

Université de Montréal

**Études de cas sur l'impact de l'intégration du programme
d'Agrément Canada sur le changement et l'apprentissage
organisationnel : la Health Authority of Anguilla et la Ca'
Foncella Ospetale di Treviso**

par
Gilles Lanteigne

Département de l'administration de la Santé
Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor (Ph. D.)
en Santé publique

Août 2008

© Gilles Lanteigne, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Études de cas sur l'impact de l'intégration du programme d'Agrément
Canada sur le changement et l'apprentissage organisationnel : la Health
Authority of Anguilla et la Ca' Foncella Ospetale di Treviso

présentée par :

Gilles Lanteigne

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Farand Lambert

Président-rapporteur

Jean-Louis Denis

Directeur

Marie-Pascale Pomey

Directrice

André-Pierre Contandriopoulos

Membre du jury

Doug Angus

Examineur externe

Régis Blais

Représentant du doyen de la FES

RÉSUMÉ

Cette recherche évalue si l'intégration du programme d'agrément MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation) d'Agrément Canada, anciennement Conseil canadien d'agrément des services de santé, engendre du changement et de l'apprentissage organisationnel. Elle étudie le cas de deux organismes de santé, la *Health Authority of Anguilla* (HAA) et la *Ca' Foncella Opetale de Treviso* (CFOT).

La recherche comporte trois niveaux d'analyse pour lesquels des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies : 1) les membres des équipes d'agrément; 2) les équipes d'agrément; 3) l'organisme dans son ensemble. Des questionnaires individuels administrés aux membres des équipes, des entretiens semi-structurés avec les chefs des équipes et les coordonnateurs de la qualité, une revue de documentation et plusieurs mesures périodiques du niveau de compliance aux normes MIRE ont été les techniques de collecte de données utilisées.

Les résultats indiquent que les organismes ont opéré des transformations : 1) stratégiques; 2) de l'organisation; 3) des relations avec son environnement. Ils ont amélioré leurs systèmes et leurs pratiques de gestion de même que leurs communications internes et externes.

Il y a eu aussi des apprentissages utiles par les individus, les équipes et les organismes. Les apprentissages individuels concernaient les programmes qualité, l'approche centrée sur la clientèle, la gestion des risques, l'éthique professionnelle, la gestion participative et l'évaluation des services.

Les étapes « autoévaluation » et « apporter des améliorations et donner suite aux recommandations » du cycle d'agrément ont contribué le plus au changement et à l'apprentissage organisationnel. Les équipes interdisciplinaires d'agrément ont été le véhicule privilégié pour réaliser ces changements et ces apprentissages.

La HAA et la CFOT ont amélioré progressivement leur niveau de conformité aux normes dans toutes les dimensions de la qualité, au niveau des équipes d'agrément et pour l'ensemble de l'organisation. Néanmoins, l'amélioration du niveau global de conformité était en deçà de la limite minimum des exigences du programme pour l'obtention d'un statut d'agrément sans restrictions importantes.

L'envergure des changements et des apprentissages réalisés soulève la question de la capacité des organismes d'institutionnaliser ces nouvelles connaissances. La CFOT pourrait y arriver étant donné les ressources et les compétences à sa disposition.

Mots-clés : agrément, changement et apprentissage organisationnel, niveau de conformité.

ABSTRACT

This research assesses whether integration of Accreditation Canada's (previously known as Canadian Council on Health Services Accreditation) AIM (Achieving Improved Measurement) accreditation program brings about change and organizational learning. It studies the case of two health organizations: the *Health Authority of Anguilla* (HAA) and the *Ca' Foncella Opetale de Treviso* (CFOT).

The research consists of three levels of analysis for which qualitative and quantitative data were gathered: (1) members of the accreditation teams; (2) the accreditation teams; (3) the organization as a whole. The techniques used to collect data consisted of individual questionnaires administered to team members, semi-formal interviews with team leaders and quality coordinators, a review of documentation and several periodic measurements of compliance with the AIM standards were the techniques used.

The findings indicate that the organizations made strategic, organizational and relational changes. They improved their systems and management practices as well as their internal and external communications.

There was also useful learning by individuals, teams and the organizations. Individual learning involved quality programs, the client-focused approach, risk management, professional ethics, participatory management and assessment of services.

The "self-assessment" and "make improvements and implement the recommendations" stages of the accreditation cycle contributed the most to change and organizational learning. The interdisciplinary accreditation teams were the preferred vehicle for achieving these changes and this learning.

The HAA and CFOT have gradually improved their level of compliance with the standards in all quality dimensions, both at the accreditation team level and

throughout the organization. However, improvement in the overall compliance level was below the program's minimum requirements to obtain accreditation status without major restrictions.

The scope of the changes and learning achieved raises the issue of the capacity of organizations to formalize this new knowledge throughout the organization. CFOT might achieve this given the resources and skills available to it.

Keywords: accreditation, organizational change & learning, level of compliance

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 INTRODUCTION ET PROBLÈME DE RECHERCHE.....	3
CHAPITRE 2 CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	14
2.1 L'évolution des programmes d'agrément	14
2.2 Le Conseil canadien d'agrément des services de santé.....	21
2.3 Rapprochement entre qualité et programmes d'agrément	26
2.4 Particularités des cas choisis	30
2.4.1 La Health Authority of Anguilla (HAA).....	32
2.4.2 La Ca' Foncello Ospitale di Treviso (CFOT)	37
CHAPITRE 3 ÉTAT DES CONNAISSANCES	41
3.1 État des connaissances sur les programmes d'agrément.....	41
3.1.1 Connaissances paradigmatiques : réflexions, témoignages, perceptions et observations.....	45
3.1.1.1 Les décideurs et les instances influentes	49
3.1.1.2 Les organismes agréés.....	52
3.1.1.3 Les professionnels de la santé	55
3.1.2 Données probantes : construit scientifique.....	58
3.1.2.1 Programmes d'amélioration de la qualité.....	58
3.1.2.2 Utilisation du rapport et des recommandations d'agrément.....	61
3.1.2.3 Utilisation des indicateurs	62
3.1.2.4 Apprentissage et changement organisationnel	63
3.1.2.5 Niveau de compliance	65
3.2 Changement et apprentissage organisationnel.....	69
3.2.1 Changement organisationnel.....	71
3.2.1.1 Introduction et définition.....	71
3.2.1.2 Typologie de changement	75
3.2.1.3 Les dimensions du changement.....	77

3.2.1.4 Composantes de la réussite de l'implantation du changement.....	86
3.2.2 Apprentissage organisationnel	93
3.2.2.1 Introduction et définition.....	93
3.2.2.2 Théorie dynamique sur la création de connaissance	95
3.2.2.3 L'agrément : un programme structurant de type facilitant.....	100
3.3 Modèle théorique d'analyse	102
CHAPITRE 4 MÉTHODOLOGIE.....	115
4.1 Le devis de recherche.....	115
4.2 Le choix des cas.....	116
4.3 Variables à l'étude.....	119
4.4 Stratégie et période d'analyse	124
4.4.1 Positionnement du chercheur	125
4.4.2 Ca' Foncella Hospitale di Treviso (CFOT).....	127
4.4.3 Health Authority of Anguilla (HAA)	128
4.5 Instruments et collecte des données.....	131
4.5.1 Niveau de compliance	132
4.5.2 Documentation et observations	133
4.5.3 Questionnaire individuel	136
4.5.4 Entretiens semi structurés.....	138
4.6 Validité et généralisation de la recherche	1401
4.6.1 Validité du construit.....	141
4.6.2 Validité interne.....	141
4.6.3 Validité externe	142
4.7 Considérations éthiques.....	142
CHAPITRE 5 RÉSULTATS.....	144
5.1 Résultats de la Health Authority of Anguilla (HAA)	147
5.1.1 Changement et apprentissage organisationnel	152
5.1.1.1 Composantes de la réussite d'un changement.....	152

5.1.1.1.1 Vision : acquisition de nouveaux modèles, compréhension réflexive et nouvelle utopie	152
5.1.1.1.2 Compétences : leadership, compétences en gestion de la qualité et personnes-ressources internes et externes	154
5.1.1.1.3 Incitatifs : fortes pressions internes/externes, décentralisation du pouvoir vers les équipes et valorisation soutenue des promoteurs.....	155
5.1.1.1.4 Ressources : capacités excédentaires des acteurs légitimes, espaces discrétionnaires d'autonomie et capacités cognitives rationnelles des acteurs	157
5.1.1.1.5 Plan d'action : visibilité de l'engagement de la direction, stratégies de diffusion d'apprentissages et d'adhésion, structure et échéancier.....	159
5.1.1.1.6 Transformation : i) stratégique avec acquisition d'un management de qualité, ii) organisationnelle avec structure, processus, acteurs et trajectoire/performance et iii) relationnelle entre l'organisation et son environnement, changement organisationnel réussi et transformation de l'organisation.....	160
5.1.1.2 Composantes du processus d'apprentissage.....	165
5.1.1.2.1 Conditions facilitantes : se renseigner et décider d'adhérer au programme d'agrément	165
5.1.1.2.2 Accroissement des connaissances individuelles : se préparer.....	166
5.1.1.2.3 Partage des connaissances tacites : autoévaluation	167
5.1.1.2.4 Conceptualisation/Cristallisation : planifier et tenir la visite	168
5.1.1.2.5 Justification : rapport et certificat d'agrément	169
5.1.1.2.6 Réseautage de la connaissance : apporter des améliorations et donner suite aux recommandations	171
5.1.1.2.7 Le type de bureaucratie : facilitant versus coercitif	175
5.1.1.2.8 Le type d'adhésion : volontaire versus obligatoire	176
5.1.1.3 Niveau de compliance	179
5.2 Résultats pour la Ca' Foncella Ospedale di Treviso (CFOT).....	197
5.2.1 Changement et apprentissage organisationnel.....	200

5.2.1.1 Composantes de la réussite d'un changement.....	200
5.2.1.1.1 Vision avec acquisition de nouveaux modèles et la compréhension réflexive et nouvelle utopie	200
5.2.1.1.2 Compétences : leadership, compétences en gestion de la qualité et des personnes-ressources internes et externes.....	202
5.2.1.1.3 Incitatifs avec de fortes pressions internes/externes, la décentralisation du pouvoir vers les équipes et la valorisation soutenue des promoteurs.....	204
5.2.1.1.4 Ressources avec les capacités excédentaires des acteurs légitimes, l'espace discrétionnaire d'autonomie et les capacités cognitives rationnelles des acteurs	208
5.2.1.1.5 Plan d'action avec la visibilité de l'engagement de la direction, les stratégies de diffusion d'apprentissages et d'adhésion, la structure et l'échéancier	209
5.2.1.1.6 Transformations de nature i) stratégique avec acquisition de management de la qualité; ii) organisationnelle avec structure, processus, acteurs et trajectoire/performance; iii) relationnelle entre l'organisation et son environnement, changement organisationnel réussi et transformation de l'organisation.....	212
5.2.1.2 Composantes du processus d'apprentissage.....	218
5.2.1.2.1 Conditions facilitantes : se renseigner et décider d'adhérer au programme d'agrément	218
5.2.1.2.2 Accroissement des connaissances individuelles : se préparer.....	219
5.2.1.2.3 Partage des connaissances tacites : autoévaluation	220
5.2.1.2.4 Conceptualisation/Cristallisation : planifier et tenir la visite	222
5.2.1.2.5 Justification : rapport et certificat d'agrément	223
5.2.1.2.6 Réseautage de la connaissance : apporter des améliorations et donner suite aux recommandations	225
5.2.1.2.7 Le type de bureaucratie : facilitant versus coercitif	227
5.2.1.2.8 Le type d'adhésion : volontaire versus obligatoire	228
5.2.1.3 Niveau de compliance	231

5.3 Analyse transversale de la HAA et de la CFOT	247
5.3.1 Changement et apprentissage organisationnel	248
5.3.1.1 Composante de la réussite d'un changement	248
5.3.1.1.1 Vision : acquisition de nouveaux modèles, compréhension réflexive et nouvelle utopie	248
5.3.1.1.2 Compétences : leadership, compétences en gestion de la qualité et personnes-ressources internes et externes	250
5.3.1.1.3 Incitatifs : fortes pressions internes/externes, décentralisation du pouvoir vers les équipes et valorisation soutenue des promoteurs.....	252
5.3.1.1.4 Ressources : capacités excédentaires des acteurs légitimes, espaces discrétionnaires d'autonomie et capacités cognitives rationnelles des acteurs	254
5.3.1.1.5 Plan d'action : visibilité de l'engagement de la direction, stratégies de diffusion d'apprentissages et d'adhésion, structure et échéancier.....	257
5.3.1.1.6 Transformation : i) stratégique avec acquisition de management de la qualité, ii) organisationnelle avec structure, processus, acteurs et trajectoire/performance et iii) relationnelle entre l'organisation et son environnement, changement organisationnel réussi et transformation de l'organisation.....	258
5.3.1.2 Composantes du processus d'apprentissage.....	263
5.3.1.2.1 Conditions facilitantes : se renseigner et décider d'adhérer au programme d'agrément	263
5.3.1.2.2 Accroissement des connaissances individuelles : se préparer.....	265
5.3.1.2.3 Partage des connaissances tacites : autoévaluation	266
5.3.1.2.4 Conceptualisation/Cristallisation : planifier et tenir la visite	268
5.3.1.2.5 Justification : rapport et certificat d'agrément	269
5.3.1.2.6 Réseautage de la connaissance : apporter des améliorations et faire un suivi des recommandations	270
5.3.1.2.7 Le type de bureaucratie : facilitant versus coercitif	272
5.3.1.2.8 Le type d'adhésion : volontaire versus obligatoire	273
5.3.1.3 Niveau de compliance.....	278

CHAPITRE 6 DISCUSSION	300
6.1 Discussion sur le modèle théorique.....	300
6.1.1 Apprentissage et changement organisationnel	301
6.1.2 Niveau de compliance	306
6.2 Paradoxes	313
6.2.1 Participation au programme volontaire ou mandaté	314
6.2.2. Leadership de type facilitant ou coercitif.....	318
6.3 Validité de la recherche	324
CHAPITRE 7 CONCLUSION	332
BIBLIOGRAPHIE	339
ANNEXE I PROGRAMME MESURES IMPLANTÉES DU RENOUVEAU DE L'ÉVALUATION (MIRE).....	XX
ANNEXE II DÉFINITION DES VARIABLES À L'ÉTUDE.....	XXXII
ANNEXE III QUESTIONNAIRE POUR ENTRETIENS SEMI STRUCTURÉS, VERSION ANGLAISE.....	XXXIX
ANNEXE IV QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL POUR MEMBRES DES ÉQUIPES D'AGRÉMENT.....	XLIII
ANNEXE V DONNÉES COMPLÉMENTAIRES.....	LIII

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I

Sommaire des définitions de la qualité étudiées lors des travaux MIRE

Tableau II

Typologie du changement organisationnel par suite de l'introduction du programme d'agrément

Tableau III

Cadre conceptuel de la qualité, dimension et descripteur associé

Tableau IV

Variables du changement organisationnel catégorie et sous-catégorie

Tableau V

Variables d'apprentissage organisationnel catégorie et sous-catégorie

Tableau VI

Variables de l'amélioration de la qualité

Tableau VII

Performance organisationnelle selon les dimensions de la qualité décembre 2006 (HAA)

LISTE DES FIGURES

Figure 1

Modèle conceptuel de l'état de connaissances sur les programmes d'agrément

Figure 2

Les dimensions du changement, Pomey 2002, (adapté de Denis, Contandriopoulos et al., 2000)

Figure 3

Composantes à la réussite de l'implantation d'un programme d'agrément

Figure 4

Modèle du processus de création de la connaissance organisationnelle par le programme d'Agrément Canada à partir du modèle de Nonaka

Figure 5

Programme et étapes du cycle d'Agrément Canada

Figure 6

Modèle de changement organisationnel réussi, adapté de Pomey 2002/ Bridges 1994/Lozeau et coll.2002 /Denis et coll. 2002

Figure 7

Modèle du processus de la création de la connaissance organisationnelle avec le cycle d'Agrément Canada, du type de bureaucratie et du type d'adhésion, adapté de Nonaka/cycle d'agrément/Adler et Borys

Figure 8

Modèle d'analyse de l'impact de l'intégration du programme d'agrément

Figure 9

Cycle d'Agrément Canada et cycle suivi par la HAA

Figure 10

Performance détaillée - Équipe de leadership et partenariat par sous-section (HAA)

Figure 11

Performance détaillée - Équipe de gestion des ressources humaines par sous-section (HAA)

Figure 12

Performance détaillée - Équipe de gestion de l'information par sous-section (HAA)

Figure 13
Performance détaillée - Équipe de gestion de l'environnement par sous-section (HAA)

Figure 14
Performance détaillée - Équipe de soins de courte durée par sous-section (HAA)

Figure 15
Performance détaillée - Équipe de soins de longue durée par sous-section (HAA)

Figure 16
Performance détaillée - Équipe de soins primaires par sous-section (HAA)

Figure 17
Performance organisationnelle sur les dimensions de la qualité (HAA)

Figure 18
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Milieu de travail (HAA)

Figure 19
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Approche centrée sur le client/communauté (HAA)

Figure 20
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Compétence du milieu (HAA)

Figure 21
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Réponse aux besoins (HAA)

Figure 22
Cycle suivi par la CFOT

Figure 23
Performance détaillée - Équipe de leadership et partenariat par sous-section (CFOT)

Figure 24
Performance détaillée - Équipe de gestion des ressources humaines par sous-section (CFOT)

Figure 25
Performance détaillée - Équipe de gestion de l'information par sous-section (CFOT)

Figure 26
Performance détaillée - Équipe de gestion de l'environnement par sous-section (CFOT)

Figure 27
Performance détaillée - Équipe de soins de médecine par sous-section (CFOT)

Figure 28
Performance organisationnelle sur les dimensions de la qualité (CFOT)

Figure 29
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Milieu de travail (CFOT)

Figure 30
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Approche centrée sur le client ou la communauté (CFOT)

Figure 31
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Compétence du milieu (CFOT)

Figure 32
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Réponse aux besoins (CFOT)

Figure 33
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Leadership et partenariat

Figure 34
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Gestion des ressources humaines

Figure 35
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Gestion de l'information

Figure 36
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Gestion de l'environnement

Figure 37
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Dimension de la qualité

Figure 38
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Milieu de travail

Figure 39
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Approche centrée sur le client/communauté

Figure 40
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Compétence du milieu

Figure 41
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Réponse aux besoins

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARSS	Alenia Regionale Socio Sanitare
ARSSSQ	Agences de la santé et des services sociaux du Québec
ALPHA	Agenda for Leadership in Program for Healthcare Accreditation
ANAÈS	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ACS	American College of Surgeons
AHA	American Hospital Association
AIIC	Association des infirmières et infirmiers de Canada
AMC	Association médicale canadienne
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
CCASS	Conseil canadien d'agrément des services de santé
COHSASA	Council for Health Services Accreditation of Southern Africa
ÉNAP	École nationale d'administration publique
HAA	Health Authority of Anguilla
HAS	Haute autorité de la santé
IAP	International Accreditation Program
ISQUA	International Society for Quality in Health Care
IHSAB	Irish Health Services Accreditation Board
JCAHO	Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations
MSDSA	Ministère de la santé et du développement social d'Anguilla
MIRE	Mesures Implantées pour le renouveau de l'évaluation
MSSSQ	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NCQA	National Committee for Quality Assurance
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAHO	Pan American Health Organization
RCPSC	Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
ULSS	Unita Locale Socio Sanitare

REMERCIEMENTS

Cette section est certes la plus agréable de cette thèse, car, en plus d'avoir l'occasion de reconnaître toutes les personnes qui ont contribué de façon importante à ce projet, c'est aussi un moment unique pour revisiter les nombreuses étapes de ce périple, et chacune d'elles me rappelle de bons moments. Cette belle histoire a duré quelques années.

Le premier remerciement est pour Jean-Louis Denis et Marie-Pascale Pomey mes codirecteurs de thèse. Pendant que mes collègues étudiants se plaignaient de la disponibilité limitée de leurs directeurs respectifs, je profitais d'une attention privilégiée. Vous avez été des maîtres intelligents, respectueux et habiles. Votre rigueur et vos encouragements m'ont inspirés. Je vous en suis très reconnaissant.

Le deuxième remerciement est pour mon complice, collègue et ami Martin Beaumont avec qui j'ai fait tellement d'allées et retours entre Ottawa et Montréal pour compléter la première partie de ce programme d'étude. Nous avons partagé la pluie, la neige et le beau temps des quatre saisons. Bon courage!

Merci à Ileana et à Caroline pour leur patience exemplaire à embellir tous ces tableaux, figures et autres griffonnages que mes connaissances limitées rendaient nécessaire. Jamais je ne saurais faire de même ou me dispenser de cette aide.

Merci à Denise d'avoir révisé et travaillé le texte. Il est tellement mieux présenté grâce à son travail.

Merci à Daniel, Irving et Luigi pour l'aide et l'assistance avec les transcriptions d'entretiens à propos desquelles je me suis parfois impatienté. Daniel a su garder le projet en vie pendant un creux hivernal grâce à ses questions et à nos nombreuses rencontres visant à peaufiner notre instrument de cueillette de données.

Merci à Conny, Eva, Maria Ines, Helena, Laura pour leur aide précieuse pendant la cueillette des données.

Merci à Elma, Wendy, Donna et au conseil d'administration d'Agrément Canada pour un appui nécessaire et sans lequel je n'aurais pas complété le programme d'étude et encore moins cette thèse.

Merci à ces collègues visiteurs qui ont contribué, sans le savoir, à l'évaluation des organismes étudiés.

Merci à Nicole et au personnel d'Agrément Canada pour les critiques constructives et les commentaires au cours des interminables quêtes de validation des instruments de collecte de données.

Merci aux dirigeants de la *Health Authority of Anguilla* et en particulier à Dexter James ainsi qu'au directeur général de la *Ca' Foncella Ospedale di Treviso*, le docteur Claudio Dario d'avoir accepté de participer à cette recherche.

Merci aux autres pour leur appui indéfectible à toutes les étapes du projet : Su, Ariel, Charlie, Paula, Marty, François, Nicole, France et à tous les autres que j'ai pu oublier et que je sais nombreux.

Merci au président du jury de révision, Dr. Farand Lambert et aux autres membres, Dr. Régis Blais, Dr. A.-P. Contandriopoulos et mes codirecteurs. Un merci spécial au Dr. Doug Angus, examinateur externe son support et ses précieux conseils.

Merci à Diane et Edwidge car sans vous cette thèse aurait été abandonnée sur ma table de travail. Je vous dédie cette thèse. Vous inspirez ma vie.

Enfin, merci à cette merveilleuse Acadie et à la mer.

PRÉAMBULE

Qu'est-ce qui motive une personne à terminer un doctorat en santé publique à l'âge de 57 ans alors que ses ambitions devraient porter plus naturellement vers une belle retraite après une carrière de 35 ans dans le domaine de la santé?

Peut-être le souvenir de ma rencontre, peu après mon entrée en poste comme nouveau directeur général d'un hôpital communautaire, avec un médecin engagé qui m'a convaincu qu'il fallait se joindre au programme d'agrément du Conseil canadien d'agrément de services de santé (récemment rebaptisé Agrément Canada). C'était, selon lui l'outil à privilégier pour rétablir la confiance de la population envers l'établissement et le guide parfait pour mettre en place des systèmes et pratiques de gestion adéquats pour la bonne marche d'un établissement hospitalier. Cette rencontre fut mon premier contact avec l'agrément, il y a déjà plus de 20 ans.

Serait-ce plutôt cette autoévaluation que j'ai faite dans mon bureau alors que je devais respecter l'échéancier d'une prochaine visite d'agrément et que je « trichais » en remplissant presque seul toutes les sections du cahier de normes? J'avoue ma faute, mais elle a eu la vertu de me faire apprendre le programme. Mais, quelques semaines plus tard, en recevant le rapport de visite et ses nombreuses recommandations, j'ai bien vu que je n'avais pas berné les visiteurs expérimentés.

