identifiés des usagers.
- Réunions régulières du service de manière à régler les problèmes de fonctionnement dès qu'ils apparaissent.
- Programmes de formation intra-service et de perfectionnement établis en fonction des besoins des usagers.

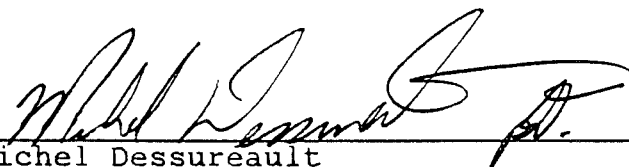
4- QUALITE DES SOINS:

- Evaluation par les pairs de tous les dossiers externes au congé de l'utilisateur (cf. Formule d'évaluation). Rapport individuel remis lors de la rencontre d'appréciation du rendement.
- Compilation statistique des résultats des soins pour les groupes de diagnostics les plus courants et significatifs, à l'aide du programme informatique "Qualité des soins". Rapport disponible aux quatre (4) mois.
- Rapports individuels et globaux pour tout le service. Liens avec les besoins de formation et perfectionnement, ainsi que le profil de pratique.
- Gestion de la liste d'attente à partir des paramètres définis en collaboration avec le C.M.D.P. (Cf. document).
- Questionnaire aux usagers administré trois (3) fois par année. (Cf. questionnaire). Corrections apportées suite à la compilation si des zones problématiques ressortent.

5- OBJECTIFS:

- Des objectifs clairs et définis doivent être élaborés en consultation avec tous les intervenants du service. Ces objectifs doivent être reliés entre autre, aux problèmes identifiés lors des différentes phases du programme d'appréciation de la qualité.
- L'évaluation de leurs réalisations ou non doit être faite annuellement en accord avec le cycle d'établissement des dits objectifs.

Signature: _____

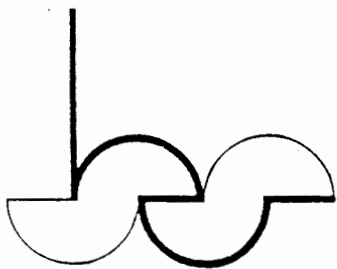

Michel Dessureault
Chef du service de physiothérapie

Le 23 Août 1991

Date de revision: _____

ANNEXE 8

Questionnaire utilisé pour le sondage auprès
de la clientèle



Centre Hospitalier St-Sauveur

249

725, 6e Rue
Val d'Or, Qué.
J9P 3Y1
Tél.: (819) 825-6711

S.V.P.: Quelques minutes de votre temps pour nous aider à améliorer
notre service de physiothérapie. MERCI.

Questionnaire d'évaluation de la qualité du service en physiothérapie.

SEXE: masculin _____
fémnin _____

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS EN TRAITEMENT : _____

ACCUEIL

- | | |
|---|---|
| 1- Le secrétariat vous a t-il
fourni les informations ou
les renseignements attendus ?
OUI _____ NON _____
Commentez: | 2- Vous a t-on accueilli géné-
ralement avec courtoisie
lors de votre arrivée au
service ? OUI _____ NON _____
Commentez: |
| 3- Les heures de rendez-vous
fixées ont-elles été res-
pectées par le personnel ?
OUI _____ NON _____
Commentez: | |

QUALITE DE SOINS

- | | |
|---|--|
| 4- Avez-vous reçu des explications
suffisantes et claires sur votre
problème et vos traitements par
le ou la thérapeute ?
OUI _____ NON _____
Commentez: | 7- Vous êtes-vous senti à
l'aise avec le person-
nel ? OUI _____ NON _____
Commentez: |
| 5- Les installations faites par les
préposé(es) étaient-elles adéqua-
tes ? OUI _____ NON _____
Commentez: | 8- Avez-vous l'impression
que le personnel vous
a porté suffisamment
d'attention ?
OUI _____ NON _____
Commentez: |
| 6- Etes-vous satisfait (e) des soins
reçus ? OUI _____ NON _____
Commentez: | 9- A t-on respecté votre
intimité (ex.: fermeture
des rideaux, etc...) ?
OUI _____ NON _____
Commentez: |
| 10- La discrétion et la confidentialité
dans le service ont-elles été
respectées ? OUI _____ NON _____
Commentez: | |

Dans l'ensemble, quelles ont été vos impressions lors de votre passage dans le service de physiothérapie ?

Que pourrions-nous améliorer ?

Veillez déposer ce questionnaire dans la boîte prévue à cet effet.

MERCI.

92-07-30

Date de révision: _____

ANNEXE 9

Liste des membres du comité d'intervention

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ D'INTERVENTION

Andrée Benoît, secrétaire-réceptionniste

Francine Bouchard, technicienne en réadaptation physique

Annie Charland, physiothérapeute

Michel Dessureault, chef de service

Hélène Poirier, physiothérapeute

Madeleine Vaillancourt, préposée