

Mot du président

Vers un réseau universitaire intégré en santé

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) définit trois catégories d'établissements universitaires : le centre hospitalier universitaire, l'institut universitaire et le centre affilié universitaire.

Dans son rapport, la Commission Clair mentionne que dans les faits, la distinction entre les trois catégories d'établissements universitaires n'est pas évidente et fait état d'un certain nombre de problématiques du réseau de santé universitaire. Faisant suite à la recommandation de la Commission Clair, le Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Monsieur Rémy Trudel, me demandait, en mai 2001, de mettre sur pied et de présider un comité chargé de proposer une vision du réseau d'hôpitaux universitaires.

Le rapport du Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires donne un bref aperçu de la mission universitaire en 2002 et des tendances dans le domaine. Il présente par la suite, sa vision de la mission universitaire en santé au Québec ainsi que les recommandations qui l'accompagnent.

Certaines problématiques auxquelles la mission universitaire en santé au Québec est confrontée ont été soulignées par le comité notamment : une confusion au niveau des rôles des centres hospitaliers désignés, un problème de gouvernance tant au niveau régional que national, des masses critiques difficiles à atteindre dans certains soins et services ultrasécialisés, une grave pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé ainsi qu'un financement inadéquat.

Suite page 2...

Actualité

L'évaluation de la qualité, une chose sérieuse à ne pas prendre à la légère !

Le bulletin de santé des hôpitaux, une chose légère à ne pas prendre au sérieux !

Par Chantal Bouchard

Ph.D. Mesure et évaluation de la qualité des organismes

L'évaluation de la qualité des établissements et des services est un thème fort à la mode depuis quelques semaines. La publication du bulletin de santé des hôpitaux a d'ailleurs suscité un vif intérêt parmi l'ensemble des acteurs du système de la santé. Bientôt, ce sera au tour des CLSC et des CHSLD de passer à la moulinette. Lorsque nous analysons les façons de faire mises de l'avant par le Ministre de la Santé ou par ses mandataires, plusieurs questions se posent, et, parmi celles-ci, les deux suivantes ont retenu notre attention :

- Le véritable but de cette opération d'évaluation est-il celui de rassurer la population ou d'assurer la qualité de ces établissements ?
- Ceux qui se donnent le droit d'évaluer la qualité des autres, afin de les ranger ensuite en opposition les uns aux autres, peuvent-ils eux-mêmes démontrer la qualité de leur démarche et de leurs outils ?

Suite page 3...

Avis de changement d'adresse

Pour ceux qui changent d'organisation ou de fournisseur internet, n'oubliez pas de nous transmettre votre nouvelle adresse électronique afin de continuer à recevoir le Bulletin : **najia_hachimi@hotmail.com**

Mot du président (suite)

Face à ces constats, le Comité propose :

- Un concept de réseau universitaire intégré de santé (RUIS), soit la création des RUIS des universités Laval, McGill, Montréal et Sherbrooke. Ces RUIS, sous le leadership de leur université respective, assureront la cohérence et la convergence entre les différents volets de la mission universitaire, soit les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies;
- Des régions régionales investies de responsabilités universitaires;
- Une mission universitaire en santé soutenue par un leadership national, avec la création du Conseil des RUIS;
- La concentration des services nationaux et ultra spécialisés majoritairement dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les instituts universitaires (IU) ainsi que la reconnaissance et la consolidation des zones d'excellence des centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU), afin de privilégier l'atteinte de masses critiques nécessaires au développement d'une expertise de pointe;
- Un programme d'amélioration continue de la qualité ainsi qu'un comité de bioéthique dans les hôpitaux universitaires;
- Un enseignement clinique redéployé avec des chefs-lieux par programme de formation et des milieux cliniques partenaires;
- Des chefs-lieux des axes de recherche qui assument le leadership dans leur domaine en concertation avec des centres de recherche partenaires;
- Le développement d'une culture de l'évaluation dans les hôpitaux désignés avec la mise en place du volet évaluation des technologies, lequel constitue un outil essentiel à la prise de décision en santé;
- Des hôpitaux universitaires dont les exigences et les besoins particuliers sont reconnus notamment par :
 - ◆ le recrutement et le maintien de médecins et autres professionnels de la santé de haut niveau;
 - ◆ des conditions de travail qui valorisent les activités universitaires par la mise en place d'un plan de carrière pour les médecins et les autres professionnels de la santé;
 - ◆ un financement adéquat de la mission universitaire en ce qui a trait aux coûts directs et indirects de ces activités, mais aussi au rehaussement des bâtiments, des équipements et des systèmes d'information requis par les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies.