Ou encore, serait-ce la fierté ressentie lorsque j'ai été nommé chef d'une équipe d'agrément dans un hôpital d'enseignement avec des collègues pour lesquels j'éprouvais la plus haute estime?

J'ai peut-être aussi été influencé par ces nombreuses visites effectuées au fil des douze dernières années à titre de visiteur et chef d'équipe pour Agrément Canada et pour la *International Society of Quality*, partout au Canada, en Europe, au Moyen-Orient, en Asie, en Amérique du Sud et dans les Caraïbes.

Et que dire de mes sept dernières années passées à Agrément Canada comme membre de la direction. J'ai collaboré avec mes estimés collègues visiteurs et le personnel de l'agence à l'implantation du programme Mesures implantées du renouveau de l'évaluation (MIRE) et au développement du nouveau programme *Qmentum*, en vigueur depuis janvier 2008.

Je crois que c'est un peu de toutes ces expériences, mais aussi les nombreuses rencontres et les échanges professionnels qu'elles ont permis avec ces personnes engagées à améliorer les systèmes de santé à travers le monde et qui m'ont constamment inspiré.

Par ailleurs, il y a aussi les visages émerveillés de ces personnes dans les équipes d'agrément et la passion qu'elles manifestent lorsqu'on leur rend visite. Ces personnes qui, au quotidien, font une différence sur le terrain par leur engagement à offrir des services humains centrés sur les besoins de la population.

J'ai également été inspiré par ces autres professionnels de l'agrément comme Elma, Wendy, Donna, Martin, Paula, Su, Danielle, Suzanne, Chris, Liane, Ileana, Maria Ines, Laura, Claudio, Simon, Jean-Bernard, Carmen, Louise, Louise, Lise, Louis-Marie, Randy, Marie-Pascale, Jean-Louis, François, Doug, Charles, Brian, Barbara, Suzy et tous les autres qui fidèles au poste déploient leur savoir faire pour cette cause.

Au-delà des exigences de cette thèse et de la rigueur scientifique et méthodologique qu'elle requiert, comment ne pas me souvenir de l'émotion que j'ai ressentie lors de la présentation, en décembre 2007, des résultats dans cette enceinte grandiose qu'est cette salle de l'Université de Treviso dont l'aménagement intègre les vestiges de la Ca' Foncella Ospidale di Treviso qui témoignent de la longue histoire de cet établissement.

Devant cette salle comble où étaient venus les dirigeants des hôpitaux et cliniques de toutes les sous-régions de la Vénétie, je partageais les résultats de cette recherche. À

la table des présentateurs, je côtoyais les acteurs qui ont encouragé le projet, dont les directeurs des ULSS de Treviso, le docteur Claudio Dario et de Belluno, Monsieur Alberto Vielmo, le directeur de de la *Agenzia Regionale Socio Sanitare*, le docteur F. Antonio Compostella le représentant de *l'Assessore alla Sanità*, monsieur Francesca Martini et la représentante de *l'International Accreditation Program*, madame Elma Heidemann.

Et moi, venu d'un autre continent pour implanter le programme d'Agrément Canada j'ai pu entendre le directeur général de la ULSS de Treviso, le Directeur général de la ARLL de la région de Venise et le directeur général de la ULSS de Belluno témoigner avec enthousiasme de l'impact positif du programme sur la qualité des services de leurs établissements respectifs. Y a-t-il besoin d'autres preuves pour affirmer que l'accréditation peut s'avérer un outil de changement et d'apprentissage organisationnel?

Que dire aussi de ma récente rencontre en novembre 2007 avec monsieur Dexter James, le directeur général de la *Health Authority of Anguilla* au moment de l'implantation du programme d'agrément qui, à l'occasion d'un souper avec d'autres collègues venus de pays encore plus lointain que l'Italie, racontait l'impact de l'introduction du programme dans cet organisme. Il demeure aujourd'hui aussi emballé et pense déjà à utiliser l'agrément dans les nouvelles fonctions qu'il a récemment assumées. Avais-je vraiment besoin d'autres motivations?

Il faut croire que oui, car après avoir été observateur, évalué, évaluateur, gestionnaire de l'implantation et de la mise à niveau, pionnier et concepteur de programme d'agrément, je me devais de devenir...chercheur. Voilà! La boucle est bouclée.

CHAPITRE 1 INTRODUCTION ET PROBLÈME DE RECHERCHE

Bien que leur origine remonte au début du 20^e siècle, les premières agences d'agrément furent officiellement créées il y a un peu plus de cinquante ans dans le but d'améliorer la qualité des établissements et des services de santé. Soucieux de maintenir leur indépendance professionnelle et leur autonomie en matière de gestion, les chirurgiens et autres professionnels du corps médical décidèrent de s'engager dans le développement et l'application de normes pour encadrer leur pratique et démontrer qu'ils étaient imputables pour la qualité des services offerts (Roberts et coll., 1987).

Aujourd'hui les agences d'agrément sont présentes dans de nombreux pays sur tous les continents (Shaw, 2003). Le développement de nouvelles agences nationales d'agrément poursuit un rythme effréné. Depuis 1995, leur nombre double tous les 5 ans (Shaw, 2003). Elles constituent un fondement incontournable des systèmes de santé et sont perçues comme essentielles à leur mise en place, et ce, même dans les pays considérés comme moins développés.

Au fil des ans, nombre de pays ont établi des programmes nationaux d'agrément comme outil d'évaluation de la qualité des soins et services de santé. Certains les utilisent comme outil de contrôle externe et d'imputabilité du système de santé et d'autres comme un moyen d'appropriation volontaire d'un mécanisme de développement organisationnel et professionnel. Dans les deux cas, l'objectif consiste à améliorer la qualité des soins et services de santé.

Cet intérêt croissant pour les programmes d'agrément démontre un engagement formel des autorités et du milieu à développer des services qui répondent à des normes préétablies en matière de qualité dans le milieu de la santé.

Sauf exception, les programmes mis en place depuis les années 1990 obligent la participation des organismes et les agences sont contrôlées entièrement ou, à tout le moins, dans une large mesure par l'État. Cet accaparement par les autorités d'un

programme créé à l'origine par les corps professionnels soucieux de démontrer, sur une base volontaire, leur imputabilité en matière de qualité constitue certes un premier phénomène intéressant.

La participation volontaire des établissements de santé et la création d'agences indépendantes, par opposition à une participation mandatée par les autorités et des agences contrôlées par l'État, s'avèrent des considérations importantes dans la dynamique de l'évolution des programmes d'agrément.

Cette obligation de participation constitue par ailleurs un écart par rapport à un des fondements philosophiques de l'établissement des premières agences. Rares de nos jours, sont les agences nationales qui ne sont pas sous une certaine forme de tutelle de l'État ou des entreprises qui financent les services de santé par le biais d'assurances collectives ou individuelles. Bien que l'on reconnaisse l'importance de l'implication des professionnels de la santé dans les programmes d'agrément, les autorités gouvernementales sont empressées de créer ces agences et de mandater la participation des établissements et organismes plutôt que de l'inciter.

Cet accaparement et ce contrôle des agences par les autorités, remet-il en question les programmes d'agrément et leur vocation originale? Dans ce contexte, les objectifs de standardisation et d'amélioration de la qualité des services de santé qui sous-tendaient la création du mouvement de l'agrément peuvent-ils encore être atteints? Serait-il encore possible d'atteindre ces objectifs dans un contexte de participation volontaire de l'agrément?

Certains paradoxes relevés dans le programme d'agrément français (Pomey et coll., 2004): agrément versus inspection, appropriation des professionnels versus appropriation aux fins des gestionnaires, amélioration des pratiques versus outil d'allocation des ressources, mettent en évidence la confusion engendrée par l'évolution des programmes d'agrément et leur appropriation par les autorités en les contrôlant et en les imposant aux organismes de santé.

Les conséquences pour les programmes d'agrément de s'écarter de leur fondement philosophique initial peuvent s'avérer préjudiciables. Les caractéristiques originelles de l'agrément en faisaient un programme qu'Adler et Borys (1996) qualifient de structurant de type facilitant pour les intervenants du milieu de la santé par opposition à un programme de type coercitif.

Le programme d'agrément, alors qu'il traverse une période d'expansion phénoménale, est-il en train de perdre, par suite de son appropriation par les autorités, ses fondements historiques et ses attributs d'outil d'évaluation de la qualité et de la prestation de soins et de services sécuritaires dans les organismes de santé, attributs qui le classaient comme un programme de type facilitant conçu « par et pour » les intervenants cliniciens?

Il semble évident que, si les autorités en place jugeaient que les programmes d'agrément volontaires améliorent les services de santé et les rendent plus sécuritaires, elles ne se sentiraient pas obligées d'intervenir avec autant de rigueur en mandatant la participation.

Le milieu de la santé est généralement composé d'établissements que Mintzberg (2003) qualifie de bureaucraties professionnelles, dans lesquelles les praticiens s'acquittent de fonctions complexes pour lesquelles ils jouissent d'une grande autonomie. Ce contexte se prête mal à une approche à caractère obligatoire. L'introduction d'un programme comme l'agrément dans une organisation peut être perçue comme conduisant à ce que Denis et coll. (2000) qualifient de résultats possibles découlant de l'interaction entre des trajectoires divergentes. Ce cadre d'analyse, adapté à la situation du programme d'agrément, peut générer l'une ou l'autre des situations suivantes : 1) transformation - le programme donnera les résultats voulus malgré son imposition; 2) assimilation - malgré le caractère obligatoire, les intervenants conserveront les valeurs originales du programme; 3) accommodement - le programme se transformera partiellement pour satisfaire les besoins des décideurs et des intervenants; 4) parallèle - des divergences

fondamentales perdureront. Dans un environnement hautement spécialisé comme celui de la santé, la dernière option semble, à première vue, comme la plus probable, surtout si les professionnels se sentent contraints d'adopter une démarche qui leur est imposée.

L'adhésion volontaire contribue-t-elle vraiment à une transformation des organisations? Est-ce plutôt un accommodement pour sauver les apparences, ce qui pourrait à la fois convenir aux professionnels et aux décideurs? La démonstration des effets bénéfiques d'une participation volontaire n'est pas appuyée par des preuves suffisamment solides. Les décideurs et la communauté scientifique demeurent sceptiques concernant cette approche.

Parallèlement à l'émergence de nombreux programmes nationaux d'agrément, cette période d'expansion est aussi marquée par des réorganisations majeures des systèmes de santé dans un très grand nombre de pays. Rendues nécessaires par une conjoncture liée à des pressions croissantes pour l'ajout de ressources, plusieurs pays ont introduit de grandes réformes visant une meilleure efficacité, efficacité et économie dans la prestation des services et l'utilisation des ressources. Confrontés à ces objectifs de performance, les programmes d'agrément, avec leur volet d'évaluation externe, peuvent s'avérer un mécanisme attrayant pour se prémunir contre un dérapage sur le plan de la qualité des services, face à une population qui exige de plus en plus d'imputabilité et de transparence des institutions publiques et privées.

Par contre, la mise en place de programmes d'agrément nécessite l'affectation de ressources importantes en frais directs et indirects, tant pour le financement des agences d'agrément que pour les organisations participantes. Dans un contexte de ressources limitées et de choix difficiles concernant ce que doivent être les priorités à financer dans le domaine de la santé, les décideurs se voient obligés de justifier les ressources importantes investies dans l'actualisation d'une démarche d'agrément.

Malgré l'engouement manifesté (Benn, 1998 ; Stalder, 1997 ; Pinson, 1996) par les utilisateurs et l'expansion rapide du nombre de nouveaux programmes, plusieurs se questionnent encore sérieusement sur la valeur réelle et sur la pertinence d'affecter autant d'efforts et de temps à un programme qui n'a pas démontré objectivement sa véritable valeur et un ratio coûts- bénéfices positif (Bergman, 1994; Morrissey, 2002 ; Clayton, 1994) et ce, peu importe que la participation soit obligatoire ou non.

Dans ce contexte, il importe de chercher à comprendre la contribution apportée par les programmes d'agrément au système relativement à la qualité des soins et services de santé. Les efforts et les ressources qui y sont consacrés constituent-ils un bon investissement ou, au contraire, s'agit-il de dépenses plus ou moins inutiles? Les ressources pourraient-elles être mieux utilisées ailleurs?

Un deuxième constat intrigant concerne la contribution de ressources importantes exigée par la mise en œuvre des programmes d'agrément et le peu de preuve de leur impact sur la qualité des services et sur la santé des populations. Dans un contexte de rareté des ressources et des besoins pressants des organismes de santé, comment expliquer que des pays en voie de développement empruntent pour financer la création d'agence nationale d'agrément ou pour adhérer à un programme provenant d'un autre pays? Ces investissements se justifient-ils rationnellement? Ces décideurs sont-ils bernés par des vendeurs d'agrément ou au contraire, les bénéfices sont-ils à ce point évidents qu'il n'est pas nécessaire de faire la démonstration scientifique de la réelle valeur des programmes d'agrément?

Un troisième phénomène important dans cette problématique de l'agrément doit également être souligné. En même temps que les critiques se font de plus en plus virulentes quant à la véritable valeur de ces certificats qui ornent les murs des établissements agréés (Bergman, R. 1994, Bogdenich, W. 1998), les divers programmes d'agrément consolident leur position dans les marchés traditionnels et se déploient dans plusieurs nouvelles sphères d'activité. L'agrément ne s'adresse plus uniquement au milieu institutionnel comme les centres hospitaliers ou les

établissements de soins de longue durée. La pénétration des programmes d'agrément s'étend aux cliniques externes, aux soins et services à domicile, aux cliniques de santé primaire et aux établissements de catégorie comme les centres de protection de la jeunesse et les centres de réadaptation pour déficits cognitifs que certains considèrent plus du domaine social que du domaine de la santé.

L'agrément a-t-il un impact positif, ou bien est-ce un camouflage pour faire taire certaines critiques sur la qualité des soins et des services offerts à la population? Quel est cet impact? Est-il valable, positif ou négatif? Comment les intervenants du milieu perçoivent-ils la valeur de l'agrément? Est-ce une contribution marginale dans une organisation, ou un outil de transformation organisationnelle et systémique importante? Autant de questionnement qui mérite une sérieuse réflexion. Une meilleure compréhension du phénomène de l'agrément permet ainsi d'enrichir la réflexion en cours.

Cette recherche vise donc à améliorer la compréhension de l'impact de l'intégration d'une démarche d'agrément volontaire dans un organisme de santé en termes de changement organisationnel et d'acquisition d'apprentissage.

Cette recherche est essentielle, car malgré l'importance du phénomène de l'agrément et les ressources considérables qui y sont investies, peu d'évidences objectives démontrent la valeur réelle de ces programmes. La contribution d'une telle recherche sur le plan des connaissances est significative, car malgré un intérêt récent, la communauté scientifique s'est peu préoccupée de comprendre l'impact de l'introduction d'une démarche d'agrément dans une organisation sur le plan du changement et de l'apprentissage organisationnel. Qui plus est, le peu d'évidence scientifique au sujet de la valeur de l'agrément soulève des débats sur la véritable valeur de cette intervention.

Comme le rapportait Charles Shaw (2002) lors d'une journée consacrée à l'agrément par l'Organisation mondiale de la Santé, certains défis méthodologiques rendent

difficile l'évaluation de l'agrément parce que : 1) l'agrément se concentre sur seulement certains sous-éléments de la prestation des soins; 2) les buts de l'agrément sont difficiles à définir et les attentes varient selon les utilisateurs et les observateurs; 3) l'agrément n'est pas une activité simple, mais un ensemble complexe qui interagit avec plusieurs composantes; 4) des études de cas parfaitement contrôlées exigent un environnement non contaminé. Il faut pouvoir faire des observations sur une période de plusieurs mois; or, de tels environnements sont plutôt rares. Malgré ces contraintes, nous croyons qu'il est possible de faire une recherche de qualité sur l'évaluation de l'efficacité de l'agrément. Il s'agit d'utiliser une méthodologie appropriée, de l'appliquer avec rigueur, de bien choisir les organisations et les milieux étudiés.

Cette recherche porte ainsi sur l'impact de l'introduction du programme d'agrément du Conseil canadien d'agrément de services de santé (CCASS), dont la dénomination sociale a été récemment changée pour Agrément Canada, dans une organisation dans un contexte d'adhésion volontaire. Plus précisément, elle s'intéresse à : 1) la contribution ou la non-contribution de l'agrément sur le plan du changement organisationnel; 2) l'acquisition ou la non-acquisition d'apprentissages organisationnels utiles à la mise en place de systèmes de qualité.

Premièrement, en s'inspirant de modèles théoriques validés, cette recherche s'intéresse à la contribution de l'agrément au changement organisationnel. L'instauration d'une démarche d'agrément s'avère-t-elle ou non un catalyseur de changement?

Deuxièmement, la recherche étudie l'impact du programme sur le développement de l'apprentissage organisationnel qui permet de mieux répondre aux normes et critères de qualité imposés par le programme d'Agrément Canada. À partir d'une théorie dynamique sur la création de la connaissance (Nonaka, 1994) qui suppose une progression allant de l'individu à des équipes de travail et enfin à toute l'organisation, la recherche s'attarde à bien comprendre comment l'intégration du programme

d'agrément contribue ou non à l'acquisition de connaissances. S'il y a acquisition de connaissances, les diverses étapes du cycle d'agrément sont-elles utiles et de valeur égale? Les connaissances ainsi acquises se traduisent-elles par une amélioration du niveau de compliance par rapport aux normes et exigences du programme d'agrément ?

En résumé, cette recherche vise à établir la valeur réelle de l'agrément sur des questions suivantes :

1. l'intégration du programme d'Agrément Canada apporte-t-il du changement dans un organisme de santé?
2. l'intégration du programme d'Agrément Canada génère-t-il de l'apprentissage dans un organisme de santé?
3. l'intégration du programme d'agrément génère-t-il une amélioration du niveau de compliance et aux autres exigences normatives?

Nous proposons une recherche qualitative, de type synthétique. La méthodologie retenue consiste en une étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués. Les unités d'analyse sont les individus, les équipes multidisciplinaires d'agrément et les organisations.

Le programme d'agrément Canada, avec son système d'évaluation, de mesure et de rapport sur la qualité, évalue la progression du niveau de compliance d'une organisation par rapport à des normes et des critères de qualité. Pour cela, et toujours selon une méthodologie d'analyse de cas qui vise une compréhension approfondie de phénomène étudié, des mesures « pré » et « post » démarche d'agrément permettent de comparer l'évolution du niveau de compliance. Les organisations s'améliorent-elles avec le temps? Si oui, où se situent ces changements?

Cette recherche s'intéresse à l'intégration de programme d'Agrément Canada dans deux organismes. Le premier est un service public en matière de santé, la *Health Authority of Anguilla* (HAA) localisée sur une petite île dans les Caraïbes. La HAA

est une organisation nouvellement formée à partir d'établissements existants. La deuxième est un centre hospitalier, la *Ca' Foncella di Treviso* (CFOT), situé dans la région de la Vénétie en Italie et qui existe depuis plusieurs siècles.

Les outils de cueillette de données ont été adaptés pour prendre en compte les contextes culturel et environnemental respectifs des deux cas étudiés. La contextualisation permet de valider que le modèle d'analyse de la recherche ainsi que le programme d'Agrément Canada s'appliquent dans les deux cas étudiés.

Dans cette recherche, l'agrément est considéré comme une intervention auprès d'une organisation (Contandriopoulos et coll., 1993). Cette intervention vise le développement organisationnel et la création de connaissances. Dans cette optique, cette intervention s'adresse à toutes les composantes et systèmes de l'organisation allant des fonctions de gouvernance à la gestion des opérations, des services de soutien et des soins.

De plus, cette recherche considère l'adoption du programme d'agrément dans une organisation sous l'angle d'un outil de gestion, au même titre que l'intégration d'une démarche de planification stratégique, le développement d'un programme qualité spécifique ou l'arrivée d'un nouveau dirigeant (Bergman, 1994).

Notre thèse comprend six chapitres distincts. Le chapitre 1 est l'introduction et la présentation de la problématique. Cette dernière s'articule autour de trois pôles : 1) l'évolution des programmes d'agrément et la digression de leur vocation primaire surtout causée par l'appropriation par les autorités du contrôle des agences et la prescription obligatoire des organisations; 2) la pertinence de consacrer autant de ressources dans ces programmes; 3) la diversification des programmes dans plusieurs autres secteurs de la santé sans avoir auparavant démontré sa véritable valeur.

Ces trois pôles sont importants, étant donné que la valeur réelle de ces programmes n'a pas encore été démontrée. Cette problématique aboutit à deux questions de

recherche qui portent sur la portée du changement et l'apprentissage organisationnel lors de l'introduction d'une démarche d'agrément dans un organisme de santé.

Avant d'opérationnaliser ces questions, il s'avère important de présenter le contexte de la recherche, c'est-à-dire l'évolution générale des programmes d'agrément, et de façon beaucoup plus précise, celui d'agrément Canada. Il importe d'établir les liens entre la qualité et l'agrément en établissant un rapprochement direct. Le chapitre 2 présente les cas retenus pour la recherche. Il présente l'évolution des programmes d'agrément en général comme outil d'évaluation normative de la qualité d'une part, et d'autre part, Agrément Canada et son programme MIRE (Mesures implantées du renouveau de l'évaluation) puisque c'est ce dernier qui a été intégré dans les deux organisations étudiées. Ce chapitre établit le lien entre l'évaluation de la qualité dans les organisations et les programmes d'agrément, ce qui est fondamental pour répondre aux questions de la recherche. La dernière partie explique la particularité des deux cas choisis.

Le chapitre 3 aborde l'état des connaissances dans le domaine de l'agrément. Ces dernières sont abordées à partir de deux dimensions : 1) la connaissance basée sur les témoignages, perceptions et observations des acteurs du milieu; 2) le recensement du construit scientifique sur l'agrément. Il enchaîne par la présentation des fondements théoriques dans le domaine du changement et de l'apprentissage. Différents modèles de changement et d'apprentissage organisationnel sont présentés et adaptés au contexte particulier de cette recherche qui vient appuyer la méthodologie proposée. Il se termine par la description du modèle théorique faisant valoir la logique et la solidité du construit.

Le chapitre 4 présente l'ensemble de la méthodologie utilisée pour la recherche. Il développe le modèle d'analyse théorique en commençant par les hypothèses de recherche relativement aux questions de recherche et à la méthodologie choisie. Ce chapitre explique la sélection des cas en fonction des objectifs de la recherche, présente les variables à l'étude ainsi que la stratégie et la période pendant laquelle les

analyses des cas se sont déroulées. Suivent l'explication des outils ainsi que les méthodes de la collecte des données. La section suivante se concentre sur les questions de la validité et la généralisation de la recherche notamment sur la validité du construit, la validité interne et la validité externe. Enfin la dernière partie de ce chapitre porte sur les considérations éthiques.

Le chapitre 5 présente les résultats pour chacun des deux cas. L'objectif consiste à présenter l'intégration de la démarche d'agrément à la HAA et à la CFOT à partir du cadre théorique d'analyse en s'attardant aux deux dimensions principales étudiées que sont le changement et l'apprentissage organisationnel avec les différents niveaux d'analyses, c'est-à-dire les individus, les équipes et finalement les organisations. Suite à la présentation individuelle, une analyse transversale des cas complète ce chapitre.

Le chapitre 6 fait un retour sur les apprentissages de l'analyse transversale des deux cas pour bien comprendre les enjeux et phénomènes de l'agrément qui ont été présentés dans les premiers chapitres et qui portent sur le contexte de la recherche et l'état des connaissances. Une section discute de la validité de la recherche.

Enfin, le chapitre 7 est notre conclusion.

CHAPITRE 2 CONTEXTE DE LA RECHERCHE

L'objectif de ce chapitre consiste à bien établir le contexte particulier de la recherche en étudiant l'ensemble des éléments qui s'y rattachent afin de permettre au lecteur de bien comprendre l'environnement qui a influencé le projet. Pour ce faire, le chapitre se divise en quatre sous-sections : 1) l'évolution des programmes d'agrément en général comme outil normatif d'évaluation de la qualité dans une organisation de santé; 2) Agrément Canada et son programme d'agrément MIRE qui a été intégré dans les organismes étudiés; 3) le rapprochement entre qualité et programmes d'agrément; 4) le contexte particulier des cas choisis.

