



LA QUALITÉ DES



**SERVICES
DE
SANTÉ**

Qu'est-ce que la qualité ?

On améliore ce que l'on mesure, une phrase inspirée de Robert S. Kaplan et David Norton, des experts en management. Pourtant, pendant de longues années, les organisations se sont contentées, le plus souvent, de mesurer la performance en suivant les seuls résultats financiers; tout cela s'est vite avéré incomplet. Il est maintenant reconnu que pour gérer, il faut prendre

S'il y a un concept galvaudé, c'est bien celui de la qualité. Il n'existe pas de définition unique de la qualité. La qualité est un concept complexe. La qualité est perçue différemment par différentes personnes. Plusieurs études ont tenté d'identifier les composantes de la qualité dans le secteur de la santé, mais aucun consensus ne s'en dégage. Chacun a son opinion sur ce qu'est la qualité en fonction de ses valeurs, du contexte et des priorités de l'heure.

action et, pour prendre action, il faut de l'assistance à la prise de décision. Tout cela repose sur un système de valeurs qui peut faire place à la fois à la rentabilité, mais aussi et surtout à la qualité.

Pour Donabedian, un auteur parmi les plus cités du domaine de la qualité dans le monde, les soins de haute qualité sont ceux visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte les bénéfices par rapport aux risques à chaque étape du processus de soin. Rentabilité, qualité et coût de la qualité permettent de définir avec plus de précision ce qu'on entend plus familièrement

du mot « qualité ». Selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), devenue depuis la Haute autorité de santé (HAS) en France, il y a trois types de coûts : 1) les coûts de prévention; 2) les coûts d'évaluation et de contrôle; et 3) les coûts des défaillances et de correction des défaillances. Les deux premiers coûts sont appelés coûts d'investissement de la qualité alors que le troisième est appelé coûts de non-qualité.

La relation coût/perspective oriente l'évaluation des coûts de la qualité. Les évaluations peuvent être conduites par le patient lui-même et sa famille, le payeur de soins (Régie de l'assurance maladie du Québec, assureurs, ministère de la Santé et des Services sociaux, Centres intégrés de santé et de services sociaux et autres établissements ou organisations publiques et privées) et le fournisseur de soins (le personnel soignant). Toutefois, un peu partout dans le monde moderne, un regard extérieur et indépendant est recherché pour objectiver la qualité des soins et des services. Un des organismes les plus prestigieux dans le monde, la « Joint Commission », a évalué et accrédité plus de 21 000 organisations de santé aux États-Unis. Comme le CQA, qui compte plus de 2 500 clients au Québec, il s'agit d'une organisation indépendante et à but non lucratif.

Les coûts directs et indirects de l'hébergement et ceux de non-qualité

La qualité reste encore souvent perçue comme une dépense. Cependant, la prise en compte des coûts de non-qualité fait son bout de chemin, surtout en milieu hospitalier avec les prescriptions inappropriées, les interventions injustifiées, les hospitalisations évitables, les infections acquises durant le séjour en établissement, etc. Le système de santé cherche depuis quelques années à stabiliser ou réduire ses dépenses tout en améliorant la qualité et la sécurité des soins. Cette même préoccupation gagne de plus en plus le secteur privé impliqué dans l'hébergement des aînés. En plus d'une

conscience institutionnelle accrue à l'égard de la qualité, on constate que l'utilisateur ou le client est de plus en plus informé et éduqué; il est aussi plus critique et exigeant envers le système de santé. Depuis le début des années 1990, les exigences quant à la qualité, à l'évaluation des soins, à l'agrément et à la certification ont pris plus de place, tant dans le secteur privé que public.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a rendu obligatoire, dans tous les établissements publics et privés, le processus d'évaluation et les visites d'agrément. C'est le cas des CISSS/CIUSSS et des CHSLD privés notamment. De plus, le MSSS oblige la certification des résidences privées pour aînés (RPA) en mandant le CQA pour réaliser les visites d'appréciation auprès des 1 900 RPA localisées partout au Québec. Des discussions sont en cours pour que les ressources intermédiaires (RI) puissent bénéficier également d'un programme qualité. Les entreprises d'économie sociale d'aide à domicile, les GMF et cliniques médicales sont susceptibles aussi de développer de tels programmes dans l'avenir, d'autant plus qu'il existe un « continuum de la qualité », tenant compte des actions de tous les dispensateurs de soins et de services sur un même territoire. Par exemple, il peut y avoir plus de pression sur l'accessibilité d'un service hospitalier destiné à l'hébergement si les services de soutien à domicile sont absents ou peu développés.



Les défis d'amélioration

Depuis le premier Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés (RPA) adopté en 2007, le nombre de RPA est passé d'environ 2 400 à 1 900 en 2016. Plusieurs résidences n'ont pas été en mesure, pour diverses raisons, de se conformer à la réglementation, qui vise notamment la sécurité des RPA et leur clientèle, et ont fermé. Un tel phénomène est connu dans le monde lors de la mise en place de tels programmes. Néanmoins, la proportion de résidents recevant des soins adéquats est passée entre 1995-2000 et 2010-2012 de 79,7 % à 92,1 % (Bravo et coll.; 2014, p. 332). Malgré les fermetures, le nombre de places en résidences privées pour aînés a augmenté de 31 % entre 2002 et 2014. Il ne faut pas pour autant baisser la garde. En 2014-2015, certains critères du Règlement méritent une attention particulière à la suite des visites d'évaluation de conformité réalisées par le CQA : plan de sécurité incendie (art. 15), produits dangereux (art. 16), seuil minimal pour assurer la surveillance dans une résidence de catégorie semi-autonome (art. 33), soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne et à l'administration de médicaments (art. 32). Un sondage du Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)

réalisé en 2016 auprès de ses membres relate que près du quart (23 %) des répondants affirment avoir vécu des accidents et/ou des incidents impliquant des résidents avant, pendant ou après leur dernier exercice d'incendie. Ce sont-là quelques exemples du travail qui reste à faire et de l'importance pour les décideurs et les gouvernements d'investir dans la qualité afin de voir s'abaisser dans tous les milieux d'hébergement et de soins, les coûts de défaillance ou de non-qualité.

Le CQA travaille en collaboration avec les différents dispensateurs de soins publics et privés, par l'évaluation des organisations en toute indépendance, en s'inspirant des meilleures pratiques et des plus hauts standards de qualité.

Références :

Bravo, G; M.-F. Dubois, L. Demers, N. Dubuc et coll. (2014). « *Does regulating private long-term care facilities lead to better care? A study from Québec, Canada* », *International Journal for Quality in Health Care*, vol, 26, no 3, p. 330-336.

CCECCA et ANAES (2004) Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions, 156 pages.

Donabedian A. (1980) *Explorations in Quality Assessment and monitoring, Volume 1 : The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Ann Arbor : Health Administration Press.

Néanmoins, la proportion de résidents recevant des soins adéquats est passée entre 1995-2000 et 2010-2012 de 79,7 % à 92,1 %. Il ne faut pas pour autant baisser la garde.