Enfin, le comité rappelle au Ministre de la Santé et des Services sociaux qu'il est impérieux que soient mises en œuvre dans les meilleurs délais l'ensemble des recommandations incluses dans ce rapport et qu'il est primordial que le ministère de l'Éducation, le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie et plus particulièrement le ministère de la Santé et des Services sociaux sensibilisent les autorités gouvernementales à reconnaître tangiblement l'importance de la mission universitaire en santé au Québec.

Raymond Carignan, md
Président

Actualité (suite de la première page)

L'évaluation, vue comme une spécialité, au même titre que l'ingénierie, la physique ou la médecine, repose sur un certain nombre de règles et principes faisant l'objet d'études supérieures dans nos universités. De ces principes, retenons ici le premier et le plus élémentaire : nous ne pouvons mesurer et évaluer ce qui n'a pas été défini au préalable.

Il est naïf de croire qu'il suffit d'utiliser les expressions "performance" et "qualité" pour qu'automatiquement cela soit une garantie que l'on mesure et que l'on évalue une performance ou une qualité. Il ne suffit pas non plus de dire "rangement" pour qu'automatiquement on puisse ranger correctement. Un établissement peut être le premier en fonction de sa surface, de sa hauteur, de sa gestion ou en fonction de plusieurs autres aspects. Cela ne signifie pas pour autant qu'il le soit au regard de sa finalité première qui n'est peut-être pas d'être grand, haut ou bien géré. Il ne suffit pas enfin de s'informer tout simplement de la satisfaction des usagers. Ce concept de satisfaction connote souvent le sens de "contentement" ou de "plaisir" dans la langue populaire alors que dans le domaine de l'évaluation de la qualité des établissements, il dénote exclusivement le sens de satisfaction des besoins auxquels doit répondre un établissement. C'est ainsi que connaître le degré de contentement d'un usager diabétique à l'égard de la nourriture servie en milieu hospitalier peut être parfois fort différent de la satisfaction du besoin de cet usager auquel doit impérativement répondre un établissement de santé !

En ramenant la qualité à du "contentement" de l'utilisateur tel que l'on retrouve souvent dans les questionnaires "de satisfaction" ou encore à la "performance des gestionnaires", on la banalise. Comme nous le disions récemment lors d'une conférence internationale, en banalisant la qualité de la sorte, on ne sert personne; on oublie que la qualité est un voyage, surtout pas une destination.

Bulletin de santé des hôpitaux

La préoccupation de la performance est le principal justificatif des actions du ministère. Si l'on se base sur les outils utilisés, la performance se ramènerait à trois indicateurs :

1. La satisfaction des usagers à l'égard de cinq dimensions (voir tableau);
2. L'efficacité des urgences à accueillir, évaluer et orienter les usagers vers une destination appropriée dans un temps donné (peu importe le nombre de demandeurs pendant ce temps et la gravité de leur cas)
3. La performance financière.

Mais qu'est-ce donc véritablement la performance ? Qu'est-ce donc également la qualité ?

Selon la méthode avalisée par le ministère, il semblerait que plus un établissement est performant, plus il est de qualité, et, plus un établissement est de qualité, plus il est performant. Pour chanter ce refrain, il faut d'emblée admettre le postulat que la qualité étant bien connue de tous, il est inutile de la définir...!

Cet axiome fort discutable étant posé et admis d'entrée comme vrai, il reste faux de croire et surtout de conclure que plus il y a d'utilisateurs qui se disent satisfaits de la qualité, plus l'établissement est de qualité. Encore moins de prétendre que plus l'urgence "garde moins longtemps" les patients en place, plus il y a qualité. Et on atteint le simplisme lorsque l'on affirme que plus le gestionnaire respecte les budgets, plus la qualité de l'établissement est grande !

Le Bulletin

Journal de l'association des diplômés de la maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal

La performance, que l'on aime bien voir ici comme synonyme de la qualité, s'avère une réalité beaucoup plus complexe. Elle doit être approchée avec prudence si l'on veut servir et non desservir le public.