2.1 L'évolution des programmes d'agrément

Préoccupés par la qualité et l'inconstance des services hospitaliers, des professionnels de la santé, notamment le Dr. Ernest Codman et le Dr. Edward Martin, ont entrepris au début du 20^e siècle des discussions pour la création d'un système qui permettrait d'évaluer la qualité des traitements prodigués aux patients (Roberts, J.S., Coale, J.G. & Redman, R.R., 1987). On visait ainsi à décourager les traitements inefficaces et à encourager de meilleures façons de pratiquer la médecine. Cette proposition a obtenu l'appui des gestionnaires d'hôpitaux et des professionnels de la santé aux États-Unis et au Canada; en novembre 1912, dans le cadre du 3^e congrès clinique des chirurgiens de l'Amérique du Nord qui a eu lieu immédiatement après la création du *American College of Surgeons* (ACS), une résolution a été adoptée pour la mise en place d'un système de standardisation des équipements et du travail en milieu hospitalier, afin d'en améliorer la qualité.

C'est ainsi que furent établis les fondements et les concepts qui ont abouti, le 20 décembre 1917, à la création du *Hospital Standardization Program* et à l'élaboration des cinq normes officielles (minimales) qui allaient constituer le premier programme d'agrément pour les hôpitaux.

Deux ans plus tard, la première évaluation de l'application de ces normes donnait des résultats surprenants : seulement 89 des 692 hôpitaux de plus de 100 lits évalués répondaient à ces normes. Pour éviter que les médias ne s'accaparent de ces résultats, on s'empressa de brûler la liste des établissements concernés dans la chaudière du Waldorf Astoria Hotel à New York.

La nécessité d'améliorer la qualité des services avait été démontrée et l'ACS entreprit d'assumer la gestion du *Hospital Standardization Program*. Puis, en 1951 le *American College of Physicians*, le *American Hospital Association* (AHA) et l'Association médicale canadienne (AMC) se sont joints à l'ACS pour former la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, connue depuis 1988 sous le nom de *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO), un organisme indépendant et sans but lucratif. Soulignons qu'à cette période, les hôpitaux s'intégraient aux programmes d'agrément sur une base volontaire.

Les programmes d'agrément sont de plus en plus une partie intégrante des systèmes de santé. Phénomène essentiellement nord-américain à leurs débuts, ils suscitent un intérêt croissant dans de nombreux pays sur tous les continents. Depuis 1990, le nombre de programmes nationaux a doublé tous les cinq ans. On en compte maintenant plus de 33 officiellement en opération alors qu'entre la période 1958-1990, seulement 5 programmes se sont développés (Shaw, 2003).

Ces données ne considèrent ni les projets en phase de réalisation, ni les activités externes des agences comme Agrément Canada, la *Joint Commission International* (JCI) ou le *Australian Council of Healthcare Standards* (ACHS) qui offrent leurs services dans plusieurs pays. Elles ne tiennent pas compte non plus de nombreuses initiatives en cours qui visent à établir de nouveaux programmes au Moyen-Orient, au Pérou, au Danemark ou au Costa Rica. Soulignons que si la démarche en cours au Moyen-Orient se concrétise, plus d'une dizaine de pays se verront dotés d'un programme national d'agrément dans le cadre du même exercice. Autre exemple de cet engouement, au cours des dix premiers mois de l'année 2004, Agrément Canada a

reçu des délégations ou entretenu des discussions avec une quinzaine de pays intéressés par l'agrément (Bedros, 2004). La plupart désiraient en savoir davantage et certains considéraient même sérieusement se doter d'un programme d'envergure nationale.

Les premières agences nationales d'agrément se sont intéressées pendant longtemps uniquement aux établissements hospitaliers. Mais, elles ont su s'adapter avec succès au virage engendré par le déploiement des services de santé à l'extérieur des hôpitaux en exploitant ces nouveaux marchés à l'aide de programmes adaptés (Scrivens, 1998 et Brown, 1999). Bien qu'il agrée plus de 95 % des lits de courte durée au Canada, Agrément Canada, à l'instar de la JCAHO, compte maintenant plus de clients dans les autres catégories d'établissements : autorités régionales de santé, soins et services communautaires, centres de soins de longue durée et autres. Plusieurs agences nationales offrent maintenant des programmes qui s'adressent à plusieurs catégories d'organismes de santé. Leurs normes s'éloignent de l'approche sectorielle classique. On s'intéresse au continuum des soins et services mis en place pour la population en se concentrant sur la réponse aux besoins de la clientèle et sur les liens nécessaires à la mise en œuvre des autres composantes du système. L'approche « silo » par catégories d'établissements, est disparue dans la plupart des agences nationales.

Une autre évolution marquante a été le passage de programmes essentiellement centrés sur l'évaluation des politiques et procédures à une approche qui couvre aussi les processus de soins et de gestion ainsi que les résultats tels qu'évalués par des indicateurs et autres mesures de la performance (Milalik & Sherer, 2000 et Kraft, 1998). Aux États-Unis, la JACHO (Flanagan 1997) et le *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) (Romano, 1993) ont établi, il y a plusieurs années, des exigences en matière de suivi d'indicateurs de résultats. Agrément Canada exige pour sa part l'utilisation d'indicateurs et de sondages depuis le déploiement de son programme d'agrément MIRE en 2001 (CCASS, 2000). Bien qu'il existe des variations, des mesures de la performance sont exigées par les agences nationales d'Australie, de Nouvelle-Zélande, de la France et par la plupart des autres

programmes établis. Les programmes nationaux d'agrément ont adopté une approche normative qui consiste à évaluer la qualité en révisant les fonctions de la gouvernance, de l'administration, de la gestion et des services cliniques des organisations à partir des politiques, procédures, processus et résultats.

Le type de programme mis en place reflète les attentes et les objectifs des instigateurs de ces projets. Sans vouloir établir un lien direct entre l'emprise du pouvoir législatif sur les programmes d'agrément et les efforts d'encadrement de la qualité, il faut reconnaître que cette récupération des programmes nationaux correspond, dans le temps, à l'intégration de normes qui établissent des exigences précises pour les organisations en matière de qualité. S'agit-il d'une coïncidence? Quel rôle veut-on attribuer à l'agrément? Déjà en 1987, la JCAHO, à l'invitation de plusieurs, décidait de promouvoir le développement de programme d'amélioration de la qualité (Shaw, 2003). Agrément Canada s'y intéressait également à cette époque comme en témoigne le programme d'agrément qui était en vigueur en 1992 (Kent, 1995). En fait, cette tendance se concrétise universellement dans le monde de l'agrément, (CCAÉS, 1992) car les trois agences à qui l'on reconnaît la plus grande influence sur l'implantation de nouveaux programmes nationaux, JCAHO, Agrément Canada et ACHS (Scrivens, 1997), exigeaient, au début des années 1990, que les établissements développent un programme d'amélioration continue de la qualité. Aujourd'hui, la plupart des agences incluent dans leurs normes l'exigence de programmes d'amélioration de la qualité intégrés et coordonnés à travers l'ensemble de l'organisme.

Parallèlement, l'agrément s'est structuré sur le plan international. En 1985, la *International Society for Quality in Health Care* (ISQua) a été créée et elle compte aujourd'hui plus de 70 pays participants. En 1999, elle a élaboré le *Agenda for Leadership in Program for Healthcare Accreditation* (ALPHA) qui offre des services de trois types : 1) un cadre de référence pour le développement de programme d'agrément; (2) un programme d'agrément pour les agences nationales d'agrément; 3) des services-conseils pour la mise sur pied d'un programme. Les normes ALPHA

constituent un cadre de référence d'amélioration de la qualité pour les agences qui désirent développer et améliorer leurs normes et leurs services (Shaw, 2003). Depuis, le programme a été rebaptisé *International Accreditation Program* (IAP) et ses services sont de plus en plus sollicités.

L'approche dans les pays qui se dotent des programmes nationaux d'agrément a beaucoup évolué depuis la création des premières agences aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Le leadership ne provient plus de corps professionnels indépendants ou de représentants d'associations. Typiquement, l'instigateur est plutôt le ministère de la Santé du pays concerné. Souvent, ce dernier avance les fonds nécessaires pour les démarches préliminaires qui consistent habituellement à faire des recherches sur les différents modèles qui existent et à faire des visites auprès d'agences établies. C'est le ministère de la Santé, souvent par réglementation, qui décide de créer l'agence qui va gérer le nouveau programme national. Cette agence, plus ou moins indépendante des instances ministérielles, selon le cas, maintient néanmoins des liens pour ce qui concerne la nomination de ses administrateurs et son financement. Un autre élément commun à ces agences est la nature contraignante du programme.

Les établissements sous la tutelle de l'État doivent nécessairement s'inscrire au programme. L'agrément devient ainsi un outil de contrôle et d'imputabilité à caractère obligatoire, par opposition à une démarche volontaire de développement organisationnel et professionnel pour améliorer la qualité des soins et services de santé, ce qui, traditionnellement, motivait la création des premières agences (ALPHA, 2000 et Shaw, 2003). Depuis 1996, la très grande majorité des programmes établis en Europe ont été institués, ou à tout le moins reconnus dans le cadre d'une législation (Scrivens, 1995). Cette intervention a pris diverses formes en fonction des contextes propres à l'environnement dans lequel elle s'applique, bien que les nouveaux programmes reconnaissent et recherchent l'influence de ceux qui sont déjà établis (Shaw, 2004).

Au cours de cette même période, la clientèle des programmes arrivés à maturité s'est accrue et ceux-ci ont également subi une pression du pouvoir législatif. Un nouveau phénomène apparaît. En même temps que les instances gouvernementales rendent l'agrément plus légitime, les organismes critiquent de plus en plus ouvertement la valeur de la démarche. Certains établissements jugent que les exigences de la phase préparatoire à la visite d'agrément sont excessives (Babwin, 1998). D'autres affirment que des établissements agréés échouent par suite des inspections de l'État ou du Fédéral (Sherman, 1994). D'autres remettent en question le coût et les processus, la compétence des experts visiteurs et l'application subjective des normes (Morrissey, 2002). Ces critiques s'accompagnent de retraits du programme (Bergman, 1994) ou de menaces de le quitter (Green, 1995).

Ces critiques négatives sont-elles formulées par des praticiens moins enclins à endosser une approche qu'ils perçoivent comme de plus en plus contraignante? Les programmes d'agrément tentent à répondre à des besoins émergents ce qui les éloigne en conséquence de certains principes fondamentaux à l'origine de leur création. Les autorités prennent en effet de plus en plus de place au détriment des corps professionnels. Cet encadrement, lié à de nouvelles régulations, fragilise la spécificité de ce programme. Nous sommes confrontés à des attentes de plus en plus complexes et il importe donc d'étudier l'évolution des programmes d'agrément et de leur rôle dans la quête de développement de services de santé de qualité et de prestation de soins sécuritaires.

Il est possible de comprendre pourquoi les autorités sont partisans des programmes d'agrément. Dans un environnement où la sensibilité du public s'exprime de plus en plus pour tout ce qui concerne les systèmes de santé, et étant donné qu'on exige de plus en plus une imputabilité dans le secteur public, les programmes d'agrément deviennent une courroie de transmission importante offrant une réponse aux exigences de transparence et d'imputabilité. Il est tentant pour les autorités en place de vouloir prendre le contrôle de cet important véhicule d'information sur la qualité

des services dans les organismes publics et privés bien que le lien entre les programmes d'agrément et la qualité n'a pas encore été clairement démontré.

Des questions se posent. Les programmes d'agrément desservent-ils toujours les professionnels et les gestionnaires des organisations de santé, ce qui a motivé leur création (Roberts et coll., 1987 & Canadian Council on Hospital Accreditation, 1958) ou exercent-ils un rôle d'agence régulatrice au service de l'État ou des fournisseurs d'assurances médicales? La participation des organismes de santé peut-elle être encore considérée comme volontaire lorsque l'on sait qu'elle est, aux États-Unis, une condition de financement, et qu'au Canada, certaines provinces l'exigent par législation (Québec) ou par des ententes obligatoires de gestion (Manitoba). Les programmes qui misent sur la participation volontaire des établissements disparaissent-ils parce qu'ils ne réussissent plus à remplir leur mission fondamentale d'améliorer la qualité des services? Les visites d'agrément servent-elles de moments privilégiés pour faire une évaluation de la qualité des services avec avis et conseils par des pairs experts, ou s'agit-il plutôt d'une inspection à des fins de vérification (Pomey et coll., 2005) Les visites sont généralement fixées longtemps d'avance par les organismes, mais JACHO fait maintenant des visites avec préavis de 48 heures. Le maintien d'une relation de confiance entre les organisations et les agences doit-il prévaloir et, si oui, est-ce une assurance pour de meilleurs services à la population?

Le public et les pouvoirs en place contestent la validité des attestations d'agrément qui ornent les murs des établissements de santé (Bogdenich, 1998). D'une part, les organismes d'agrément ne refusent qu'une légère proportion des établissements qui sollicitent cette reconnaissance (CCASS, 2003b et ANAÉS, 2002) et, d'autre part, les ministères de la Santé n'hésitent pas à faire des visites surprises qui portent sur la sécurité et la qualité des services aux usagers dans des établissements agréés. Cela se fait actuellement dans au moins trois provinces canadiennes; l'Ontario, le Québec et le Manitoba.

Le programme d'agrément s'adresse aux organismes de santé de toutes catégories. Il offre une évaluation de conformité par rapport à des normes et critères connus qui aboutit, le cas échéant, sur une reconnaissance officielle d'un statut d'agrément. Cette évaluation est menée par des pairs, professionnels de la santé. Bien qu'il existe certaines variantes dans le contenu des programmes et dans l'application des processus qui entourent leur déploiement, il apparaît important de se rattacher à une définition officielle de l'agrément. Nous proposons celle offerte par ISQua, l'agence qui accrédite les agences d'agrément :

« L'agrément est une démarche d'autoévaluation et une évaluation externe menée par des pairs utilisées par des organisations de la santé pour évaluer leur niveau de performance par rapport à des normes préétablies et pour implanter des moyens pour s'améliorer sur une base continue » (ISQua, 2000).

Cette définition de l'agrément est utile pour aider à bien comprendre comment le programme d'agrément peut servir de moyen d'évaluation de la qualité des organisations du domaine de la santé. Il est important de souligner que certains pays, ministères de la Santé ou autres instances peuvent donner un sens différent au mot agrément. C'est pourquoi celle d'ISQua a été retenue.

Il existe aussi différents niveaux de normes. De façon générale tous les programmes d'agrément agréés par ISQua ont des normes de niveau atteignable ou d'excellence. À titre d'exemples, le programme de la JACHO comporte des normes de niveau atteignable et celui d'Agrément Canada a des normes d'excellence. Par contre, certains pays optent pour des programmes de base qui n'exigent que l'atteinte de normes minimales. C'est le cas entre autres du programme brésilien et de ceux de certaines régions de l'Italie.

2.2 Le Conseil canadien d'agrément des services de santé

Agrément Canada a été établi comme organisme indépendant d'agrément au Canada en 1958. Cependant, ses origines remontent en 1917, soit à l'époque qui a précédé la

création de la première agence d'agrément. Deuxième plus vieux programme national d'agrément, ses membres fondateurs proviennent des associations et regroupement professionnels de la santé : le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), l'AMC et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (Agrément Canada, 2008).

Agrément Canada est un organisme national indépendant, sans but lucratif, qui a pour rôle d'aider les organismes de santé d'un bout à l'autre du Canada et ailleurs dans le monde à examiner et à améliorer la qualité des soins et services qu'ils dispensent à leurs clients. Il propose aux organismes de santé un examen externe piloté par des pairs qui permet d'évaluer la qualité des services. Pour ce faire, Agrément Canada élabore des normes nationales canadiennes en collaboration avec le milieu de la santé, évalue la conformité par rapport à ces normes au moyen de visites d'agrément et partage l'information découlant de visites d'établissements de santé (CCASS, 2004).

Agrément Canada considère que l'adhésion à son programme se fait sur une base volontaire quoique des organismes externes, comme le *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* (RCPSC) l'exigent des hôpitaux d'enseignement. Au Québec, le cadre législatif de la Loi 113 oblige tous les établissements à s'inscrire auprès d'une agence d'agrément reconnue telle qu'Agrément Canada. Sur le plan international, Agrément Canada offre une gamme de services dont l'agrément traditionnel à partir d'un programme canadien, un soutien au développement d'un programme national local, une l'évaluation de la qualité des services de santé et d'autres services-conseils en matière de qualité.

Le fondement philosophique sur lequel repose le programme canadien a les caractéristiques suivantes: 1) développé et géré par des intéressés pour les professionnels praticiens de la santé; 2) consacré à la promotion et au développement de la qualité des soins et services; 3) participation volontaire; 4) approche de développement organisationnel; 5) établissement d'un climat de confiance; 6) engagement d'imputabilité; 7) responsabilisation du milieu.

Agrément Canada accrédite plus de quatre mille établissements de toutes catégories à travers le Canada de même que dans trois autres pays (CCASS, 2005). Ses activités internationales comprennent aussi des services d'expertise en matière de qualité et ses représentants siègent à plusieurs comités ou conseils d'administration (CCASS, 2003b). Son siège social qui est localisé à Ottawa comptait en janvier 2008 environ 120 employés permanents et plus de 550 visiteurs qui consacrent en moyenne une dizaine de jours par années à faire des visites.

Agrément Canada est l'une des premières agences à formaliser la qualité dans le contenu de son programme. Depuis 1992, le programme a connu des transformations majeures à trois reprises. Le programme de 1992 comprenait des versions adaptées au type d'organisation : hôpital de soins de courte durée, établissement de soins de longue durée, centre de réadaptation et autres. En 1995, on a conservé un modèle de normes par type d'organisation, mais le contenu a été complètement révisé. Ce programme s'appelait *Une approche centrée sur le client*. Enfin, en 2001, Agrément Canada a intégré l'ensemble des composantes de son programme et a révisé tout le contenu des normes et des processus avec son nouveau programme MIRE.

L'introduction du MIRE en 2001, a confirmé explicitement la formalisation de la qualité dans l'ensemble des composantes de programmes d'agrément. Se basant sur les travaux de Maxwell & Maxell (1992), Parasuraman Zeitham (1985), Donabedian (1990) et construisant sur la base du programme centré sur la clientèle, Agrément Canada a élaboré une nouvelle définition de la qualité. Les principales références qui ont servi à la formulation de cette nouvelle définition sont schématisées dans le tableau I.

Tableau I
Sommaire des définitions de la qualité étudiées lors des travaux MIRE

Maxwell (1984)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accès aux services 2. Réponse aux besoins (communauté) 3. Efficacité 4. Équité (justice) 5. Acceptabilité au plan social 6. Efficience et économie
Parasuraman (1985)	<p>Déterminants de la qualité des services :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accessibilité 2. Communication 3. Compétence 4. Courtoisie 5. Crédibilité 6. Fiabilité 7. Réponse aux besoins 8. Sécurité 9. Tangibilité 10. Compréhension et connaissance de la clientèle
Donabedian (1990)	<p>Sept piliers de la qualité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Effet utile 2. Efficacité 3. Efficience 4. Capacité d'optimisation 5. Légitimité 6. Équité 7. Acceptabilité
Maxwell (1992)	<p>Dimensions de la qualité des soins :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Efficacité 2. Acceptabilité 3. Efficience 4. Accessibilité 5. Équité 6. Pertinence
Dimensions de la qualité du programme centré sur le client	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sécurité 2. Compétence 3. Acceptabilité 4. Efficacité 5. Pertinence 6. Efficience 7. Accessibilité 8. Continuité

La nouvelle définition de la qualité constitue le fondement du MIRE et un cadre conceptuel à partir duquel on mesure la qualité. Quatre dimensions de la qualité la définissent. Ces dimensions sont soutenues par 22 composantes, chacune apportant une précision à une des dimensions. L'annexe I présente les dimensions de la qualité et les composantes qui s'y rattachent, la structure des normes, un exemple d'une norme, les composantes d'évaluation, un aperçu de conformité selon les dimensions de qualité que reçoivent les établissements à la suite d'une visite d'agrément, l'échelle de mesure, les cotes et les définitions des principes fondamentaux.

Les normes et critères contenus dans les diverses sections couvrent l'ensemble des activités importantes et donnent un aperçu de la qualité des principales fonctions de l'organisation. Pour ce faire, le cadre conceptuel d'évaluation de la qualité des soins développé par Donabedian qui est basé sur la structure, les processus et les résultats, a été utilisé comme référence. Cette méthode a aussi été utilisée par Maxwell pour la *Audit Commission* en Angleterre en 1992 (Maxwell, 1992).

Depuis l'implantation du programme MIRE, Agrément Canada a réalisé 2 055 visites régulières (2001 = 317, 2002 = 364, 2003 = 356, 2004 = 341, 2005 = 348 et 2006 = 329). Le modèle a donc été éprouvé et a démontré sa solidité. Avant son implantation, il a fait l'objet d'une vaste consultation et d'une évaluation structurée basée sur des projets pilotes. Agrément Canada est agréé par ISQua et le programme et ses normes font en conséquence l'objet d'une évaluation externe par des pairs experts en agrément. Cette évaluation couvre à la fois le contenu des normes ainsi que la démarche qui a été suivie pour les développer.

Les visiteurs émettent des recommandations lors des visites d'agrément. En 2002, près de 5 000 recommandations furent acheminées aux établissements en vue d'améliorer la qualité de leur service, et environ 4 300 en 2003 (Huynh, 2007). Environ 1 300 de ces recommandations portaient sur divers éléments directement reliés au programme qualité CCASS (2003c et 2004a).

Le programme d'agrément MIRE d'Agrément Canada est l'outil utilisé pour stimuler l'intégration des indicateurs de performance et l'amélioration de la qualité au Canada. Ce programme permet aux organismes de se comparer pour améliorer la qualité selon un modèle conceptuel basé sur quatre dimensions : compétence du milieu, réponse aux besoins, approche centrée sur le client ou la communauté et enfin le milieu de travail. Les indicateurs de la performance servent de guide pour contrôler, évaluer, améliorer les processus de services, les extrants, les résultats et conséquemment la qualité des soins (Arah et coll., 2003).

En conclusion, le programme d'Agrément Canada est une intervention dont l'évaluation est de type normatif et qui a pour objet de porter un jugement sur la qualité des services offerts par une organisation. Le programme répond aux exigences d'ISQua en matière de processus d'élaboration de programmes d'agrément. Les professionnels et experts dans le domaine ont participé activement à toutes les phases de son développement et le programme a été testé avant son implantation. Le cadre conceptuel d'Agrément Canada définit, évalue, mesure et rapporte sur la qualité. Les normes et critères évaluent la structure, les processus pour atteindre les résultats, la dimension des relations interpersonnelles et l'appréciation des résultats.

2.3 Rapprochement entre qualité et programmes d'agrément

Dans le cadre des objectifs de cette recherche, le programme d'agrément est considéré comme un outil de gestion qui favorise le développement de services de qualité dans les organisations de santé. Il s'agit d'une intervention qui vise à mesurer le niveau de la qualité dans une organisation. Dans cette optique, il est nécessaire d'établir les liens entre la qualité et le programme d'agrément.

Pour ce faire, il faut au préalable démontrer que l'agrément répond aux critères de ce qu'est une évaluation. Or,

« Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider la prise de décision. Ce jugement peut résulter de l'application de critères et de normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative) » (Condantriopulos et coll., 1993).

L'agrément, tel que défini par ISQua dans la section précédente, répond à cette définition de l'évaluation. De plus, cette même définition le classe comme une évaluation de type normative puisque le niveau de performance de l'organisation est déterminé à partir de normes préétablies. Le jugement porté sur le niveau d'atteinte des normes est effectué par des pairs qui proviennent de l'extérieur de l'organisation.

Cela étant dit, il importe maintenant de s'assurer que l'agrément peut être qualifié d'intervention. Or,

« Une intervention est constituée par l'ensemble des moyens (physiques, humains, financiers, symboliques) organisés dans un contexte particulier, à un moment donné pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique. Une intervention se caractérise donc par cinq composantes : 1) des objectifs; 2) des ressources; 3) des services, des biens ou des activités; 4) des effets; 5) un contexte précis à un moment donné. » (Condantriopulos et coll., 1993)

Il a également été démontré dans les sections qui précèdent que le programme d'agrément a été institué par des professionnels de la santé qui voulaient s'assurer de normaliser leur pratique après avoir déterminé des problèmes importants à ce chapitre de même qu'au chapitre de la qualité des systèmes de gestion. Les agences d'agrément : 1) répondent à des objectifs précis à travers chacune des périodes de leur histoire; 2) sont dotées de ressources financières, humaines et autres; 3) offrent des services; 4) ont un impact tant sur leurs clients que sur les autorités; 5) agissent dans un contexte précis à un moment donné, mais qui se modifie néanmoins puisqu'elles savent évoluer avec les transformations dans les systèmes de santé.

L'amélioration de la qualité des services est à l'origine de la première initiative de développer des normes dans le domaine de la santé. Malgré ce lien évident, il faut reconnaître l'absence de formalisation claire entre la qualité et l'agrément jusqu'en 1984 alors qu'on introduisit des exigences spécifiques en matière de qualité dans le programme.

À cette époque, la JCAH (JCAHO maintenant) se voyait confrontée au fait que les établissements réussissaient bien à se concentrer sur les problèmes, mais éprouvaient des difficultés à développer des mécanismes pour déceler les nouveaux problèmes ou de nouvelles manières d'améliorer la qualité des soins. JACHO a donc développé des normes pour contrôler et revoir périodiquement la qualité et la pertinence des soins (Thomas et coll. 1992).

On est passé progressivement de l'étape traditionnelle d'exiger la mise en place de politiques et structures à une approche de développement de processus et de méthodes pour s'assurer que des problématiques reliées à la prestation des soins et services fassent l'objet de recherche de solutions. La JACHO a proposé alors une démarche en 10 étapes (JCAHO 1991), précisément pour atteindre cet objectif d'une approche qualité.

La littérature qui associe la qualité et l'agrément abonde (Masainiro et coll., 2002 ; Viswanathan et coll., 2000 ; Carroll, 1991 ; O'Leary & O'Leary, 1992). Les agences nationales d'agrément exigent que les établissements agréés aient développé des programmes qualité. En 1992, la JCAHO, a décidé de promouvoir le développement de programme d'amélioration de la qualité plutôt que le programme d'assurance qualité (Kent, 1995). Agrément Canada s'y intéressait également à cette époque. Depuis, les autres agences d'agrément ont révisé le contenu de leurs programmes.

Le Irish Health Services Accreditation Board (IHSAB) dans la seconde édition revue de son manuel, intègre et valorise ce concept allant jusqu'à intituler son document : A Framework for Continuous Improvement of the Quality and Safety for Patient/Client Centered Care (2004). Ce manuel, grandement inspiré du modèle d'Agrément Canada, se base sur les travaux de Donabedian et propose des normes selon un cadre conceptuel basé sur la qualité qui inclut des structures, des processus et des résultats.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAÉS), maintenant connue sous le nom de Haute Autorité de Santé (HAS), a publié en septembre 2004 son *Manuel de la deuxième procédure d'accréditation*. L'agrément vise à assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements. Le programme qualité fait l'objet d'un des quatre chapitres du manuel et s'intitule *Évaluations et dynamiques d'améliorations* (HAS, 2004).

Les fondements de l'amélioration continue de la qualité remontent à Deming et Juran. Ils émanent de leurs expériences dans les années 1950 dans le secteur manufacturier.

Deming a développé alors une théorie statistique sur le contrôle des processus en 14 points pour la gestion de la productivité et la qualité. Juran, pour sa part, a articulé la trilogie de la qualité : 1) la planification de la qualité; 2) le contrôle de la qualité; 3) l'amélioration de la qualité. D'autres dans le secteur privé ont contribué à l'avancement des concepts sur la qualité qui ont influencé les programmes d'agrément. Aujourd'hui, influencé par Jack Welch, l'ancien président de *General Electric*, plusieurs grandes entreprises privées mettent en place le programme *Six Sigma* (Chowdhury, 2001 et 2002). Ce programme est une mesure statistique et une philosophie de gestion en matière de qualité qui viendra peut-être aussi un jour influencer le domaine de la santé et les programmes d'agrément. D'ailleurs, plusieurs initiatives aux États-Unis témoignent de la popularité croissante de ce programme dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, il faut reconnaître qu'en matière de poursuite de qualité, la limite ou la valeur relative d'une approche versus une autre fait et fera l'objet de débats continuels. Il s'agit d'un conflit théorique générateur des nouvelles idées. Marash (2004) en identifie plus d'une trentaine. Il propose la fusion de plusieurs programmes pour ensuite l'adapter aux besoins de chacune des organisations. On ne sait pas où la quête de la qualité va aboutir. Chose certaine, les organisations du domaine de la santé et dans d'autres secteurs d'activités, que ce soit du domaine privé ou public, vont toujours tenter d'améliorer la qualité de leurs produits et services et ce, peu importe les motifs qui les poussent à agir ainsi.

Dans le programme d'Agrément Canada, l'intervention est considérée comme un cheminement qui intègre l'amélioration continue de la qualité. L'organisme de santé qui se joint au programme reçoit une visite d'agrément qui consiste en une validation externe du niveau de compliance par rapport à des normes d'excellences préétablies. Par suite de cette visite, les organismes reçoivent un rapport qui contient des recommandations et des suggestions d'amélioration. En moyenne, les organismes visités ont reçu 15 recommandations en 2005 et 12 recommandations en 2006. Pour les mêmes années, seulement 6 % et 1 % respectivement des organismes visités n'ont

pas fait l'objet de recommandations. Par ailleurs, 58 % des organismes visités en 2005 et 79 % de ceux visités en 2006 devaient faire rapport sur les progrès accomplis dans des domaines identifiés afin de conserver leur statut d'agrément (Huynh, 2007 et Huynh, 2008). Dans tous les cas, les recommandations émises lors d'une visite font l'objet d'un suivi lors de la visite suivante. L'intervention a donc un impact sur les organismes car ils doivent implanter et faire un suivi systématique des recommandations reçues.

Par contre, il est toujours difficile d'établir un lien direct entre l'impact de la mise en application des recommandations et la qualité qui en résulte. Les connaissances actuelles dans le domaine et les recherches n'ont pas réussi à établir ce lien de façon non équivoque. C'est d'ailleurs pourquoi il est important de poursuivre les recherches sur ce champ d'activités.

2.4 Particularités des cas choisis

Cette recherche porte sur l'intégration du programme d'agrément d'Agrément Canada dans deux organismes de santé : la *Health Authority of Anguilla* (HAA) et la *Ca' Foncella di Ospitale de Treviso* (CFOT). Ces établissements présentent évidemment plusieurs similitudes, car ils œuvrent tous deux dans le secteur public, mais ils sont par ailleurs différents à plusieurs égards.

Parce qu'il est important de bien comprendre le contexte particulier de chaque organisme, les deux prochaines sous-sections fournissent un aperçu de leurs particularités géographiques et démographiques. Il est également pertinent de décrire brièvement leurs systèmes sociosanitaires respectifs en présentant des éléments sur l'organisation des services et le contexte local.

La HAA et la CFOT œuvrent dans des milieux très différents et poursuivent des missions distinctes. Alors que la HAA s'acquitte de tâches qui incombent

traditionnellement à diverses catégories d'établissements, la CFOT se limite à fournir des services hospitaliers.

La CFOT est établie depuis plusieurs siècles tandis que la HAA vient à peine d'être créée. Les bassins de population que ces établissements desservent varient en importance. La HAA dessert l'ensemble de la population d'une île dans tous les secteurs de la santé et la CFOT dessert un bassin beaucoup plus important, mais dans un créneau très spécifique pour lequel d'autres organismes de santé offrent des services connexes.

Les établissements sont par ailleurs de tailles différentes alors que la HAA compte à peine une centaine d'employés et que la CFOT en a plus de mille. Les deux établissements ont de plus leurs particularités propres qui sont présentées plus en détail dans les deux sous-sections qui suivent.

La HAA et la CFOT sont des organisations tout à fait intéressantes et pertinentes pour cette recherche, car elles ne sont aucunement familières avec les programmes d'agrément comme celui d'Agrément Canada. Ces milieux peuvent donc être considérés comme « non contaminés » par des connaissances étendues à ce chapitre. La HAA et la CFOT ont toutes deux accepté de participer volontairement au programme d'Agrément Canada pour des motifs liés à des besoins spécifiques et à un contexte particulier qui sont différents de ce que l'on peut retrouver au Canada.

Au Canada, il serait possible d'étudier des organismes de santé qui implantent pour la première fois un programme d'agrément, surtout dans des secteurs non hospitaliers. Cependant, il serait à peu près impossible d'étudier des établissements hospitaliers qui n'ont pas été exposés, du moins minimalement, à des programmes d'agrément, même dans les régions les plus éloignées du pays.

2.4.1 La Health Authority of Anguilla (HAA)

L'île d'Anguilla est située juste au nord de l'île Saint-Martin dans la mer des Caraïbes. Son aéroport est petit et, même par moindres intempéries, il faut atterrir sur Saint Martin, destination touristique beaucoup plus connue, et prendre le traversier pour se rendre à Anguilla. La traversée prend environ vingt minutes.

La superficie d'Anguilla est d'environ 25 kilomètres de long par un peu moins de 5 kilomètres de large. Son relief est plat avec de petits vallons et il n'y a pas de montagnes. Les plages sont de renommée mondiale et accueillent une clientèle très sélecte et richissime. La température médiane est de 80° F. La population est dispersée sur toute l'île sans véritables fortes concentrations. Il est impossible de distinguer les zones urbaines des zones rurales, quoiqu'il y ait de petites agglomérations aux quatre pôles de l'île et dans sa région centrale.

Anguilla est encore sous l'autorité de la Grande-Bretagne qui nomme son gouverneur et son gouverneur associé. Selon la Constitution, le gouverneur assume la responsabilité des affaires extérieures, de la défense, la sécurité interne et les services financiers internationaux. L'anglais est la langue de travail et le système légal est la *Common Law*. En 1976, à la suite de changements législatifs, on a introduit un type de gouvernement ministériel qui comprend 11 parlementaires dont 7 sont élus par les Anguillais lors d'élections générales qui se tiennent tous les 5 ans. Les autres membres du Parlement sont nommés par la Grande-Bretagne.

L'industrie du tourisme et, en second lieu, le secteur des services financiers internationaux sont les principaux moteurs de l'économie. Les secteurs traditionnels tels la pêche, l'élevage d'animaux domestiques et la construction de bateaux jouent maintenant un rôle plus marginal dans cette économie en développement. Le taux de chômage en 2001 était estimé à 6,7 % en 2001. On utilise couramment le dollar américain qui s'échange à un taux fixe par rapport avec la devise locale.

Tous les habitants parlent l'anglais quoique certains s'expriment dans un dialecte traditionnel. Les données du recensement de 1992 rapportaient une population de 8 860 habitants alors que celles du plus récent recensement de 2001 indiquent que le nombre d'habitants s'est accru à 11 430 personnes. Selon les statistiques gouvernementales, la population en 2006 se chiffre à environ 13 000 habitants dont 90 % sont de race noire. La tendance à la hausse de la population se maintient. La proportion des femmes (50,76 %) est légèrement supérieure à celle des hommes (49,23 %).

La santé des Anguillais s'est beaucoup améliorée au cours de vingt dernières années. L'espérance de vie en 2001 se situait à 77,94 ans autant pour les femmes que pour les hommes à comparer à 72 ans à la fin des années 1980. Cette progression serait attribuable à la diminution des maladies infectieuses et à une meilleure alimentation de la population.

Le système de santé est sous la juridiction du ministère de la Santé et du Développement social d'Anguilla (MSDSA). En 2003, à la suite d'une longue réflexion et d'une consultation de la population anguillaise, le MSDSA a adopté trois documents importants. Les deux premiers s'intitulaient : *Investing in Health for the Future of Anguilla, Situation Analysis (2003)* et sa version modifiée *Investing In Health For The Future Of Anguilla, Situation Analysis (2003a)*.

Selon un constat fait par le ministre de la MSDSA, l'amélioration générale des conditions de vie de la population anguillaise est due surtout au développement touristique. Des progrès notables ont été observés dans presque tous les déterminants de la santé. Bien que les données longitudinales soient limitées, des améliorations significatives ont été notées sur le plan de l'espérance de vie, du niveau d'éducation, du taux d'emploi et des conditions de travail, de l'alimentation, du logement et de l'équité sociale.

Néanmoins, Anguilla doit faire face à de nouveaux défis sur le plan de la santé, défis qui sont similaires à ceux des pays plus développés et industrialisés. Les maladies chroniques sont à l'origine de la majorité des dépenses dans le système de santé et de près de 50 % du taux de mortalité. L'obésité est devenue un enjeu important de telle sorte que les responsables des programmes d'éducation se sont engagés à ce que l'activité physique fasse partie du curriculum des écoles de niveau préscolaire, élémentaire et secondaire.

Les maladies chroniques non transmissibles telles le diabète, le cancer, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires constituent de nouveaux défis qui doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part des responsables de la santé.

Le troisième document, *Investing In Health For The Future Of Anguilla, A Strategic Plan For Health 2003-2008* (2003b) dotait l'île d'Anguilla d'un plan stratégique quinquennal en matière d'organisation des services de santé. Ce plan sert de toile de fond pour une réforme majeure et sans précédent. Il crée la HAA qui devient l'entité responsable pour offrir les soins et services de santé, qui jusqu'alors, était sous l'autorité directe du MSDSA. Jusqu'à la mise en place de la HAA, le MSDSA gérait l'hôpital, le centre de soins de longue durée, les cinq cliniques de santé primaires et l'unité mobile de soins dentaires.

La HAA est dorénavant responsable de l'organisation des services de santé qui sont divisés en deux niveaux : les soins primaires et les soins secondaires. Les soins secondaires sont concentrés à Princess Alexandra Hospital, un établissement de 36 lits de courte durée qui offre des soins chirurgicaux, pédiatriques, de médecine, de consultation externe, d'obstétrique et d'urgence. Des services diagnostics et thérapeutiques complètent la gamme des services de niveau secondaire. À proximité de cet hôpital se trouve un centre de soins de longue durée de 16 lits.

Les services primaires sont répartis dans cinq districts de santé, chacun pourvu d'une clinique de santé communautaire. On y retrouve des services dentaires, de santé

mentale, de santé publique, de nutrition, d'éducation sanitaire et de médecine familiale avec et sans rendez-vous.

Certains services de niveau secondaire et ceux des niveaux tertiaire et quaternaire ne sont pas offerts localement. Les Anguillais doivent aller à l'extérieur sur d'autres îles des Caraïbes ou sur le continent américain pour recevoir ces services.

Parallèlement à la HAA, il existe quelques cliniques privées. Quelques unes répondent aux besoins spécifiques de l'industrie touristique, mais la majorité sont la propriété d'omnipraticiens qui pratiquent seuls. Les liens entre ces médecins et la HAA ne sont pas tellement structurés. Les citoyens paient directement pour les services reçus de ces médecins.

Le HAA a été mise sur pied en 2003 et a un conseil d'administration indépendant dont les membres sont nommés par le MSDSA et dont un est le représentant du MSDSA. La HAA est responsable de fournir l'ensemble des soins et services de santé.

Il faut toutefois préciser que le MSDSA conserve le rôle d'unique bailleur de fonds et que son ministre est ultimement responsable du système de santé alors que conseil d'administration de la HAA répond directement au MSDSA.

Les autorités s'attendent à des résultats et la pression est forte sur le conseil d'administration et les dirigeants de la HAA. Le ministre en chef d'Anguilla, l'Honorable Osbourne B. Fleming, la personne en autorité au-dessus du ministre de la Santé, a établi clairement les attentes. Il n'y a pas de mandat plus important pour un gouvernement que de mettre en place un système et des services de santé qui sont appropriés et efficaces (Investing in Health for the Future of Anguilla, 2003b).

Le plan stratégique quinquennal vise à réformer le système de santé afin d'améliorer l'efficacité, l'efficacités et la qualité des services offerts à la population anguillaise. Il

comprend sept objectifs spécifiques en soutien à cet objectif global : 1) renforcer les compétences de leadership et la capacité institutionnelle du ministère de la Santé; 2) développer et maintenir une base adéquate de financement; 3) rehausser la qualité des services; 4) renforcer la recherche et les système d'information pour supporter la prise de décision basée sur des évidences; 5) améliorer les services par une plus grande utilisation de la technologie; 6) mettre en place de meilleurs mécanismes de gestion des médicaments; 7) améliorer les capacités du secteur de la santé à minimiser les impacts lors de désastres. Pour chacun de ces objectifs des indicateurs de résultats sont identifiés et les responsabilités sont déterminées.

C'est dans ce contexte et sans l'avoir sollicité qu'Agrément Canada a reçu, au début de l'année 2004, un appel du directeur général de la HAA. Ce dernier avait fait des recherches sur les programmes d'agrément et souhaitait recevoir davantage d'informations sur Agrément Canada. Il avait été nommé récemment à la tête de la HAA dont le conseil d'administration avait reçu le mandat d'améliorer la qualité des services. Il pensait que le programme d'Agrément Canada pouvait l'appuyer dans cette démarche.

En juin 2004, soit moins d'un an après l'adoption de cette réforme, à la demande de la HAA, une équipe de deux personnes, dont le chercheur, s'est rendue à Anguilla. Le but de cette visite était de faire une évaluation initiale de la capacité de la HAA à entreprendre une démarche d'agrément par suite de la demande officielle de la HAA de se joindre au programme d'Agrément Canada.

Le chercheur a constaté que la HAA était sérieuse dans son engagement d'intégrer le programme d'Agrément Canada. Comme il entrevoyait que la démarche de la HAA s'étendrait sur plusieurs années, il l'a invitée à participer à son projet de recherche. De plus, la HAA possédait à son avis des caractéristiques particulières qui en faisaient un sujet de recherche intéressant.

Les principales caractéristiques de la HAA qui répondent au protocole de recherche sont les suivantes : 1) première démarche d'agrément; 2) intégration du programme d'Agrément Canada; 3) le chercheur peut s'impliquer au tout début de la démarche; 4) le chercheur a accès à toutes les données et pourra suivre la HAA à toutes les étapes du processus d'agrément; 5) la HAA n'a pas déjà été exposée à des programmes d'agrément; 6) l'adhésion au programme est volontaire; 7) l'organisation a accepté de participer.

2.4.2 La Ca' Foncello Ospitale di Treviso (CFOT)

À l'instar de plusieurs pays développés, l'Italie vit un phénomène important du vieillissement de sa population qui se chiffrait à 56,7 millions d'habitants en 2000. Le taux de natalité est de 1,2 naissance/femme. On estime que, si les tendances démographiques actuelles se maintiennent, la population diminuera de 3 % d'ici 2020 et de 20 % d'ici 2050. En 2000, 24,2 % de la population était âgée de plus de 60 ans. D'ici 2050, cette proportion passera à 46,2 %. L'espérance de vie est de 75,8 ans pour les hommes et de 82 ans pour les femmes. La partie nord du pays est mieux dotée économiquement que la partie sud. Le taux de chômage y est moins élevé et le salaire moyen plus élevé.

La population bénéficie d'un système de santé universellement accessible. Il est financé partiellement à même les impôts fédéraux. Cette allocation fédérale des fonds est attribuée aux régions et provinces indépendantes sur une base par habitant. Outre ce rôle de bailleur de fonds, le gouvernement central développe des orientations, des cibles et des stratégies générales en matière de santé. Il établit et contrôle le niveau essentiel de soins qui sont offerts pour l'ensemble des régions et des provinces et il détermine la rémunération des professionnels de la santé.

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 19 régions et deux provinces autonomes. Fait à noter, une région en Italie est l'équivalent d'une province au Canada et une province s'apparente plus à une région. L'ensemble des

responsabilités administratives pour les soins et services de santé est décentralisé dans les régions et les provinces.

Avec l'adoption de la Loi constitutionnelle n° 3 du 18 octobre 2001, le pouvoir des régions a été renforcé. Ces dernières sont, depuis cette adoption, entièrement responsables de la mise en place des systèmes de santé par l'entremise d'agences régionales appelées *Agenzia Regionale Socio Sanitare* (ARSS). Les ARSS sont responsables des aspects politiques, administratifs et financiers du système de santé et définissent les responsabilités des hôpitaux dans les territoires locaux (Compostella, 2006).

Les régions et les provinces ont mis en place 195 instances locales pour offrir les services de santé à la population. Ces entités locales s'appellent *Azianda Unita Locale Socio Sanitare* (ULSS). Elles offrent des services en fonction d'une gamme déterminée à l'intérieur du continuum : santé publique, services hospitaliers, soins primaires, soins ambulatoires et services à domicile. Le nombre de ces entités locales dans chacune des régions et provinces est déterminé par chacune des ARSS et varie selon l'importance de la population et du territoire.

Une autre particularité du système sociosanitaire italien, par opposition au modèle canadien, réside dans le fait que les médecins sont des salariés de l'établissement dans lequel ils travaillent. Quant aux médecins de famille dans la communauté, ils reçoivent une rémunération en fonction d'une population donnée. Chaque médecin est responsable d'un maximum de 1 500 patients.

Sur le plan de l'administration, l'agence régionale, l'ARSS, a établi 23 *Azianda ULSS* dont *l'Azianda ULSS 9 del Treviso*. C'est dans cette dernière que se trouve la CFOT, un hôpital localisé dans la ville de Treviso.

La CFOT est un hôpital de 700 lits établi depuis le 17^e siècle et qui offre des services de santé de niveau spécialisé et tertiaire. Le bassin de population qu'il dessert

compte environ 100 000 habitants. Localisée aux pieds des montagnes Dolomites, à quelques heures des frontières autrichiennes, la CFOT est un centre de référence pour les services de type tertiaire pour plusieurs autres Azianda ULSS avoisinantes. Il est reconnu comme un leader et l'un des plus grands hôpitaux dans toute la région vénitienne.

À l'hiver 2002, Agrément Canada s'est vu mandaté par la région ARSS del Veneto pour développer un programme d'agrément à partir du modèle d'Agrément Canada. Une quinzaine de groupes multidisciplinaires des établissements de santé ont révisé le programme d'Agrément Canada en vigueur au Canada depuis 2001. Les résultats de cet exercice ont confirmé que le contenu des normes du programme répondait aux exigences de la région. Quelques modifications ont été apportées, mais elles consistaient surtout en des changements de terminologies pour mieux refléter les spécificités locales. Ces changements n'affectaient pas les normes mais plutôt les sections appelées « objet de la norme » et « conseil ». Ces deux sections consistent en des explications sur les normes et les critères. Le processus, le cycle, le cadre conceptuel, le système de mesure du programme d'Agrément Canada ont été maintenus tels quels incluant la phase d'autoévaluation par des équipes multidisciplinaires d'agrément. Il restait ensuite à tester la démarche pour s'assurer de son applicabilité.

La CFOT de l'*Azianda ULSS 9* et l'*Ospitale San Martino di Belluno de l'Azianda ULSS 1 di Belluno* ont été choisis pour ce test. À la dernière minute toutefois, les dirigeants de la CFOT se sont désistés en faisant valoir que le projet initié par l'*ARSS del Veneto* exigeait des ressources additionnelles que l'*ARSS del Veneto* n'était pas disposée à fournir son rôle consistant à ne défrayer que les coûts *directs* de la mise en place du projet.