Nos travaux en cette matière nous amènent à conclure à l'existence de 9 qualités transversales qui, prises globalement, définissent la performance d'un établissement et en garantissent la pérennité :

1. Quel est le degré de conformité des objectifs visés par l'établissement avec les besoins fondamentaux des usagers ? (**La pertinence**)
 - . La gestion des budgets fait-elle partie en priorité de ces objectifs ou est-elle de l'ordre des moyens ?
2. Quel est le degré de conformité des moyens, des pratiques et des intervenants avec ces objectifs ? (**La cohérence**)
3. Quel est le degré de conformité de l'établissement avec les contraintes (financières, politiques, légales, types d'usagers, etc.) auxquelles il est assujéti ? (**L'à-propos**)
4. Quel est le degré de conformité entre les résultats obtenus (degré d'atteinte de chaque objectif ou le nombre d'objectifs effectivement atteint parmi les objectifs visés) et les objectifs pertinents visés ? (**L'efficacité**)
5. Quel est le degré de conformité à moyen et à long terme, entre les résultats obtenus et les objectifs visés ? (**La durabilité**)
 - . La durabilité des résultats est ici une sous-dimension de l'efficacité.
6. Quel est le degré de conformité entre les économies réalisées ou réalisables et l'efficacité de l'établissement ? (**L'efficience**)
 - . Est-il possible d'économiser sur les investissements sans affecter l'efficacité ? Ou, est-ce possible, sur la base des mêmes investissements, d'augmenter encore plus le niveau d'efficacité ?
7. Quel est le degré de conformité entre le comportement des différents types de personnel et les objectifs visés ? (**La synergie**) (Degré de frottement entre les personnes, climat organisationnel, ambiance, etc)
 - . La synergie peut être considérée comme une sous-dimension de l'efficience.
8. Quel est le degré de conformité entre les effets attribuables à l'établissement, au-delà des effets voulus (**L'efficacité**) et les objectifs visés, que ces effets soient positifs ou négatifs ? (**L'impact**)
9. Quel est le degré de conformité entre la marge de manœuvre que possède un établissement pour s'améliorer et la capacité qu'il puisse s'améliorer là où il doit impérativement s'améliorer ? (**La flexibilité**).

Ces neuf questions font voir à la fois la relativité de la performance et le danger d'en arriver à conclure à la qualité, tout en s'éloignant de la finalité même d'un établissement.

Pour faire court, que penser d'un établissement considéré efficace parce qu'il atteint des objectifs dont le lien de conformité aux besoins fondamentaux des usagers n'est pas démontré ? Que penser d'un établissement vis-à-vis duquel les usagers font part de leur contentement (parce que bien accueillis, rapidement rencontrés, etc.), mais qui ne satisfait pas réellement leurs besoins de santé ? Que penser enfin d'un établissement qui contrôle le nombre d'usagers admissibles à l'urgence en fonction des budgets disponibles ?

Le Bulletin

Journal de l'association des diplômés de la maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal

Autre exemple d'évaluation de la " performance "

En lien avec cette préoccupation de la performance des établissements, on a procédé en juin dernier au rangement relatif des hôpitaux de Montréal en fonction de leur " performance ". Cette opération s'est effectuée sous l'hospice de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. À l'issue de ce rangement, le meilleur " élève " a vu augmenter son budget de 1,3 %, tandis que le dernier a plutôt subi une coupure de 0,51 % en guise de punition.

Si on examine le rang des hôpitaux donné par la Régie comparativement aux cotes reçues dans le bulletin du Ministre Legault, quelques faits étonnants apparaissent.

Classement de la Régie selon la " performance "	Bulletin de santé des hôpitaux							
	Satisfaction des usagers						Efficacité de l'urgence	Performance financière
	Accessibilité	Qualité des services	Continuité	Dignité	Qualité de l'information	Satisfaction globale		
Le plus performant Récompensé : ↑ de 1,3 % de son budget	C	B	C	B	C	C	D	C
Performance moyenne (Statut quo de son budget)	B	A	B	A	A	A	A	S.O
Le moins performant Punition : ↓ de 0,51 % de son budget	B	B	C	A	B	B	C	D

Dans ce tableau, l'établissement le plus " performant ", selon les données de la Régie, est le moins " performant " sur la base des cotes attribuées par le système d'évaluation du ministère. En effet, toutes les cotes (7) de l'établissement jugé d'une performance moyenne par la Régie sont supérieures au plus performant. L'établissement le moins performant, selon l'évaluation de la Régie, cote à 4 reprises plus haut que le plus performant, 2 fois égales et une fois en dessous.

Quelle belle illustration d'un manque de rigueur et de sérieux évident ! Bien sûr, on peut toujours prétendre que les critères ne sont pas les mêmes. Toutefois, que l'on utilise les unités du système métrique ou du système anglais pour évaluer la longueur d'une table, la plus longue table recevra toujours la cote la plus élevée et la plus petite table, la cote la plus faible. Ce n'est pas la diversité des critères qui est en cause ici, c'est leur valeur !