Par suite de ce désistement, les dirigeants de l'*ARSS del Veneto* ont fait appel à deux organismes de soins et services à domicile, la *Home Care di Oderzo* et la *Home Care di Villorba de l'Azianda 9* pour remplacer la CFOT comme site pilote. Puis, après

quelques mois et voyant que le projet allait néanmoins de l'avant, la CFOT a demandé de réintégrer la démarche ce qui fut accepté. On a donc testé l'applicabilité du programme d'Agrément Canada dans quatre organismes : *l'Ospitale San Martino di Belluno de l'Azianda ULSS 1 di Belluno*, la *Home Care CFOT Oderzo de l'Azianda 9* et la *Home Care di Villorba de l'Azianda 9* en juin 2002 et enfin la CFOT à l'automne 2003.

Dès le début du projet, l'*ARSS del Veneto* envisageait de développer un programme d'agrément qui pourrait, dans un premier temps, s'appliquer à deux des *Azianda ULSS*, puis, dans un deuxième temps, à cinq autres *Azianda ULSS* de la région vénitienne. L'objectif ultime était d'offrir le programme d'Agrément Canada à l'ensemble des *Azianda ULSS* de la région.

Le chercheur s'est impliqué dans ce projet dès le début soit à l'hiver 2002. Il était présent lors des rencontres avec les groupes qui ont étudié les normes et les autres composantes du programme avant même que les projets pilotes soient lancés. Il a aussi participé, à titre d'observateur, à la visite pilote qui s'est déroulée à la CFOT.

Tout comme la HAA, la CFOT présentait les sept caractéristiques énoncées dans la section précédente relativement au protocole de recherche. L'organisme a donc été invité et a accepté de participer à la recherche.

CHAPITRE 3 ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre fait le point sur l'état des connaissances sur les programmes d'agrément qui sont pertinentes à cette recherche. Il a aussi recours aux connaissances en matière de changement organisationnel et aux théories du développement de la connaissance pour soutenir le modèle conceptuel d'évaluation qui a été utilisé dans le cadre de cette recherche. La dernière partie du chapitre intègre ces composantes dans un modèle d'analyse.

Le chapitre comprend quatre sous-sections : 1) l'état des connaissances sur les programmes d'agrément à savoir, les écrits, témoignages, perceptions et observations de même qu'un recensement thématique des recherches effectuées à ce jour dans le domaine; 2) le changement organisationnel et les trois théories qui permettent de l'analyser; 3) l'apprentissage organisationnel analysé à l'aide de la théorie dynamique sur la création de connaissance de Nonaka (1994) et des caractéristiques structurantes de type facilitant d'Adler et Borys (1996); 4) l'intégration du modèle théorique.

3.1 État des connaissances sur les programmes d'agrément

Le nombre limité de recherches approfondies sur les programmes d'agrément peut sembler surprenant étant donné l'importance du phénomène et le nombre de programmes nationaux. Cependant, sauf dans le cas des États-Unis, du Canada, de l'Australie, de la Grande-Bretagne et de la Nouvelle-Zélande, les programmes d'agrément sont un phénomène récent. En 2003, en Europe, sur les 26 programmes à l'étape de discussion, en développement ou établis, seulement 5 avaient fait l'objet d'au moins une visite d'agrément (Shaw, 2004).

Bien que récente, la recherche sur les programmes d'agrément suscite un intérêt certain dans la communauté scientifique. Le construit scientifique sur les effets réels des programmes d'agrément demeure toutefois largement sous-développé bien que nécessaire pour améliorer la compréhension de la contribution d'une démarche

d'agrément. Néanmoins, l'agrément a suscité nombre de réflexions et commentaires au fil des années.

Étant donné l'état des connaissances actuelles et l'historique global des programmes d'agrément, nous avons abordé le recensement des écrits en fonction de deux perspectives. La première repose sur divers témoignages, réflexions, perceptions et observations qui ont été faits au sujet de l'agrément. La deuxième fait un inventaire des recherches qui ont été réalisées. Ces recherches sont classées en cinq grandes catégories.

Il apparaît utile de faire ressortir l'état actuel des connaissances dans le domaine de l'agrément à partir d'un modèle conceptuel développé dans le cadre de travaux précédents sur l'agrément en collaboration avec un collègue. Le modèle est illustré à la figure 1. Dans la sphère arrondie de la partie supérieure du modèle, on retrouve le programme d'agrément dans sa totalité. Entre le contenu des normes et le processus d'agrément, il y a les organismes et les systèmes de santé. Tous les programmes d'agrément sont basés sur des exigences normatives. L'application de ces dernières dans les organismes est appuyée sur des processus de gestion propres au programme d'agrément, visant à s'assurer de la mesure d'appropriation de ces normes par les établissements de santé.

Le deuxième niveau du modèle met en opposition, dans un premier temps, deux éléments appelés « État paradigmatique » et « Données probantes ». L'état paradigmatique est composé des réflexions, traditions, us et coutumes, de l'image, de l'imputabilité et de la qualité. Il s'agit de l'ensemble des éléments qui constituent le construit historique et culturel en matière de programme d'agrément. Ici, il ne s'agit pas de porter un jugement sur l'exactitude de ces croyances. Le modèle illustre simplement une agrégation de la perception populaire des programmes d'agrément.

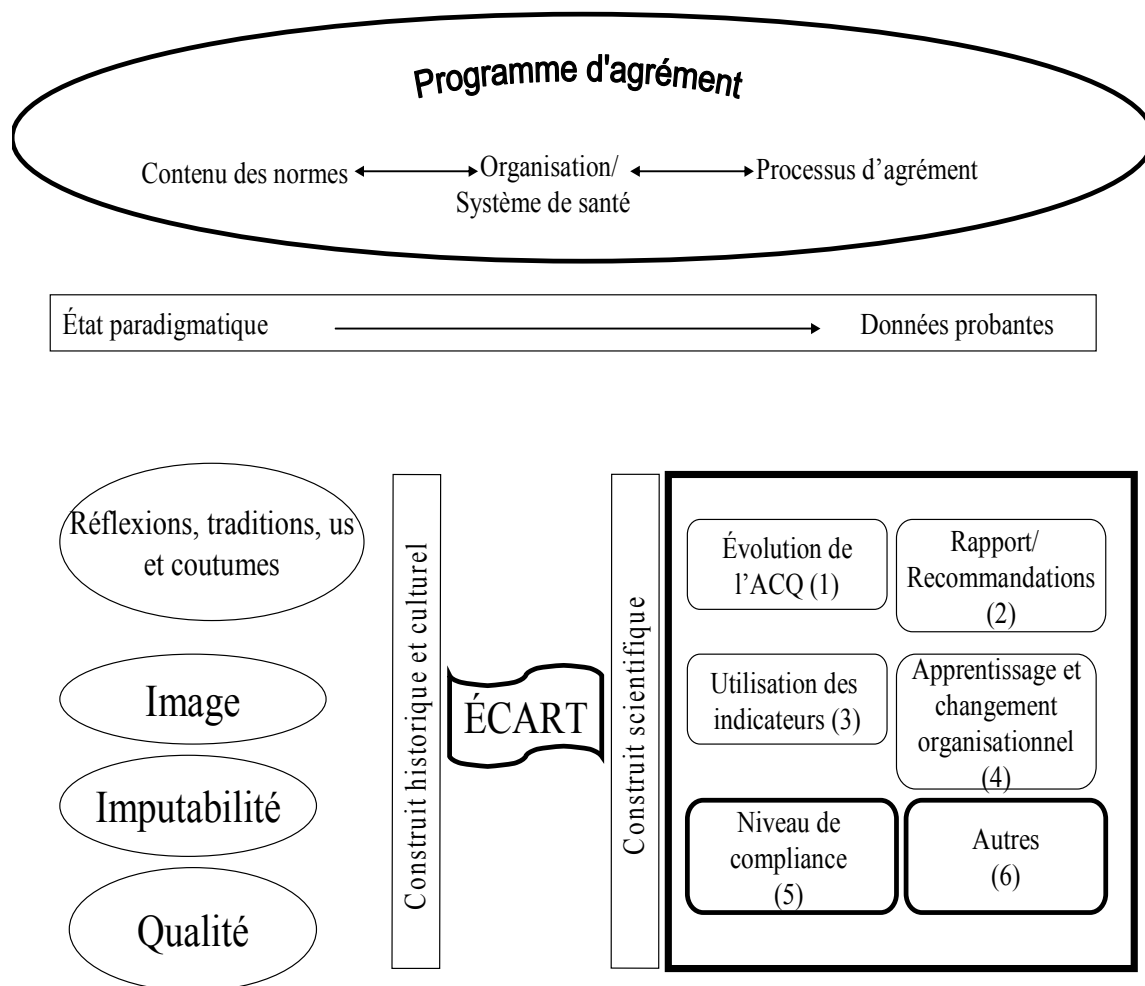
Pour leur part, les données probantes reflètent le construit scientifique qui est en phase de développement. Il suit et jette un regard de plus en plus éclairé sur la valeur

du programme d'agrément en ce sens qu'il s'attarde à valider ou à invalider les composantes de l'état paradigmatique. Des cases illustrent ce construit scientifique et déterminent certains champs d'intérêt de la communauté scientifique. Tout comme le programme d'agrément, la recherche dans ce domaine est assez récente, il ne peut en être autrement. Ce construit est en voie de développement et s'enrichira avec le temps.

Bien qu'elles s'opposent et que le modèle démontre qu'il persiste un écart important entre les sections, « État paradigmatique » et « Données probantes », elles sont reliées par une flèche. Cette flèche indique qu'avec le temps et la maturation du programme d'agrément, cet écart devrait diminuer. Dans un monde idéal, on cherche à se servir des connaissances et des données probantes pour les intégrer dans la compréhension du phénomène observé.

Il reste à combler cet écart par un meilleur construit scientifique qui, jusqu'à maintenant, couvre principalement cinq champs d'intérêt : 1) l'évolution de l'amélioration de la qualité; 2) l'utilisation des recommandations des rapports de visite de l'agrément; 3) l'utilisation des indicateurs de performance; 4) l'apprentissage organisationnel; 5) le niveau de compliance. Ceci ne signifie pas que les connaissances basées sur le construit historique et culturel ne sont pas valables. Elles doivent cependant être validées ou infirmées à l'aide de données probantes.

Figure 1
Modèle conceptuel de l'état de connaissances sur les programmes agrément



ADAPTATION DE BEAUMONT/LANTEIGNE 2002

Parmi les recherches réalisées, certaines démontrent que le programme d'agrément contribue positivement au développement des établissements et à l'amélioration de la qualité alors que d'autres démontrent un impact plutôt neutre.

Le nombre de programmes d'agrément s'accroît à un rythme effréné. En considérant uniquement la population potentiellement touchée par les établissements de santé dans les pays où il existe des organismes d'agrément, le nombre dépasse largement 1,2 milliard de personnes simplement en Europe (870 millions) (Shaw, 2003), au

Canada (32 millions) et aux États-Unis (320 millions). L'agrément s'adresse à toutes les catégories d'organismes de santé en passant par les soins et services à domicile jusqu'aux grands complexes hospitaliers. L'ampleur du phénomène justifie donc l'intérêt de s'attarder au renforcement des connaissances.

3.1.1 Connaissances paradigmatiques : réflexions, témoignages, perceptions et observations

Cette section brosse un tableau des perceptions sur la valeur des programmes d'agrément pris dans leur totalité. Il ne s'agit pas de faire un recensement complet des réflexions, témoignages, perceptions et observations des acteurs de l'agrément, mais plutôt de faire un état des croyances générales en donnant un aperçu des différentes positions exprimées ou établies autour des programmes d'agrément au Canada et ailleurs.

Basée sur son expérience de plus de 20 ans dans le domaine de l'agrément, l'auteur a voulu dégager les thèmes ou les motifs souvent invoqués comme contribuant à la valeur de l'agrément. Cette réflexion est aussi alimentée par des lectures de nature non scientifiques qui paraissent dans des journaux et autres publications des agences d'agrément qui décrivent ou rapportent sur leurs activités. Elle est aussi basée sur des observations faites au cours de nombreuses missions effectuées à l'étranger en tant que consultant ou expert sur des questions d'agrément auprès de ministères, organisations ou autres instances du domaine de la santé préoccupé par des questions de qualité et d'agrément. Cette réflexion a toutefois des limites importantes sur le plan scientifique parce qu'elle est de nature plutôt intuitive.

Ainsi, malgré les limites discutées précédemment, cette section peut avoir un intérêt car les thèmes choisis sont profondément ancrés dans le domaine de l'agrément de même qu'ils sont pertinents et d'actualité. Ces thèmes sont: 1) amélioration de la qualité des services de santé; 2) sécurité accrue pour les usagers des systèmes; 3) plus

grande transparence face au public; 4) responsabilisation des administrateurs et des cliniciens (imputabilité); 5) utilisation plus efficiente des ressources.

Avant de présenter ces cinq thèmes, l'auteur a voulu les valider à partir des travaux d'un groupe d'expert du domaine de l'agrément. Charles Shaw (2002 et 2003a), a déterminé avec l'aide d'un groupe d'experts représentant les sommités dans le domaine, 10 zones où l'agrément peut potentiellement avoir un impact important. Ces zones sont : 1) la gouvernance du système de santé; 2) la configuration du système de santé; 3) le financement du système; 4) la santé de la population; 5) la gestion et le transfert de la connaissance; 6) l'efficience clinique; 7) l'accroissement de pouvoir des usagers dans la prise de décision; 8) le développement professionnel et personnel; 9) le développement des compétences de gestion; 10) le développement des systèmes qualité. Les bénéficiaires dans ces zones d'impact sont les systèmes de santé, les organismes qui les composent, les professionnels qui y pratiquent et les usagers.

Ainsi, une comparaison des résultats des travaux du comité d'experts avec ce qui ressort des articles et de l'expérience du chercheur démontre des similitudes entre plusieurs des impacts possibles des programmes d'agrément. Les cinq thèmes retenus recoupent toutes les zones déterminées par le groupe d'experts sauf l'impact des programmes d'agrément sur la sécurité des patients. Bien qu'elle soit un thème central dans plusieurs programmes d'agrément (p. ex. d'Agrément Canada, du JCAHO, de l'ACHS et plusieurs autres), l'importance de la sécurité des patients est une préoccupation relativement nouvelle dans le domaine de l'agrément ce qui explique l'écart entre les cinq thèmes identifiés par l'auteur et les 10 zones d'impact où l'agrément peut potentiellement avoir un impact important déterminées par les experts. Les travaux du groupe d'experts remontent à 2002-2003.

Il est aussi intéressant de comparer le discours des agences d'agrément avec les caractéristiques énoncées ci-dessus. Lors d'événements nationaux et internationaux, Agrément Canada présente les raisons pour lesquelles son programme devrait être considéré comme une valeur ajoutée. L'adhésion au programme démontre, selon

Agrément Canada, qu'un organisme de santé a une responsabilité en ce qui concerne : 1) la qualité des services; 2) la sécurité des patients; 3) l'imputabilité; 4) la transparence; 5) l'utilisation appropriée des ressources (CCHSA International Services, 2005). Jusqu'à récemment, la notion de l'utilisation efficace et efficiente des ressources était imbriquée dans la mission et vision de l'organisation. Il y a donc cohérence entre le discours d'Agrément Canada, les caractéristiques identifiées par le comité d'experts, la littérature et les thèmes de la présente recherche. Analysons donc chacun de ces éléments de responsabilités.

Programme qualité

Comme nous l'avons présenté dans la section sur l'évolution des programmes d'agrément, le mouvement « qualité » a commencé à se manifester dans les années 1980. Quelques années plus tard, les programmes d'agrément en santé introduisaient des exigences dans ce domaine. Depuis, ces exigences se resserrent avec chaque mise à jour des programmes. Il est donc peu surprenant que la qualité fasse partie de la définition même des agences d'agrément comme c'est le cas du programme irlandais.

Sécurité des patients

Tout comme en Australie et son agence nationale d'agrément, l'ACHS, le JCAHO aux États-Unis et la JCI ailleurs dans le monde, Agrément Canada est très orienté vers la sécurité des patients et a adopté une stratégie spécifique dans ce domaine dès 2002 (CCASS, 2003a). Cette stratégie a de plus été renouvelée en 2007 (CCASS, 2007). L'ACHS maintient pour sa part un registre national confidentiel et anonyme des événements sentinelles pour l'ensemble du réseau hospitalier australien depuis plusieurs années. La JCI a été reconnue officiellement par l'OMS comme le leader de l'agrément en matière de sécurité des patients.

Imputabilité

Sur le plan de l'imputabilité, la tendance lourde qui consiste à rendre obligatoires les programmes d'agrément démontre l'importance de cette question pour les agences

d'agrément. Certaines ont réussi à tenir à distance les instances gouvernementales mais ceci est de plus en plus difficile. Les ministères de la Santé de plusieurs provinces canadiennes comme l'Alberta, l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec ont développé des exigences précises auxquelles les agences d'agrément doivent répondre avant d'être reconnues officiellement. Au Québec, depuis l'adoption de la Loi 113, le MSSSQ exige, dans les ententes des services sous l'autorité des agences régionales, que les établissements acheminent une copie détaillée de leurs résultats à la suite d'une visite d'agrément.

Transparence.

Les deux exemples suivants illustrent le rôle des programmes d'agrément sur le plan de la transparence face au public. La Haute étude de santé, (HAS) anciennement l'ANAÈS, publie les résultats des visites d'agrément sur son site Internet grand public. Bien que plusieurs établissements au Canada publient les résultats et les rapports de visites d'agrément, Agrément Canada a néanmoins introduit une norme spécifique dans son programme MIRE qui exige que les organismes transmettent leurs rapports d'agrément aux personnes intéressées.

Utilisation appropriée des ressources

Les autorités s'intéressent depuis toujours à l'utilisation efficiente des ressources. Les pressions actuelles à ce chapitre ne cessent d'augmenter. Le phénomène est universel et le financement des systèmes de santé est une problématique, non seulement pour les ministères de la Santé, mais aussi pour l'ensemble des dépenses publiques. Il n'est donc pas surprenant que les programmes d'agrément aient de nombreuses exigences en matière d'utilisation des ressources. Une des huit dimensions de la qualité du nouveau programme d'agrément, *Qmentum*, d'Agrément Canada est l'efficacité. Cette dernière est définie par plusieurs exigences réparties dans toutes les sections des normes.

Les pressions pour une utilisation appropriée des ressources proviennent aussi des compagnies d'assurances qui financent une partie de plus en plus importante des

soins et des services de santé. Le NCQA, un programme d'agrément aux États-Unis, se spécialise dans l'évaluation de l'efficacité des hôpitaux. Ce phénomène est aussi présent en Arabie Saoudite avec la pétrolière Aramco et dans les Émirats arabes qui sont présentement en voie de mettre en place des programmes collectifs d'assurance. En 2003, la *General Motors* faisait grand état de son problème de financement des coûts de son programme de santé et explorait comment les programmes d'agrément pouvaient être utilisés pour accroître l'efficacité dans les organismes de santé.

Il n'est donc pas surprenant que les organismes d'agrément définissent aussi leur programme autour de ces cinq éléments et qu'elles cherchent à renforcer ces composantes dans leur programme.

Après avoir identifié et présenté ces cinq thèmes, nous allons maintenant réfléchir sur la valeur des programmes d'agrément telle que perçue par trois catégories d'acteurs principaux soit : 1) les décideurs et les instances influentes; 2) les organismes agréés; 3) les professionnels de la santé.

3.1.1.1 Les décideurs et les instances influentes

Cette première catégorie regroupe les instances dites politiques et administratives, c'est-à-dire les décideurs et les instances qui influencent significativement les systèmes de santé. Ces instances peuvent être du domaine public ou privé. Le nombre de programmes d'agrément croît de façon importante partout dans le monde et ce sont les décideurs et autres acteurs importants qui contribuent à cet accroissement.

Ce mouvement presque universel vers la prescription obligatoire des programmes d'agrément est appuyé autant par les instances politiques qu'administratives. Au Québec, par exemple, le ministre de la Santé et des Services sociaux a assisté personnellement aux travaux de la commission parlementaire qui ont précédé l'adoption de la Loi 133, celle qui oblige tous les établissements du Québec, privés et

publics, de s'inscrire auprès d'un programme d'agrément reconnu. Sur le plan administratif, le MSSSQ s'est doté récemment d'une direction de la qualité chargée de gérer l'implantation de cette exigence législative.

Ce phénomène québécois mérite d'être souligné, car l'inscription obligatoire à un programme d'agrément est une première au Canada. Pourtant, les établissements du Québec avaient une longue tradition d'adhésion volontaire à des programmes d'agrément. Agrément Canada comptait, au moment de l'adoption de la Loi 113 plus d'une centaine de clients, dont tous les hôpitaux majeurs (universitaires, affiliés et régionaux). Le Conseil québécois d'agrément (CQA) comptait une quarantaine de clients provenant des centres locaux des services communautaires, des centres de réadaptation et des centres jeunesse. La très grande proportion des budgets alloués aux établissements de santé finançait déjà des organismes agréés avant même l'adoption de la Loi 113, car, sauf de rares exceptions, tous les hôpitaux participaient à l'agrément.

Il est donc clair que les instances politiques et administratives du Québec sont d'avis qu'il y a des avantages à ce que tous les établissements participent à un programme d'agrément reconnu. Ailleurs au Canada, il y a plusieurs manifestations de soutien des programmes d'agrément par les décideurs. Le ministère de la Santé fédéral appuie plusieurs initiatives à ce chapitre. On peut citer, à titre d'exemples, le programme d'agrément pour les services assistés de reproduction, le programme pour les dons et greffes de tissus et de transplantation d'organes ou le programme des communautés des Premières Nations.

Dans les autres provinces canadiennes, des manifestations d'appui pour les programmes d'agrément sont nombreuses. Une analyse de la situation démontre que l'on peut classer l'engagement des provinces canadiennes vis-à-vis des programmes d'agrément en trois catégories : a) contraignants; b) facilitateurs; c) neutres.

Dans la catégorie des engagements contraignants nous retrouvons ceux des provinces comme le Québec et l'Alberta. Au Québec, l'agrément est prescrit, mais n'est accompagné d'aucun incitatif financier ou autre. Bien au contraire, les organismes qui ne réussissent pas très bien à répondre aux normes et exigences des programmes font l'objet d'une surveillance de la part du ministère. On met en place des mécanismes pour s'assurer que les établissements se conforment aux exigences et recommandations émises par suite des visites d'agrément. En Alberta, selon la directive ministérielle D5-2008, les autorités régionales doivent obtenir et maintenir un statut agrément. Cette directive est entrée en vigueur le 1 mai, 2008.

Les quelques exemples qui suivent démontrent comment les instances politiques et administratives peuvent être de type facilitant. Le ministère de la Santé fédéral attribue aux organismes de santé des communautés des Premières nations qui s'inscrivent au programme d'Agrément Canada une allocation supplémentaire équivalant à 2 % de leur budget d'exploitation. En Ontario, le ministère de la Santé offre une prime de 0,33 \$ par jour/lit aux centres de soins de longue durée pour reconnaître leur participation à un programme d'agrément. Ailleurs, en Saskatchewan, le ministère de la Santé assume une partie importante des frais de participation au programme.

Par ailleurs, plusieurs provinces (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve et d'autres) se classent dans la catégorie « neutre ». Elles n'offrent aucun incitatif à la participation des organismes à l'agrément quoique ceci ne doit pas être interprété comme un désintéressement sur la question bien au contraire, puisque toutes les provinces collaborent activement avec les agences d'agrément en participant à des consultations sur le contenu des programmes, en siégeant à des comités de travail et par l'entremise de rencontres régulières avec Agrément Canada. De plus, l'ensemble des provinces délègue un représentant, qui n'a pas droit de vote, au conseil d'administration d'Agrément Canada.

Enfin, soulignons, toujours en ce qui concerne le Canada, que les décideurs et les personnes qui influencent de façon importante le domaine de la santé au sein des organismes politiques et administratifs travaillent aussi en étroite collaboration avec les agences d'agrément. L'Institut canadien sur la sécurité des patients, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Conseil canadien sur la qualité, *l'Ontario Health Quality Council*, le *Health Quality Council of Alberta* et plusieurs autres organismes compétents en santé s'impliquent activement dans les travaux d'Agrément Canada en siégeant à des comités ou en ayant des ententes formelles de collaboration.

Par ailleurs, à l'extérieur du Canada, l'implication des autorités est manifeste dans un grand nombre des pays. Cette implication est à la source de la croissance importante du nombre de programmes nationaux d'agrément. L'OMS et la Banque mondiale réfléchissent sur les programmes d'agrément et financent des activités. Comme il a été déjà mentionné dans une section précédente, plus de 70 pays participent aux travaux de l'ISQua.

Un autre constat intéressant est le lien direct entre la participation à un programme d'agrément et le financement. Aux États-Unis, au Moyen Orient et au Brésil notamment, les hôpitaux doivent être agréés pour être pour pouvoir offrir des services à des groupes d'assurés. Certains employeurs, comme la compagnie Aramco en Arabie Saoudite, paient un supplément pour les services rendus dans des établissements agréés. Il ne fait donc aucun doute que l'évaluation externe qu'offrent les agences d'agrément est valorisée par le secteur privé.

3.1.1.2 Les organismes agréés

Les organismes agréés constituent la deuxième catégorie d'acteurs dans les programmes d'agrément. Les motifs de leur participation sont généralement les mêmes que ceux invoqués par les décideurs et les instances qui influencent les systèmes de santé. Ailleurs, la plupart le font par obligation légale ou pour avoir

accès à des sources de financement. Au Canada, la situation est différente. Certains organismes, et ils sont nombreux, ont adhéré à l'agrément et continuent de le faire, sur une base volontaire. C'est le cas notamment de la plupart des établissements membres du programme d'Agrément Canada. Les établissements de l'Ontario représentent à eux seuls plus de 50 % des organismes canadiens inscrits au programme et pourtant il n'y a aucune exigence législative ou réglementaire dans cette province de participer.

L'engagement des établissements de santé prend diverses formes. A priori, ils doivent payer pour ces services. Ce faisant, ils déterminent que leur participation a une valeur et ils acceptent d'en payer les frais afférents. Il y a les coûts directs et indirects, c'est-à-dire ceux nécessaires pour la préparation de l'organisme. Les pressions sur les ressources sont grandes dans les établissements de santé et ces derniers n'accepteraient pas de payer pour un produit qu'ils croient sans valeur.

Un autre exemple de cet engagement est la participation volontaire d'un grand nombre d'établissements aux comités de travail, aux consultations et à la mise à l'essai de nouvelles normes d'Agrément Canada. À titre d'exemple, Agrément Canada révisait actuellement le contenu de son programme d'agrément et a formé pour ce faire des dizaines de comités de travail. Or, les établissements sollicités ont accepté de faire partie de ces comités bien qu'ils n'en retirent aucun avantage financier.

Par ailleurs, le contenu des normes d'Agrément Canada a fait l'objet de plusieurs consultations à l'échelle nationale. Les établissements y ont participé avec enthousiasme. Lorsqu'ils ont été invités à participer à la mise à l'essai du nouveau programme MIRE, ils ont aussi répondu avec beaucoup d'intérêt. Il en fut de même lorsqu'Agrément Canada a demandé qui était intéressé à tester les nouvelles normes en matière de stérilisation; 69 organismes se sont portés volontaires pour cet exercice. Soulignons que les établissements qui participent aux tests de nouvelles normes ne reçoivent pas de certificat d'agrément ou autre compensation. Il faut croire qu'ils y

trouvent leur compte dans l'apprentissage qui en découle. Par ailleurs, dans l'exemple ci-dessus, les normes concernaient la sécurité des patients, ce qui explique en partie l'enthousiasme soulevé. Agrément Canada estime que plus de 200 organismes et mille professionnels de la santé ont participé bénévolement au processus de développement de son nouveau programme MIRE.

Enfin, nombre d'établissements soutiennent que l'agrément justifie amplement le temps et l'argent investis (Benn, 1998) parce que la démarche permet de revoir en profondeur les processus et systèmes de gestion ainsi que les résultats. Elle encourage l'implication de toutes les catégories d'employés, et crée les conditions pour un virage qualité dans l'établissement. Les services correctionnels de la Louisiane aux États-Unis soutiennent que l'introduction d'un programme d'agrément a apporté des résultats tangibles pour l'ensemble du système correctionnel. Elle a permis de rehausser la crédibilité des services auprès de la population, de diminuer le nombre d'accidents réduisant ainsi les coûts des litiges et les primes d'assurances, d'établir des partenariats efficaces, d'améliorer le travail d'équipe et de rehausser l'estime du personnel (Stalher, 1997). Pour l'*Arlington County Detention Centre*, l'obtention du certificat d'agrément a démontré le professionnalisme du personnel et la qualité des services rendus par l'organisation (Pinson, 1996).

Par contre, la démarche d'agrément fait aussi l'objet de critique négative et certains remettent en question la valeur de cette intervention. On juge excessives les exigences de la phase préparatoire à la visite d'agrément (Badwin, 1997). D'autres dénoncent le fait que des établissements agréés échouent aux inspections d'État ou fédérale (Clayton, 1994) et qu'il est impossible dans ce contexte de se fier aux résultats de l'agrément. Ailleurs, les critiques portent sur les coûts et les processus, la compétence des experts-visiteurs et l'application subjective des normes (Morrisey, 2002). Elles donnent lieu à des retraits du programme (Bergman, 1994) ou à des menaces de le faire (Green, 1995).

3.1.1.3 Les professionnels de la santé

Les professionnels de la santé et surtout les associations et corps professionnels auraient pu tout aussi bien se retrouver dans la catégorie des décideurs et instances influentes. Ensemble, les associations provinciales et nationales comptent plusieurs centaines de milliers de membres et ces associations ont ainsi une grande influence sur le domaine de la santé.

Cependant étant donné que l'implication des regroupements de professionnels a été à l'origine de la création de plusieurs agences et programmes nationaux d'agrément, notamment aux États-Unis et au Canada, nous avons jugé qu'il était important de classer ces acteurs dans une catégorie distincte.

Tout comme les décideurs et les établissements, les professionnels de la santé sont concernés par la qualité, la sécurité, l'imputabilité et la transparence. Toutefois, la cinquième caractéristique de l'agrément, ayant trait à l'utilisation efficace des ressources, semble d'un intérêt moindre pour ces derniers.

Sur le plan de la qualité, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada continue d'exiger que les hôpitaux d'enseignement soient agréés pour s'assurer de la qualité des services. En matière de sécurité des patients, le collège a été le leader de la stratégie nationale qui a mené à la création de l'Institut canadien sur la sécurité des patients (ICSP). Pour ce qui est de la transparence et de l'imputabilité, ce sont les regroupements professionnels qui ont été à l'origine de la création du JCAHO par l'ACS au début du siècle dernier. Dans un souci de conserver leur indépendance, ils ont collectivement décidé de se doter de normes pour encadrer leur pratique et démontrer leur imputabilité face aux autorités.

Les associations professionnelles continuent de s'impliquer encore de nos jours au sein des organismes d'agrément un peu partout dans le monde. Une manifestation de leur engagement se reflète dans la composition des conseils d'administration des

agences. Ainsi, plusieurs corporations et associations professionnelles sont représentées au conseil d'administration d'Agrément Canada. Par ailleurs, tous les collèges professionnels du domaine de la santé du Québec siègent au conseil d'administration du CQA. L'ACHS bénéficie depuis avant même sa création, en 1974, du soutien de l'*Australian Hospital Association* et de l'*Australian Medical Association*.

Mais alors que les associations professionnelles sont très impliquées, leurs membres le sont moins sur le plan individuel, surtout en ce qui concerne les médecins. Agrément Canada est constamment à la recherche de médecins-visiteurs. Le CQA ne compte aucun médecin-visiteur dans sa banque de personnes-ressources. D'ailleurs, Agrément Canada a formé un comité avec pour mandat spécifique de lui donner des conseils sur la façon de recruter des médecins et de les intéresser à participer plus activement aux démarches d'agrément.

La situation est fort différente en Italie, au Moyen Orient, au Brésil et dans plusieurs autres pays où le corps médical participe très activement à tous les volets de l'agrément. Au Canada, ce sont les modes de rémunération qui posent un obstacle majeur à une telle participation.

Toutefois, les autres catégories de professionnels de la santé sont pour leurs parts très présentes au sein des agences. Par exemple, le programme d'Agrément Canada compte à son actif plus de 550 visiteurs, tous des professionnels qui, sur une base volontaire ou pour une rémunération moindre, consacrent de leur temps à faire des visites d'agrément. C'est le cas aussi de plusieurs programmes européens (Shaw, 2003).

Quels liens pouvons-nous faire, entre les questions de la recherche et ces impressions, perceptions et observations sur les us, coutumes et traditions des programmes d'agrément qui sont néanmoins perçus comme valables par les acteurs principaux de cette démarche?

Tout d'abord, il y a une très grande convergence des intérêts des trois catégories d'acteurs principaux pour ce qui concerne la valeur des programmes d'agrément. Cette convergence fait en sorte que les paradoxes identifiés dans le chapitre 2 ne sont pas un phénomène uniquement canadien. L'accapement des programmes d'agrément, qu'il soit le fait des instances gouvernementales par le biais des ministères de la Santé ou qu'il soit le fait des entreprises d'assurances, risque d'avoir des impacts importants sur les assises traditionnelles des programmes d'agrément. Est-il possible de maintenir une approche d'amélioration de la qualité dans un environnement de contrôle et d'évaluation de la qualité?

Deuxièmement, les besoins des acteurs semblent comblés, à tout le moins en partie, car les agences d'agrément réussissent à maintenir l'adhésion et l'implication des organismes de santé. Le nombre d'agences augmente et les programmes gagnent du terrain. Les organismes de santé s'impliquent activement et bénévolement dans les travaux des agences et y voient des avantages certains. Malgré des contraintes croissantes et un soutien limité, les établissements de santé réservent un bon accueil aux agences.

Enfin, les programmes et les agences d'agrément sont intimement liés aux préoccupations et aux enjeux importants dans le domaine de la santé. Autrement, comment expliquer que 69 organismes se soient portés volontaires pour tester de nouvelles normes d'Agrément Canada. Ces essais exigeaient des ressources importantes et ils devaient en retirer des avantages autres qu'une reconnaissance officielle. Peut-on en conséquence penser que les intervenants, les équipes et les organismes ont fait des apprentissages utiles lors de ces expérimentations?

En résumé, le construit paradigmatique démontre une bonne cohérence entre les divers acteurs impliqués. Par contre, bien que les programmes d'agrément semblent généralement bien acceptés par leurs principaux acteurs, il faut reconnaître qu'ils ne font pas l'unanimité, au Canada comme ailleurs. De plus avec la nouvelle tendance

d'obliger l'agrément, il est plus que probable que les critiques négatives et l'insatisfaction seront plus fréquentes à l'avenir. Il est donc pertinent de bien comprendre les éléments qui font de l'agrément demeure un programme autour duquel les différents acteurs réussissent à faire converger leurs intérêts personnels, professionnels et organisationnels.

3.1.2 Données probantes : construit scientifique

Cette section présente la recherche qui a été faite par le passé sur cinq grands thèmes : 1) les programmes d'amélioration de la qualité; 2) l'utilisation du rapport et des recommandations d'agrément; 3) l'utilisation des indicateurs; 4) l'apprentissage et changement organisationnel; 5) le niveau de compliance. L'importance de la recherche sur chacun de ces thèmes varie grandement, mais l'évolution de l'amélioration de la qualité est celui qui a suscité le plus d'intérêt. Les autres thèmes ont été moins étudiés et certains ont été traités concurremment dans une même recherche. Dans ces cas, nous présentons les données dans chacune des sections pertinentes.

3.1.2.1 Programmes d'amélioration de la qualité

Le lien entre l'agrément et la qualité a fait l'objet de plusieurs recherches au Canada (Baker, 1993 et 1997), (Beaumont, 2002), (Lozeau, 1996 et 1999) et (François et Rhéaume, 2001) et en France (Maguerez, 2001, (Pomey, 2002) et (la Haute Autorité de Santé en France (HAS), 2005). Elles démontrent que le programme d'agrément influence la mise en place de démarches qualité.

Au Canada, Baker (1993) dans une première enquête auprès de 1 347 établissements de santé dont le taux de réponse était de 62 % a constaté que 49 % des répondants affirmaient avoir adopté un programme qualité. Le taux d'implantation était assez semblable parmi les diverses catégories d'établissement sauf pour les centres de soins de longue durée où le pourcentage était moins élevé. Par contre, l'implantation des

programmes qualité en était à la phase initiale. Presque tous les établissements s'étaient renseignés sur les programmes qualité (92 %), mais seulement le quart 7 (27 %) avaient offert des formations à ce chapitre pour le corps médical ou pour leurs départements.

Lors d'une deuxième enquête, à laquelle ont participé plus de la moitié (53 %) des 589 organismes sondés, Baker (1997) a constaté que la situation avait considérablement évolué. Les exigences, introduites dans le nouveau programme d'Agrément Canada, alors Conseil canadien des établissements de santé, en 1995, concernant la mise en place de systèmes de qualité, ont été l'élément le plus important dans cette progression. Au total, 80 % des organismes affirmaient avoir un programme qualité. De ceux-ci, 64 % l'avaient développé au cours des trois années précédant l'enquête. Le niveau d'implantation était aussi plus élevé. L'étude a relevé que 71 % avaient du personnel assigné au programme qualité, dont 35 % à temps complet et 26 % à temps partiel.

La mise en place des programmes qualité a continué de progresser. Selon une étude (Beaumont, 2002), 93 % des organismes dans le programme d'Agrément Canada avaient adopté un programme qualité. En 1993, 11 % des organismes considéraient que la philosophie et les principes du programme d'agrément étaient solidement implantés. Ce pourcentage est passé à 29 % en 1997 et à 46 % en 2001. L'utilisation des outils et méthodes avait aussi progressé, allant d'une utilisation modérée de 62 % en 1993 à 8 % en 2001. À l'inverse, 34 % des répondants en 2001 contre 8 % seulement en 1993 considéraient le niveau d'utilisation des outils et méthodes comme très élevé.

Il est important de noter que, dans le cas des trois enquêtes citées précédemment, les résultats sont basés sur la perception de l'organisme et non pas sur une mesure externe et objective du niveau d'implantation des programmes qualité dans ces établissements. À cet égard, il faut souligner que, dans les rapports annuels agrégés sur les constats des visites d'agrément, Agrément Canada dénote, année après année,

qu'un nombre important d'établissements reçoit des recommandations liés à la nécessité d'implanter des programmes d'amélioration continue de la qualité (CCASS 2003c, 2004a, 2005a, 2006 et 2007a).

Lozeau (1996), dans une étude portant sur 12 hôpitaux montréalais, critique la valeur des programmes qualité. Bien qu'il reconnaisse l'importance d'Agrément Canada dans les activités qualité, surtout lors de la phase qui précède une visite d'agrément, il considère que le processus d'agrément est plutôt un rituel sans ancrage solide dans la culture organisationnelle.

Dans une deuxième étude de cas, Lozeau (1999) soutient que les activités de gestion de la qualité ont donné lieu à une résistance passive de la part du personnel administratif et clinique. Les milieux de santé seraient peu favorables à l'implantation de programmes qualité, et ce, malgré la popularité croissante des programmes d'agrément. Ils feraient semblant d'adopter ces programmes, mais, dans les faits, n'y adhèreraient pas vraiment.

François et Rhéaume (2001) font une distinction entre la qualité des actes professionnels et le développement des systèmes qualité dans les organismes de santé. Ils identifient deux systèmes qualité distincts dans les établissements du Québec, l'un sous la responsabilité des ordres professionnels et l'autre sous celle des organismes d'agrément (Agrément Canada et CQA). Les programmes qualité mis en place par les organismes étudiés varient considérablement sur le plan des structures et du fonctionnement. Ces variations existent étant donné les cultures organisationnelles différentes et la flexibilité accordée par les agences d'agrément pour la mise en place des programmes qualité.

En France, Maguerez (2001) a associé l'ANAÉS avec le déclenchement des programmes qualité dans 54 hôpitaux. Dans cette étude, l'ANAÉS, intéressée à engager les hôpitaux dans des programmes qualité, les a invités à soumettre des projets à ce chapitre. Deux invitations, en 1995 et en 1996, ont donné lieu à 483

propositions. De ce nombre, 60 projets ont été retenus et ont reçu un appui financier de l'ANAÉS. Les hôpitaux, dans une proportion de 61 % pour les projets 1995 et de 41 % pour ceux de 1996, auraient atteint leurs objectifs au moment de l'évaluation. L'ANAÉS était satisfaite, car ces projets en ont généré des nouveaux dans ces hôpitaux et de plus, ils ont été utiles dans la préparation des visites par l'ANAÉS.

Pomey (2002) a démontré que, malgré une certaine résistance du corps médical, un des meilleurs résultats de l'intégration du programme d'agrément est l'adoption d'un programme d'amélioration continue de la qualité. Il en résulte des apprentissages et un développement de compétences d'ordre conceptuel et méthodologique, surtout de la part des personnes directement impliquées dans le processus d'agrément. Elle a aussi constaté que ce sont principalement des femmes qui ont mené la démarche.

Dans une enquête menée par la HAS (2005) auprès de 183 établissements agréés, on a constaté que l'agrément a joué un rôle important pour plusieurs composantes de la qualité. En effet, plus de 62 % des répondants étaient d'avis que l'agrément avait contribué à la rédaction et diffusion de protocoles et de procédures, 55,3 % à la mise en place de groupes de travail sur la démarche qualité et 48,7 % à la mise en place de structures de qualité.

Les programmes d'agrément auraient donc fortement encouragé l'appropriation des programmes qualité dans les organismes de santé en développant des exigences spécifiques dans leur cadre normatif. Il s'en est suivi une appropriation par les établissements de méthodes et d'outils ainsi qu'une acquisition de connaissances dans le domaine de la qualité.

3.1.2.2 Utilisation du rapport et des recommandations d'agrément

Dans l'étude citée précédemment à laquelle ont participé 226 établissements canadiens, Beaumont (2002) a démontré que ceux-ci percevaient toutes les étapes du cycle d'agrément de trois ans comme efficaces et qu'ils utilisaient le rapport

d'agrément, qui suit la visite, et les recommandations pour établir les priorités et apporter des améliorations à tous les niveaux. Les rapports des visites d'agrément circulent (83 %) à l'intérieur des organisations, les recommandations sont implantées (83 %) et elles sont perçues comme des agents importants de changement (64 %).

L'enquête de la HAS (2005) mentionnée précédemment a démontré que 89 % des répondants étaient tout à fait ou plutôt d'accord que leur établissement avait mis en place des actions concernant les recommandations. Les recommandations ayant fait l'objet de plus de suivi portaient sur les vigilances sanitaires/sécurité transfusionnelles, le management et ressources humaines et enfin la sécurité des installations, des biens et des personnes.

Comme on peut le constater, le nombre de recherches sur l'utilisation du rapport et des recommandations d'agrément est limité.

3.1.2.3 Utilisation des indicateurs

Les programmes d'agrément exigent que les établissements utilisent des indicateurs pour déterminer si les résultats atteints correspondent aux objectifs poursuivis. Lemieux et coll. (2000) ont démontré que les équipes formées dans le cadre du processus d'Agrément Canada utilisaient en moyenne 8,65 indicateurs et que l'information générée par ces derniers servait à apporter des changements. Les équipes effectuaient plus de changements dans les 18 mois suivant la visite d'agrément, que dans les mois qui la précèdent. Il fut aussi démontré que les normes d'Agrément Canada avaient un impact direct sur le type d'indicateurs développés en matière de technique/gestion. Dans les équipes cliniques, plus de la moitié rapportèrent que le choix des indicateurs était directement influencé par les normes du programme.

Aux États-Unis (Williams, 2005) une recherche portant sur 3 000 établissements agréés par le JCAHO a démontré des améliorations significatives sur une période de

2002 à 2004 pour 15 des 18 indicateurs sur la qualité des services fournis dans les cas d'infarctus du myocarde actifs, de défaillances cardiaques et de pneumonies. Les indicateurs faisaient l'objet de suivi tous les trois mois. Les améliorations les plus significatives sont survenues dans les établissements qui, au départ, avaient les résultats le plus faibles. Le JCAHO a déterminé en 2002 que les établissements agréés devaient soumettre des données sur les indicateurs standardisés dans au moins deux des quatre ensembles de mesure disponibles.

Depuis quelques années, les agences d'agrément telles JACHO, Agrément Canada et plusieurs autres exigent l'utilisation d'indicateurs et autres mesures de la performance. Elles exigent de plus en plus que les organismes agréés fassent la démonstration que les initiatives qualité et la performance organisationnelle soient mesurées. Jusqu'ici, le nombre de recherches effectuées dans ce domaine est très limité mais il y a lieu d'être optimiste, car il y va de l'intérêt de la communauté scientifique de vouloir mesurer l'impact des programmes d'agrément à cet égard.

Nous allons à présent s'intéresser à la littérature sur l'apprentissage et le changement organisationnel ce qui est directement en lien avec les thèmes principaux de cette recherche.

3.1.2.4 Apprentissage et changement organisationnel

Nous présentons sous ce thème certaines des recherches qui ont été citées dans les sections précédentes parce qu'elles sont pertinentes.

L'une des premières recherches sur l'efficacité du programme d'agrément a été effectuée en Australie auprès de 23 établissements dont 13 faisaient partie du ACHS. La recherche s'étendait sur une période de deux ans. Duckett (1983) a découvert que les établissements ayant participé au programme de l'ACHS se distinguaient de ceux qui ne participaient pas dans six domaines spécifiques : 1) l'administration et la gestion; 2) l'organisation du corps médical; 3) la révision des systèmes et l'utilisation

des ressources; 4) l'organisation des soins infirmiers; 5) la sécurité des infrastructures; 6) la définition du rôle de l'organisation et la planification.

La différence entre les établissements qui participaient à un programme d'agrément par rapport à ceux qui n'y participaient concernait surtout les structures. Ceci n'est toutefois pas étonnant, car cette recherche a été réalisée à une époque où le contenu normatif des programmes d'agrément mettait beaucoup d'emphasis sur la structure des organisations et la mise en place de politiques de gestion.

Beaumont (2002) a démontré que le programme d'Agrément Canada amène un changement dans les processus cliniques et de communication. Les changements les plus significatifs ont été observés dans les organismes de petite taille. Il existerait aussi une corrélation entre la capacité d'implanter des changements et la durée de participation dans le programme. Plus la participation au programme est longue, plus les organismes réussissent à introduire des changements. Il était aussi intéressant de constater que les organismes continuent d'apprendre au contact du programme d'agrément. Le contraire serait même très inquiétant puisque les programmes d'agrément se renouvellent continuellement.

Pomey (2002) soutient que l'introduction de l'agrément engendre des changements dans la dynamique organisationnelle, les plus importants portant sur la création d'un *capital social* et la prise en compte du point de vue du patient. L'organisme étudié a réussi à développer une culture de connaissances explicites. De plus, et le phénomène est important, ce sont les personnes qui occupent des fonctions hiérarchiques moins importantes qui semblent avoir le plus profité des changements. En somme, la nature des relations entre les paliers de l'organisme et les catégories de personnel s'est améliorée. Le point de vue des patients est maintenant mieux considéré.

Une étude commandée par Santé Canada (Whiteduck Consulting, 2004) sur cinq organismes de santé qui ont piloté les normes du programme d'Agrément Canada

dans des communautés des Premières nations a évalué, de façon qualitative, les résultats de cet exercice. Plus de 70 personnes ont été rencontrées dans le cadre de cette évaluation. Il en est ressorti que les organismes avaient grandement bénéficié de la démarche. Les participants ont dit avoir constaté des améliorations au niveau de leurs capacités. Ils étaient d'avis que les services s'étaient améliorés par suite de l'implantation du programme et des processus de l'agrément.