Cette démonstration éloquent de l'incohérence aide peu le public à se faire une image claire de la qualité ou de la performance de nos établissements de santé. Également, ce n'est pas de nature à rassurer les gestionnaires quant à l'équité des " bonis " budgétaires et quant à la qualité véritable de leurs établissements.

Le Bulletin

Journal de l'association des diplômés de la maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal

Les articles traitants du rangement des établissements ne sont pas très nombreux. La plupart font état de plusieurs limites attachées à une telle façon de faire. D'abord, on ne peut ranger qu'en fonction de critères purement subjectifs. Le fait de ranger sur la base de la performance financière en est une démonstration évidente. Deuxièmement, le rangement n'est possible que sur la base de critères clairement définis, univoques, etc. Troisièmement, si plusieurs critères existent, ils doivent avoir une nature commune qui permette d'en additionner les résultats en vue de la production d'un score global. Enfin, il semblerait que le rangement soit davantage utilisé pour des fins de marketing que pour des fins d'amélioration.

L'apport réel du rangement dans le débat sur l'amélioration des établissements est à toute fin pratique minime. Il est paradoxal de constater que dans un contexte de recherche de la qualité, il nous faut accepter le fait qu'un établissement ne puisse parvenir à gagner quelques rangs qu'à la condition que des établissements voisins en perdent. Bref, dans la course au meilleur rang, les établissements ne peuvent s'améliorer qu'à la condition que d'autres périssent...!

Chantal Bouchard

Ph.D. Mesure et évaluation de la qualité des organismes

*Pour en connaître davantage sur l'auteure
et lire l'article complet avec le Bulletin de performance du Ministère
visitez le site : www.baq.ca*

Offre d'emploi

Le consortium formé de l'Unité de Santé Internationale de l'Université de Montréal et de M3E inc a signé récemment un contrat avec l'ACDI pour la réalisation du projet « Appui à la région sanitaire Nord-Gabon ». Une des composantes de ce projet est d'appuyer le démarrage d'un nouvel établissement hospitalier régional basé à Oyem. Avec près de 25,000 habitants Oyem est la capitale régionale du Woleu-Ntem (110,000 hab.), près des frontières du Cameroun et de la Guinée-Équatoriale. Elle est située à environ 500 km de Libreville, la capitale. Dans ce cadre, nous recherchons une personne en mesure d'occuper un poste comme

Assistant technique à la direction des soins infirmiers

Ce poste, d'une durée de 12 à 18 mois, vise à coordonner avec les homologues gabonais, la mise à niveau et l'implantation des systèmes de gestion administrative et clinique propres aux soins infirmiers dans un établissement hospitalier de courte durée d'environ 150 lits.

Tâches

Les principales tâches sont de :

- Collaborer avec la direction de l'établissement à l'élaboration d'un plan de travail détaillé pour l'ouverture progressive de l'hôpital
- Coordonner les efforts des spécialistes canadiens court terme et des ressources gabonaises pour l'élaboration des protocoles de soins, d'hospitalisation et des services d'appui complémentaires
- Superviser la formation de mise à niveau du personnel infirmier dans les services priorités (pédiatrie, gynéco-obstétrique, chirurgie, médecine/urgence)
- Collaborer à l'intégration des systèmes et des protocoles infirmiers avec les autres systèmes de gestion de l'établissement
- Contribuer à l'implantation d'une politique et d'un programme de contrôle/développement de la Qualité des soins et des services pour l'établissement
- Élaborer un plan de travail pour le développement ultérieur des ressources en soins infirmiers

Exigences

- Baccalauréat en sciences infirmières
- Expérience comme clinicien-ne dans un établissement hospitalier
- Expérience comme responsable d'activités de gestion au niveau d'un département ou d'un établissement
- Expérience en Afrique ou dans des conditions similaires
- Toute combinaison d'expérience et de formation continue seront considérées

Conditions

- Poste d'une durée minimale de 12 mois pouvant aller jusqu'à 18 mois.
- Salaire de base selon les échelles en vigueur au Québec, plus primes diverses (éloignement, logement, etc) et plan complet d'avantages sociaux selon les normes de l'Université de Montréal
- Disponibilité à compter de janvier 2003

Pour toute information supplémentaire ou dépôt de candidature, contacter :

Daniel Campeau, coordonnateur de projets,

Unité de Santé Internationale – Université de Montréal

Téléphone : 514 343 7878 courriel : daniel.campeau@umontreal.ca