Ces recherches semblent démontrer que les programmes d'agrément, sous certaines conditions, génèrent un changement organisationnel et sont une source d'apprentissages pour certains des acteurs du milieu. Il reste bien sûr à approfondir la connaissance sur les facteurs qui favorisent ou qui entravent le changement et l'apprentissage.

3.1.2.5 Niveau de compliance

Salmon et coll. (2003) ont évalué la capacité de rencontrer les normes d'agrément lors de l'implantation du programme du *Council for Health Services Accreditation of Southern Africa* (COHSASA). Cette recherche, d'une durée de deux ans, porta sur vingt hôpitaux choisis au hasard, dont dix s'étaient joints au programme de COHSASA. La recherche se faisait dans un pays en voie de développement et portait sur la mesure des structures, des processus et les huit indicateurs suivants : 1) la perception du personnel infirmier envers la qualité; 2) la satisfaction de la clientèle; 3) le programme d'éducation sur les médicaments offerts aux patients; 4) l'accessibilité et la qualité des dossiers patients; 5) la qualité des notes au dossier à la phase préopératoire; 6) les conditions sanitaires et l'étiquetage des produits sur les unités; 7) le taux de morbidité; 8) le taux de mortalité. Ces deux derniers indicateurs n'ont toutefois pu être mesurés et ont été exclus des résultats.

Les dix hôpitaux inscrits au programme ont démontré une progression du niveau de compliance aux normes de qualité, passant de 48 à 78 % tandis que les hôpitaux non inscrits stagnaient à leur niveau de départ (43 %). Cette différence est statistiquement

significative. Sur le plan des indicateurs, on a noté des changements uniquement pour celui de la perception de la qualité des services cliniques infirmiers. Malgré cela, un seul des hôpitaux a réussi à obtenir son statut d'agrément complet pendant la période couverte par cette recherche.

Roy (1969) a constaté que les établissements agréés répondaient mieux aux normes que ceux qui ne l'étaient pas. Les normes qui seraient moins bien implantées dans ces hôpitaux seraient celles qui portent sur les exercices de feu, le plan de mesure d'urgence, le travail des comités et d'autres qui concernaient la structure administrative médicale, la tenue de dossier et la sécurité en matière d'infections. Roy a conclu que le programme du Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux (maintenant Agrément Canada) contribuait à améliorer la qualité des soins. Cependant, il a déploré que les visites se fassent uniquement aux trois ans jugeant cette fréquence insuffisante pour réellement garantir la qualité des soins.

Il est intéressant de constater que l'évolution du niveau de compliance aux normes a fait l'objet de peu d'intérêt de la part des chercheurs jusqu'à maintenant. Ceci s'explique probablement par le fait que les cadres pour la mesure du niveau de compliance des programmes d'agrément se prêtaient mal à de tels exercices jusqu'à très récemment. De plus, il ne faut pas penser que la mesure de la progression du niveau de compliance se prête bien à un devis de recherche de type quasi expérimentale. Les variables confondantes sont trop nombreuses et complexes pour être contrôlées.

Conclusion

Cette section portant sur l'état des connaissances sur les programmes d'agrément permet de constater qu'il y a un écart entre « l'état paradigmatique » et « les données probantes ». Pour combler cet écart, la communauté scientifique doit s'intéresser davantage aux programmes d'agrément.

L'état actuel des connaissances démontre toutefois que l'intérêt exprimé jusqu'à maintenant porte sur des questions pertinentes qui préoccupent l'ensemble des intervenants intéressés par le domaine de l'agrément. Plusieurs recherches se sont penchées sur l'influence de l'agrément comme outil de changement organisationnel. Il est donc pertinent de considérer l'agrément comme une intervention selon ce qui a été présenté dans un des chapitres précédents.

Un autre constat sur l'état des connaissances est qu'il est difficile de faire un lien de cause à effet entre le programme d'agrément et la santé de la population. Aucune recherche, sauf celle portant sur les établissements agréés par le JCAHO, ne s'est véritablement intéressée à cette dimension importante de la valeur des programmes d'agrément.

Des efforts significatifs ont été faits pour recenser l'ensemble de la littérature qui porte sur l'agrément et, plus spécifiquement, sur les programmes dans le domaine de la santé. En 2003, Agrément Canada, par l'entremise de l'Université de Toronto, a commandité une recherche exhaustive sur la littérature pertinente.

Plus récemment, en 2007, en Australie, le *Centre for Clinical Governance Research, University of New South Wales (UNSW)*, l'*ACHS*, le *Ramsay Health Care* et le *Australian Research Council* ont fait une démarche semblable pour répertorier tous les écrits sur l'agrément (Greenfield & Braithwaite 2007) en utilisant une stratégie à trois niveaux. Dans un premier temps, ils ont répertorié trois bases de données importantes, *Medline*, *Embase* et *Cinahl*. Dans un deuxième temps, ils ont communiqué avec 22 agences d'agrément reconnues de même qu'avec une organisation internationale. Enfin, ils ont eu recours à la technique « boule de neige ».

Récemment, ISQua, par l'entremise d'Agrément Canada, a créé un site Internet (<http://www.isquaresearch.com/ResearchList>) pour susciter de l'intérêt dans le domaine de la recherche sur l'agrément. Ce site vise aussi à développer une

communauté de praticiens de la recherche en agrément et à encourager le partage et la diffusion des connaissances dans le domaine.

Cependant, ces trois initiatives importantes ont généré des résultats mitigés. Les connaissances et les écrits dans le domaine demeurent limités. Le projet de l'Université de Toronto a recensé une soixante d'articles dont plusieurs ont servi pour ce projet. Toutefois, la vaste majorité de ces articles, bien que rédigés par des experts et observateurs de l'agrément, ne peuvent être considérés comme des documents apportant une contribution significative à l'avancement des connaissances.

Le responsable du projet en Australie a retenu 66 documents pertinents à l'agrément qu'il a classés en deux grandes catégories : 1) des invitations pour que plus de recherche se fasse dans le domaine; 2) des recherches sur l'impact ou l'efficacité des programmes d'agrément.

Dans la première catégorie, Braithwaite (2007) fait ressortir que plusieurs chercheurs déplorent le manque d'évidences et de recherches scientifiques dans le domaine de l'agrément. Ces derniers s'expliquent mal comment on peut justifier l'allocation de tant d'énergies et ressources aux programmes d'agrément sans évaluations probantes de leur impact réel.

Il classe les documents de la deuxième catégorie dans dix domaines : 1) l'attitude des professionnels envers l'agrément; 2) la promotion du changement; 3) l'impact organisationnel; 4) l'impact financier; 5) les mesures de qualité; 6) l'évaluation de programme; 7) la perspective du client ou la satisfaction du personnel; 8) l'imputabilité publique; 9) le développement professionnel; 10) les préoccupations des visiteurs.

Enfin, le site mis en ligne par ISQua est tout récent. Il propose quatre catégories de document : 1) l'impact de l'agrément; 2) développement des capacités; 3) outils et

méthodes de mesure; 4) autres documents. Jusqu'à maintenant, la documentation qu'on y trouve est limitée.

Étant donné la croissance rapide du nombre de programmes d'agrément et l'état des connaissances sur le domaine, que ces dernières soient basées sur des paradigmes ou sur des évidences, il y a lieu de se joindre à ceux qui militent en faveur de plus de recherche. Heureusement, il semble que la communauté scientifique a réagi, car son intérêt et l'augmentation du nombre de projets de recherche sont essentiels pour réduire l'écart déterminé dans notre modèle conceptuel. Les domaines dans lesquels il faut accroître les connaissances sont nombreux et devraient notamment inclure la recherche sur l'impact des programmes d'agrément sur la clientèle des établissements de santé et sur la santé de la population en général.

La présente recherche est un pas dans cette direction, à savoir qu'elle cherche à élargir dans une certaine mesure le champ des connaissances sur l'agrément et à diminuer l'écart entre « l'état paradigmatique » et « les données probantes ». Pour ce faire nous nous intéressons maintenant au changement et à l'apprentissage organisationnel.

3.2 Changement et apprentissage organisationnel

Cette section sur le changement et l'apprentissage organisationnel puise dans des théories existantes et démontrées. Ces théories servent d'ancrage à notre modèle d'analyse de l'intégration du programme d'agrément dans les deux établissements de santé étudiés. Elles permettent aussi d'encadrer le cheminement logique de notre approche de validation multidimensionnelle des questions de recherche.

Le modèle d'analyse qui en découle s'inspire grandement des connaissances en matière de développement et d'apprentissage organisationnel. Nous avons opté pour puiser à même ces connaissances particulières parce qu'elles répondent aux exigences de notre recherche. Les théories et les modèles sont utilisés de façon complémentaire

pour bonifier l'ensemble en présentant certains aspects spécifiques que nous jugeons susceptibles de contribuer significativement au modèle d'analyse retenu. Il en résulte un modèle d'analyse hybride qui emprunte aux modèles existants de changement et d'apprentissage organisationnel. Le choix de ces théories et des modèles qui en découlent est justifié en fonction des objectifs de la recherche dans le texte qui suit.

Le modèle d'analyse retenu pour le volet « changement organisationnel » de notre recherche s'appuie principalement sur trois modèles théoriques. Celui retenu pour le volet « apprentissage organisationnel » puise sa source dans deux autres modèles. Bien que l'apport de plusieurs auteurs contribue à la compréhension du changement organisationnel et de l'apprentissage, ces modèles ont des caractéristiques distinctes qui se prêtent particulièrement bien aux exigences de notre projet de recherche. Ensemble, ils permettent de dégager un fondement théorique solide.

Chacun des modèles apporte une contribution unique qui complète et renforce les autres. Nous avons voulu nous servir de modèles éprouvés pour construire un ancrage théorique sur le changement et l'apprentissage organisationnel tout en nous assurant de la transversalité de l'application de ceux-ci à cette recherche. Dans un premier temps, il est intéressant de regarder les similitudes de ces modèles, ce qui, en quelque sorte, définit le dénominateur commun sur lequel repose notre approche. Les caractéristiques importantes recherchées dans les modèles sur le changement organisationnel comme dans ceux en matière d'apprentissage organisationnel étaient les suivantes : 1) contemporains; 2) éclectiques; 3) démontrés; 4) transférables.

Premièrement, les modèles se devaient d'être contemporains ou encore d'actualité. Comme dans d'autres domaines, les connaissances sur le changement et sur l'apprentissage organisationnel progressent, et le recours à des modèles utilisés récemment assure qu'ils sont d'actualité et reflètent les connaissances à jour. Deuxièmement, les modèles devaient être basés sur une approche dite *éclectique* et devaient avoir intégré des notions de plusieurs courants dans la théorie des organisations. Ainsi à titre d'exemple, un modèle extrême basé uniquement sur la

théorie du pouvoir ou sur l'approche culturelle n'aurait pas été retenu. En apprentissage, un modèle exclusivement behavioriste aurait été exclu. Troisièmement, les modèles devaient être applicables dans un organisme en ayant démontré qu'ils avaient l'ampleur voulue pour être utilisés dans une approche complexe d'analyse de cas. Enfin, ils devaient être transférables dans le contexte particulier des établissements étudiés.

Les modèles que nous avons choisis ont ces quatre caractéristiques tout en contribuant d'autres éléments distinctifs et importants pour appuyer le cadre de notre analyse. Ainsi, grâce à cette perspective multidimensionnelle, il est possible de mieux comprendre la démarche d'intégration du programme d'Agrément Canada dans deux établissements qui, sous plusieurs aspects, sont similaires, mais qui sont néanmoins uniques.

3.2.1 Changement organisationnel

3.2.1.1 Introduction et définition

Nous aborderons en premier lieu le changement organisationnel. Il nous apparaît important de clarifier cette terminologie et sa signification particulière dans le cadre de cette recherche. Il existe différentes conceptions du changement organisationnel, notamment la théorie de l'inertie (Baum 2003) qui s'intéresse à deux questions fondamentales : 1) jusqu'à quel point une organisation peut-elle changer; 2) le changement est-il bénéfique pour les organisations? Plusieurs facteurs, internes et externes viendraient inciter l'organisation à changer. Cependant, la capacité de changer serait également fonction de caractéristiques qui lui sont propres tels son âge, sa taille, la standardisation de ses processus et autres facteurs.

Selon cette théorie, il y a des risques importants à changer des fonctions cruciales dans l'organisation. Ainsi, plus les organisations ont de l'expérience et plus elles institutionnalisent leurs capacités de changement. Les organisations qui ont moins de

capacités dans ce domaine, et qui tentent néanmoins de changer peuvent se placer dans une situation à risque parce qu'elles essaient de s'adapter sans avoir les compétences nécessaires. Ainsi, une tentative d'adaptation, rendue nécessaire dans un environnement changeant, peut même mettre cette organisation en péril.

Cette théorie est intéressante lorsqu'on oppose la conception déterministe à celle du volontarisme (Baum, 2003) selon laquelle il y a une dualité entre les forces organisationnelles qui résistent au changement et celles associées au leadership, aux choix stratégiques et autres facteurs qui agissent dans le sens inverse.

Que faut-il retenir de ce paradoxe sur la théorie de l'inertie, entre l'obligation de changer et de s'adapter d'une part, et d'autre part, le danger qu'engendre inévitablement le changement? De plus, que faut-il retenir de l'opposition entre les courants déterministe et volontariste? Et surtout, comment cela influence-t-il l'intégration d'un programme d'agrément dans un organisme de santé?

Voilà trois questions importantes sur le changement organisationnel qui méritent notre attention. Nous chercherons donc à comprendre quelles sont ces forces qui s'opposent et qui pourraient avoir un impact important lors de l'intégration du programme d'agrément. Nous chercherons aussi à comprendre quels sont les facteurs à considérer, mais aussi le jeu des acteurs en place de même que les stratégies qui peuvent être retenues pour créer un climat propice à un changement organisationnel. Enfin, nous étudierons ce que signifie un changement organisationnel sur le plan des relations entre les individus et aussi sur le plan des grands systèmes dans l'organisation.

L'auteur considère que les organismes de santé qui réussissent le mieux sont ceux qui démontrent des capacités importantes de s'adapter constamment à leur environnement dynamique et qui institutionnalisent cette capacité à travers leurs acteurs.

Aux fins de cette recherche nous définissons le changement organisationnel comme suit :

Tout changement qui engendre des modifications significatives sur le plan des valeurs, de la structure, des opérations ou de la configuration de l'organisation. Ce changement doit faire l'objet d'une reconnaissance par les acteurs internes ou externes comme ayant des effets plus que passagers.

Ceci ne qualifie pas nécessairement la valeur du changement organisationnel puisqu'il peut aussi être positif que négatif pour l'organisation. Cependant il est intéressant de noter que la plupart des définitions consultées partagent une caractéristique commune : le changement organisationnel est perçu comme positif. Dans le cas qui nous intéresse, le changement organisationnel peut-être positif ou négatif.

Nous présenterons maintenant deux applications du premier modèle sur le changement organisationnel. La première, développée par Lozeau, Langley et Denis (2002), s'est intéressée spécifiquement à l'introduction des techniques de planification stratégique et de programmes qualité dans des organisations du secteur public. Ces deux techniques proviennent du secteur privé. L'utilisation de la planification stratégique remonte en 1979 au Québec et précède de quelques années celle des programmes qualité. Les chercheurs ont analysé le niveau d'implantation de ces techniques dans des institutions publiques de santé.

La deuxième application du modèle exige de concevoir l'arrivée d'un dirigeant dans un organisme de santé comme un élément de transformation, au même titre que l'implantation d'une démarche de planification stratégique ou d'un programme qualité. À partir de ce postulat, le modèle d'adaptation de Denis, Langley et Pineault (2000) s'applique, et l'arrivée d'un nouveau dirigeant est le déclencheur du changement. Ces deux études se penchent sur les rapports entre l'introduction d'un outil de gestion et l'organisation en fonction de quatre scénarios.

Par analogie, il est possible de concevoir un programme d'agrément comme un outil de gestion. Pour un organisme qui implante pour la première fois une démarche

d'agrément, cela équivaldrait à s'initier à un nouvel outil de gestion. Le programme d'agrément porte sur l'ensemble des fonctions administratives allant de la gouvernance en passant par les tous les secteurs opérationnels et cliniques. Ce modèle sert de cadre de référence pour évaluer l'impact de l'introduction d'un programme d'agrément et déterminer si cet impact est plus ou moins structurant.

Le deuxième modèle de changement a été développé par Pomey (2002). Il a servi dans une étude de cas effectuée en France lors de l'introduction d'une démarche obligatoire d'agrément. Ce modèle est appliqué dans une recherche qui est en cours et qui porte sur des établissements de santé canadiens. En plus d'avoir démontré son applicabilité et sa pertinence, nous retenons plusieurs de ses variables pour cette recherche.

Il sert de la même façon que le modèle précédent à analyser l'impact de l'intégration du programme d'agrément dans les cas étudiés. Il présente une autre perspective et ajoute au modèle développé un enrichissement important du cadre d'analyse en appuyant le fondement théorique sur la compréhension d'une démarche de changement organisationnel.

Le troisième modèle, celui de Bridges (1991), est une théorie sur les ingrédients essentiels à la réussite d'un changement organisationnel. Il articule une série de cinq scénarios possibles qui peuvent résulter d'une démarche de changement organisationnel. Il a servi dans des études de cas d'entreprises privées et aussi comme cadre de référence pour l'évaluation de base de systèmes ou d'organismes de santé.

Ces trois modèles nous permettent de développer, à partir des composantes de chacun, un nouveau modèle dont les assises sont suffisamment solides pour étudier les éléments du modèle d'analyse de la recherche sur le changement organisationnel. Il permet de déterminer si l'implantation du programme d'agrément permet de créer

du changement dans une organisation et si oui, de qualifier si ce changement est positif ou négatif.

3.2.1.2 Typologie de changement

Le programme d'agrément peut être considéré comme une intervention (Condantriopulos, 1993 et Beaumont, 2003) qui a pour objectif le développement organisationnel et la création de connaissances (Scrivens, 1997). Dans cette optique, l'agrément devient un outil de gestion (ou une technique), de changement organisationnel au même titre qu'une démarche de planification stratégique, que le développement d'un programme de qualité, ou que l'arrivée d'un nouveau dirigeant (Denis et coll., 2000). Dans le cadre de cette recherche, l'instauration du programme d'agrément dans un organisme équivaut à adopter un outil de gestion qui vise à la fois l'acquisition de connaissances et le rehaussement de la qualité des services.

Par contre, l'intégration d'une intervention (l'agrément), c'est-à-dire l'agent de changement, acquiert un sens particulier en fonction de l'organisme. La singularité de ses acteurs et de leur rôle, de même que celle de la répartition du pouvoir et des ressources disponibles entre eux, sont notamment des facteurs qui ont des impacts sur le déroulement du changement (Lozeau et al, 2002).

Des écarts existent entre, d'une part, la capacité d'atteindre les objectifs de développement organisationnel et la création de connaissances, et, d'autre part, le contexte particulier d'une organisation, au moment de l'implantation de la technique. Ces écarts ou « incompatibilités » peuvent être classés en fonction d'une typologie à quatre éléments (Lozeau et coll., 2002) : 1) *transformation* : l'écart se dissipe de sorte que le fonctionnement de l'organisation est en harmonie avec la théorie de la technique. Plus l'écart initial est important, plus le changement s'avère radical; 2) *adaptation/accommodation* : tout en conservant ses fondements, la technique est adaptée pour la rendre plus compatible avec l'organisation. Ici, l'écart se comble par l'adaptation de la technique et l'organisation qui s'ajuste; (3) *mariage*

d'apparence/parallélisme : l'adoption de la technique demeure superficielle, on en retient seulement le rituel et l'écart est maintenu et toléré; 4) *corruption/assimilation* : la technique est modifiée de telle sorte que l'écart s'élimine par le fonctionnement organisationnel qui lui, demeure inchangé.

Le tableau II présente la typologie du changement organisationnel par suite de l'introduction du programme d'agrément. Le tableau est divisé en quatre colonnes représentant quatre résultats possibles par suite de l'intégration du programme d'agrément. Dans la première colonne, après une intégration réussie de la technique de gestion (programme d'agrément), l'organisme n'est plus le même. Il s'est transformé et a adopté les valeurs et autres composantes du programme. Il n'y a plus d'écart, le programme d'agrément est respecté. Dans la deuxième colonne, « adaption/accomodation », ou *customization* selon Westphal, Gulini et Shortell (1997), la transformation s'est opérée tant au niveau de l'organisme que du programme car ce dernier s'enracine. Ce résultat est un amalgame qui respecte les particularités de l'organisme mais aussi les composantes du programme d'agrément. Dans la typologie « mariage d'apparence/parallélisme » que certains appellent aussi « couplage ritualisé » (Meyer et Rowam, 1977) l'approche n'est adoptée que de manière superficielle, voire factice (Lozeau, 2005). Au mieux, le programme d'agrément est toléré. Il en est résulté une série d'ententes tacites entre les acteurs qui se manifestent par des rites auxquels ils se prêtent tout en conservant leur autonomie et leur légitimité de départ. Enfin, la dernière colonne appelée « corruption/assimilation » montre que l'intégration du programme d'agrément n'a pas engendré de changement. La résistance des acteurs a eu gain de cause. Les aspects politique, relationnel et le partage du pouvoir entre les acteurs demeurent inchangés, chacun ayant conservé ses caractéristiques originales malgré les valeurs et autres composantes du programme d'agrément.

Tableau II
Typologie du changement organisationnel par suite de l'introduction du programme d'agrément

1	2	3	4
Transformation	Adaptation/ Accommodation	Mariage d'apparence/ parallélisme	Corruption/ Assimilation
Programme d'agrément a transformé l'organisme	Organisme et programme d'agrément cohabite en harmonie	Organisme tolère le programme d'agrément, mais celui-ci n'a rien changé	Organisme est resté le même et absence totale du programme d'agrément

Adaptation de Lozeau et coll., 2002 et Denis et coll., 2002

3.2.1.3 Les dimensions du changement

Le programme d'agrément peut être un catalyseur de changement organisationnel, une force nulle s'il est ignoré par le milieu d'accueil et même un agent qui renforce le statu quo selon la typologie présentée ci-dessus. Dans ce projet, nous considérons que l'introduction de la démarche d'agrément a le potentiel d'induire du changement. L'ampleur du changement peut varier suivant les circonstances et les acteurs. Il en va de même pour la nature du changement. Le changement peut-être bénéfique ou nuisible à l'organisme, mais il ne pourra être neutre car il engage l'utilisation des ressources significatives.

Selon Pomey (2002), figure 2, certaines conditions favorisent l'émergence et la diffusion du changement (cf. figure 2). Le modèle renferme deux composantes majeures. La première, où les conditions favorisant le changement, se divise en cinq sous-composantes : i) un environnement général; ii) les conditions de base; iii) le leadership et compréhension; iv) les stratégies; v) la conception/compréhension. Dans la deuxième composante, les caractéristiques du changement se divisent aussi en quatre sous-composantes : i) la nature du changement ; ii) la conception ; iii) les stratégies d'action ; iv) les enjeux.

Chacune des sous-composantes de ces composantes contient un nombre d'éléments variant de deux à cinq. Les trois éléments de la sous-composante « Enjeux » se divisent à leur tour en sous-éléments qui viennent mieux définir celle-ci. Le modèle est donc complet.

Conditions favorisant le changement

Environnement général

Dans l'environnement général, le modèle comprend des pressions externes fortes et un projet explicite et ouvert tendant vers une utopie. Le milieu de la santé subit de fortes pressions externes de diverses natures : ressources financières et humaines limitées, obligation de rendement, reddition de compte accrue et une opinion publique très sensibilisée par les médias aux événements dans les organismes de santé (Hirose et coll., et Evans 2003 et Lozeau et coll., 2002 et Schryve, 2000). Au Québec par exemple, la Loi 113 oblige tous les établissements à s'inscrire à un programme d'agrément. La pression de la communauté internationale s'organise, car les problèmes de santé publique, par exemple la grippe aviaire, chevauchent souvent les frontières des pays. Les récentes études (Canadian Patient Safety Institute, 2006) et (Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2006) sur les événements indésirables dans les établissements de santé partout dans le monde ajoutent aux pressions externes que subissent les organismes de santé. À Anguilla, nous avons vu le positionnement du ministre en chef à savoir qu'il n'y a pas de plus grande responsabilité collective pour l'État que celle de fournir des services de santé appropriés et efficaces.

Toutes ces forces agissent pour déstabiliser le milieu qui, de son côté, résiste tout naturellement à entreprendre des changements. Il faut en conséquence offrir au milieu des choix valables en matière de changement et l'agrément en est un. Au départ, il faut, pour créer un environnement propice au changement, que ces deux conditions soient présentes : 1) des pressions externes fortes; 2) une solution

acceptable en réponse aux pressions pour convaincre les acteurs de créer cette nouvelle utopie (Pomey, 2002).

Conditions de base

L'environnement de changement étant en place, certaines conditions de base sont aussi nécessaires pour que l'organisme puisse entreprendre une démarche de changement. Pomey énumère quatre conditions de base : 1) l'espace discrétionnaire d'autonomie; 2) les capacités cognitives et relationnelles des acteurs; 3) le partage de l'information; 4) la capacité excédentaire d'acteurs ou de personnes légitimes. Ces conditions de base font principalement ressortir des éléments, à caractère sociologique, reliés aux capacités des acteurs à jouer un rôle actif dans le changement sur lequel ils exercent un pouvoir certain. Elles interagissent comme un ensemble nécessaire dans lequel chaque condition est en soi essentielle, mais dépendante des autres.

Par analogie et en se servant de la pyramide de Maslow, l'espace discrétionnaire d'autonomie réfère à une espèce de besoin collectif d'actualisation des acteurs d'une organisation. Comme sur le plan individuel, les acteurs ont collectivement besoin de se sentir en sécurité et d'avoir comblé d'autres besoins fondamentaux avant de se rendre à cette étape.

Les acteurs doivent pouvoir comprendre et apprécier comment le changement sera entrepris. Ils doivent l'intégrer et pouvoir justifier qu'il est possible. Toute action créant de la dissension cognitive viendra renforcer l'opposition au projet de changement. Les acteurs doivent comprendre que le changement ne sera pas à leur détriment. Ils doivent y voir l'acquisition de nouveaux modèles qui les amènera vers un nouvel équilibre dans l'environnement.

Comme il s'agit d'une transformation à l'échelle de l'organisme dans son ensemble, il va de soi que l'information doit être partagée et que son ampleur est fonction de la complexité de l'établissement. Le programme d'agrément sollicite la participation

d'un nombre important d'intervenants à tous les paliers. Il n'est pas nécessaire que tous soient au fait du projet et de ses détails, mais il faut un partage et une diffusion de l'information.

Les acteurs doivent avoir les capacités et la motivation pour entreprendre un projet de changement. S'ils sont satisfaits de la situation ou du modèle en place, ou même préoccupés par d'autres contraintes administratives et professionnelles, ils n'auront ni le temps ni la capacité pour s'y intéresser. Ainsi, parmi les conditions de base requises, il faut une capacité excédentaire d'acteurs légitimes, ou une insatisfaction qui va encourager le changement.

Le leadership et la compréhension

Le pouvoir s'exerce selon une approche basée sur les compétences et l'action. La direction doit s'engager activement dans le processus de changement, s'entourer de personnes compétentes, encourager les porteurs du dossier et légitimer constamment la démarche. Ceci correspond aux qualités de leadership efficace défini par Hellriegel et coll. (2002). Pour attirer des ressources compétentes, le dirigeant doit créer une vision attrayante des choses. La communication s'avère un outil de partage et de promotion à privilégier. En sachant déléguer des pouvoirs et appuyer ses collaborateurs, il crée un environnement propice au changement.

La littérature affirme l'importance fondamentale du leadership que doit prendre la direction d'un établissement lors de l'implantation d'une démarche qualité. Les agences d'agrément demandent à ce qu'un organisme qui s'engage dans une démarche mandate une personne en lui donnant accès aux plus hautes instances de l'établissement pour coordonner la démarche d'intégration.

Il ne suffit pas d'exercer son pouvoir, mais encore faut-il l'exercer de façon appropriée auprès des équipes d'agrément (Lozeau, 1999). Le programme d'Agrément Canada demande que la participation au programme d'agrément se fasse

à tous les paliers de l'organisation et que chaque équipe d'agrément se nomme un chef d'équipe.

Pomey (2002) suggère que les quatre conditions suivantes doivent être respectées en matière de leadership : 1) visibilité de l'engagement; 2) identification des personnes responsables; 3) initiateurs et porteurs de rôles à forte légitimité et capables de prendre des risques; 4) valorisation constante par les promoteurs.

Les stratégies

L'implantation d'un changement organisationnel ou d'un programme qualité nécessite de passer à travers un certain nombre d'étapes. Un peu comme lors d'un deuil, il faut respecter le temps et les transitions. Plusieurs auteurs se sont penchés sur les étapes du processus de changement organisationnel. Collerette et Schneider (1996) proposent trois phases : la décristallisation, le changement et la recristallisation. Cette démarche doit s'appuyer sur un processus réfléchi qui s'inscrit obligatoirement dans un ensemble complet et cohérent avec le leadership et les compétences. Ces étapes consistent à s'assurer que l'introduction du programme d'agrément fait l'objet de diffusion, d'apprentissage et d'adhésion.

La promotion de la démarche qualité et l'enthousiasme de la direction favorisent grandement la phase initiale de diffusion. Cette étape se prête bien à des témoignages favorables en provenance de personnes ayant adopté la démarche dans leur établissement. Comme il s'agit d'un nouveau programme, la formation s'avère un moyen qui, en plus de fournir une occasion de développer une expertise, favorise l'appropriation et l'adhésion au changement.

Dans son modèle, Pomey (2002) propose des stratégies basées sur trois éléments : 1) la diffusion; 2) l'apprentissage; 3) l'adhésion. Il est clair que toute stratégie doit tenir compte des acteurs de l'organisation et de leur besoin de se réaliser dans cette démarche. Agrément Canada, dans le programme MIRE, demande d'établir une

structure pour organiser, coordonner, communiquer et diffuser les résultats sur le programme qualité à travers l'ensemble de l'organisation.

Conception/ Compréhension

Selon Pomey (2002), la compréhension du changement est favorisée par l'acquisition de nouveaux modèles intellectuels et la compréhension réflexive. Toujours en se référant au programme étudié, soit celui d'Agrément Canada, la phase de l'autoévaluation par les équipes d'agrément se prêterait le mieux à l'acquisition de nouveaux modèles et à la compréhension réflexive. C'est à cette étape que les participants doivent revoir et s'interroger sur les processus de soins et de gestion pour évaluer s'ils répondent aux exigences normatives.

Caractéristiques du changement

La deuxième composante majeure du modèle de Pomey porte sur les caractéristiques du changement et comporte quatre sous-composantes : i) la nature du changement; ii) la conception; iii) les stratégies d'action; iv) les enjeux. Dans l'implantation d'une démarche d'agrément, l'analyse des caractéristiques du changement va déterminer si les changements observés sont ceux recherchés, à quel niveau de l'organisation ils s'opèrent, l'étendue des transformations, les secteurs touchés, le rythme, la profondeur et les phases.

La nature du changement

Pomey (2002) soutient que la nature du changement comprend : 1) la modalité : intentionnel/non intentionnel; 2) la cible : conceptuel/concret ; 3) l'étendue : localisé/généralisé ; 4) la vitesse : lent/rapide ; 5) le rythme : uniforme/variable/par à-coup ; 6) la durée : court/long ; 7) la trajectoire : complété/bloqué/régressif ; 8) la phase : maturation/déracinement/enracinement.

La nature du changement dépend d'une constellation d'éléments dont il faut tenir compte. L'intégration d'un programme qualité peut donc prendre plusieurs formes, certaines voulues, d'autres non. Certaines peuvent être anticipées et d'autres survenir en cours du processus sans qu'elles aient été anticipées. La vitesse, le rythme et la

durée et l'ampleur du changement varieront selon les acteurs, les connaissances, le type, la taille, la culture, l'environnement et les ressources du milieu.

La conception

Pomey (2002) identifie deux types de conception qui, classiquement, ont été mis en opposition. L'approche dite déductive *top-down* ou « militaire » et l'approche inductive ou *bottom-up*.

Bien sûr la plus grande influence sur le style de conception dépend du style de leadership, de la culture organisationnelle et du contexte de l'organisation. Les programmes qualité se prêtent plutôt mal à une approche déductive en milieu de santé dans lequel on retrouve plusieurs professionnels qui exercent beaucoup d'influence et qui bénéficient d'une marge importante d'autonomie professionnelle.

Les stratégies d'action

Sur le plan des stratégies d'action celles-ci seraient de trois types : 1) interne : coopération/perturbation ; 2) externe: manipulatrice/autoritaire ; 3) moyens d'accompagnement : incitation, influence, autorité, engagement.

Dans le cas de l'intégration d'une démarche qualité sur une base volontaire, l'expérience acquise au fil des ans démontre qu'un organisme qui s'engage dans un tel processus devra, à un moment donné, faire appel à des stratégies d'action qui comportent des caractéristiques de plusieurs natures. En fait, plusieurs éléments influencent la nature des stratégies d'action. De plus, ces éléments sont reliés de très près à ceux qui influencent la nature et la conception du changement, c'est-à-dire aux acteurs, aux connaissances, au type, à la taille, à la culture, à l'environnement et aux ressources du milieu.

Les enjeux

Les enjeux peuvent être de natures stratégique, organisationnelle ou relationnelle. La transformation stratégique entraîne l'acquisition d'un management de qualité. Ainsi,

une organisation qui adopte le modèle d'Agrément Canada acquerra des connaissances qui auront des impacts stratégiques importants. La gouvernance de l'organisation se verra, en raison des exigences normatives, contrainte à s'impliquer activement dans le programme qualité et devra coordonner le processus à travers l'ensemble de l'organisation. Elle devra aussi s'engager dans des exercices de planification stratégique selon des exigences particulières qui font parties des normes.

La transformation organisationnelle comporte quatre éléments : 1) la structure symbolique/physique/organisationnelle; 2) les processus; 3) les acteurs; 4) la trajectoire/performance. À titre d'exemple, la cartographie et la nature, la composition et les mandats des comités de l'organisme faisant partie d'un programme qualité pourront subir des transformations importantes. L'exemple ci-dessus touche les quatre éléments de la transformation organisationnelle, car on s'attaque aux symboles en changeant la structure des comités, au processus en modifiant la démarche de prise de décision, aux acteurs en altérant la composition des comités et aux rôles de chacun et enfin à la trajectoire/performance en se dotant d'outils tel un tableau de bord.

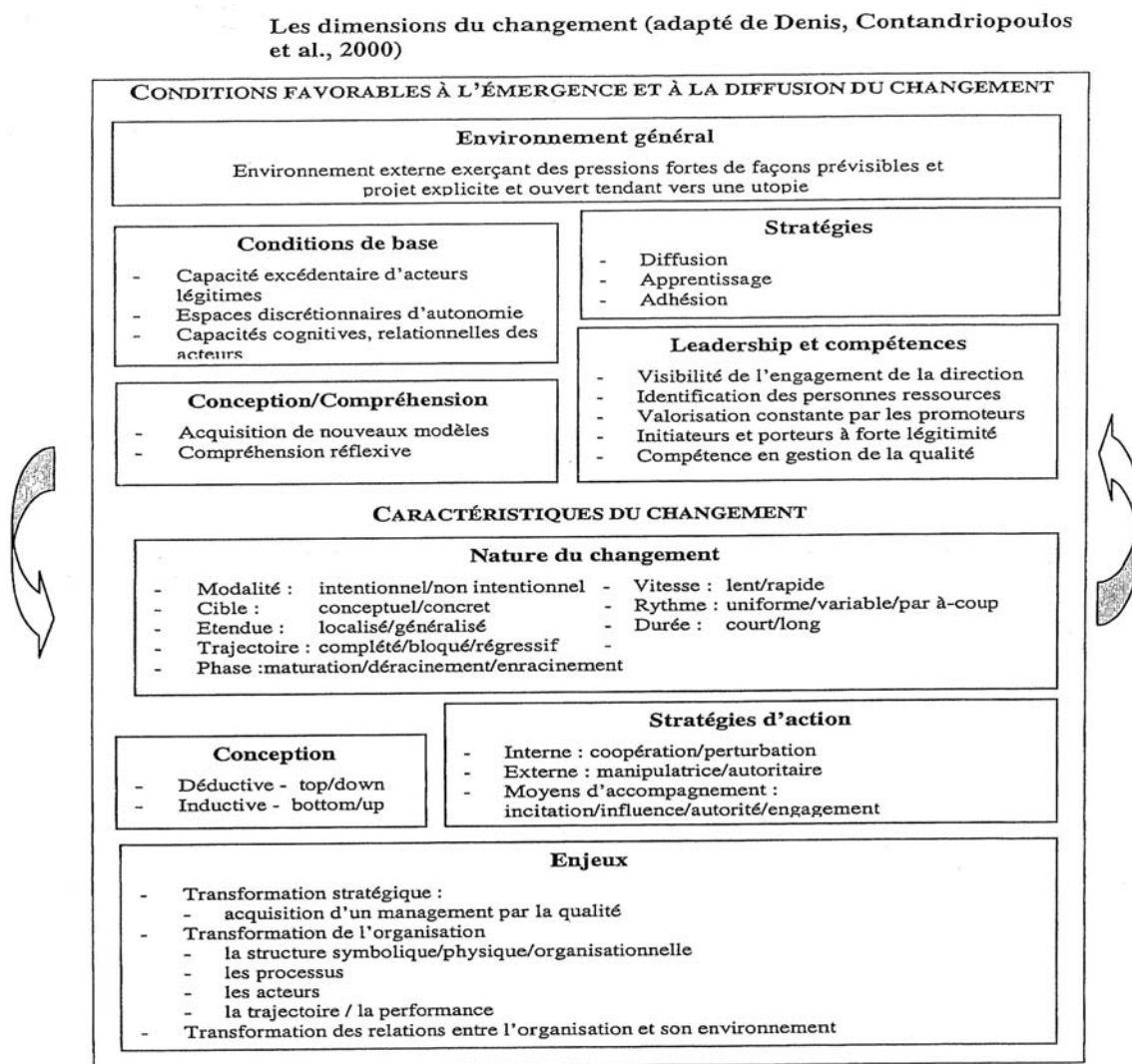
Plusieurs organismes ont même décidé de mettre en place une structure de gestion par programme plutôt que par fonction à la suite de leur adhésion à Agrément Canada. Ce modèle de structure rencontre mieux le fondement philosophique du programme d'agrément.

Enfin, la transformation des relations entre l'organisme et son environnement peut se traduire par sa meilleure intégration dans la communauté et la création de nouveaux partenariats externes.

Pomey (2002) établit une relation de va-et-vient entre l'environnement général et les caractéristiques du changement. L'un ne va pas sans l'autre. Par contre, la nature du premier détermine les caractéristiques du changement. En somme, ce modèle d'émergence et de diffusion du changement offre un cadre d'analyse complet, car le

jeu des acteurs tient compte des facteurs environnementaux particuliers de l'organisation. Il met aussi en lumière les caractéristiques du changement ce qui permet une compréhension pluridimensionnelle de la situation, car l'implantation du programme d'agrément varie inévitablement en fonction des caractéristiques particulières de l'organisation. De plus, et ceci est également important, la démarche agit sur le milieu, l'ensemble de ses composantes et de ses acteurs.

Figure 2
Les dimensions du changement, Pomey 2002,
(adapté de Denis, Contandriopoulos et coll., 2000)



3.2.1.4 Composantes de la réussite de l'implantation du changement

Le fondement théorique de Bridges (1991) offre une autre perspective très intéressante sur le changement organisationnel. Autant le modèle de Pomey (figure 2) saisit bien la complexité du phénomène, autant celui de Bridges (1991) cible clairement certains leviers sensibles et susceptibles qu'il faut bien maîtriser lors d'une démarche planifiée de changement organisationnel. Ces zones ou composantes

permettent d'apprécier l'importance du changement organisationnel et surtout comment il est affecté s'il y a un manquement dans l'une ou l'autre de ces composantes.

Le modèle repose sur cinq composantes qui constituent le cadre théorique du changement organisationnel planifié en situation complexe : 1) la vision; 2) les compétences; 3) les incitatifs; 4) les ressources; 5) le plan d'action. Pour réussir à implanter avec succès un programme d'agrément, tous ces éléments sont nécessaires.

Vision

La vision consiste en une perspective globale et future tout à fait abstraite de ce que sera le changement, sa finalité. Il s'agit de pouvoir anticiper qu'elle sera la situation organisationnelle après une démarche de changement réussie. La vision est toujours un état souhaité qui est aussi rassurant. Elle s'établit en faisant une évaluation de la situation actuelle par rapport à celle qui est anticipée. Cette anticipation de l'état futur doit être communiquée et partagée avec les acteurs principaux de l'organisation. Plus elle est construite et partagée avec ces derniers, mieux elle sera acceptée. Ce partage collectif de la vision est nécessaire, sinon il en résultera de la confusion.

Compétences

Les compétences font référence aux connaissances théoriques, pratiques et relationnelles de toutes les composantes de l'organisation qui sont impliquées dans la démarche de changement. Il s'agit en quelque sorte de l'intelligence individuelle et collective mise au service du projet. Pour un changement réussi, il faudra s'assurer que les compétences en place sont suffisantes pour guider le changement. Au début de la démarche, la plupart des organismes doivent être appuyés par des compétences externes. Les agences nationales, comme le JCAHO, l'ACHS et Agrément Canada offrent des programmes de formation pour les coordonnateurs de la démarche d'agrément. Certaines agences offrent aussi des programmes pour les organismes eux-mêmes. Les programmes de formation offerts par les agences portent sur les programmes qualité, l'utilisation des indicateurs, la sécurité des patients et plusieurs

autres thèmes directement reliés à des compétences requises pour réussir l'intégration d'un programme qualité.

Il est important que les personnes responsables du processus qualité soient perçues comme crédibles et légitimes auprès des autres acteurs de l'organisation.

Sans la maîtrise de cette composante, « compétences », les acteurs de l'organisme deviennent anxieux, car ils ne se sentent pas en mesure de réussir le changement qui leur permettra d'atteindre cette vision.

Incitatifs

Les incitatifs consistent aux avantages d'adhérer au processus de changement tel que perçus par les acteurs. La nature des incitatifs peut varier selon des facteurs propres aux acteurs, à l'organisation ou encore à l'environnement.

Les incitatifs peuvent être intrinsèques aux acteurs, comme la volonté d'apprendre, de faire progresser sa carrière ou de recevoir l'approbation des dirigeants de l'organisme. Ils peuvent se retrouver au niveau d'une équipe de travail ou d'un service. Ils peuvent consister en l'octroi de ressources additionnelles ou en une meilleure visibilité pour un département. Les incitatifs peuvent être au niveau des dirigeants voire même de l'organisme. Ils peuvent être de nature contraignante ou être des encouragements de la part des autorités.

S'il n'y a pas d'incitatifs et que les acteurs ne perçoivent pas d'avantages à entreprendre un changement, au mieux celui-ci sera graduel et au pire il sera saboté par ses acteurs.

Ressources

Les ressources constituent la quatrième composante nécessaire à la réussite d'un changement dans une organisation complexe. Les ressources sont humaines,

financières et techniques. C'est l'ensemble des moyens dont dispose l'organisme pour mener à bien la démarche de changement.

En l'absence de ressources suffisantes, les acteurs de l'organisation et les responsables du changement deviendront frustrés et ne se sentiront pas suffisamment appuyés dans leur initiative.

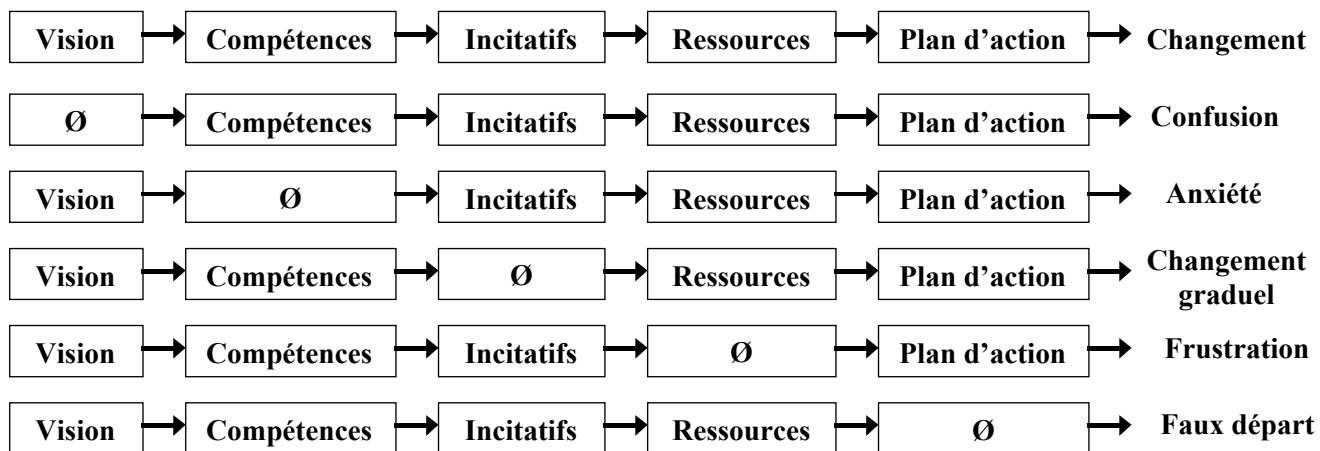
Plan d'action

Le plan d'action est l'élaboration du plan de match avec la détermination des étapes à franchir, des responsabilités individuelles et des échéanciers à respecter. Il y a de nombreux outils de planification de projets qui peuvent aider les organismes à gérer un plan d'action. Les agences d'agrément comme Agrément Canada et le CQA suggèrent des démarches de planification autour du cycle d'agrément qui sont rattachées aux étapes de leur programme respectif.

Sans plan d'action, le projet de changement est voué à de faux départs et à une constante remise en question de la démarche à suivre. Le plan d'action sert aussi à évaluer la démarche à chacune de ses étapes pour s'assurer que le projet avance en fonction de la planification qui en a été faite. Il permet aussi de procéder aux ajustements nécessaires pour tenir compte d'événements et de circonstances qui surviennent en cours de route.

L'absence d'une de ces composantes engendre potentiellement cinq situations : la confusion, l'anxiété, le changement graduel, la frustration ou un faux départ. La situation peut s'avérer plus complexe s'il manque plus d'un des éléments. Il se peut aussi qu'une ou plusieurs des composantes essentielles soient réalisées avec plus ou moins du succès. Dans ce cas, le diagnostic en est un de causes multiples. La figure 3 présente les composantes de réussite.

Figure 3
Composantes de la réussite de l'implantation d'un programme d'agrément



Adaptation de W. Bridges, *Managing Transition: Making the Most of Change*, Reading, Mass., Addison-Wesley, 1991.

Éléments à retenir

Les approches de Lozeau et coll. (2002), Denis et coll. (2002), Pomey (2002) et Bridges (1991) sur le changement organisationnel offrent des visions et des perspectives différentes, mais non divergentes. Elles sont complémentaires et permettent de soutenir un modèle de recherche basée sur une étude de cas qui nécessite une compréhension approfondie d'un organisme de santé. Les trois approches s'appliquent dans le milieu de la santé et elles ont démontré leur robustesse.

Pomey (2002) analyse le changement organisationnel à partir des conditions favorables et des caractéristiques du changement. Le modèle a été appliqué lors de l'intégration du programme d'agrément français dans un important hôpital d'enseignement. Évidemment, le contexte est différent et ceci est pris en compte dans la présente recherche.

Bridges (1991), explique le phénomène sous l'angle des composantes nécessaires à la réussite d'un changement organisationnel. Le modèle saisit le changement en offrant des pistes de diagnostic et d'analyse lorsque l'intervention ne réussit pas ou connaît des ratés. Dans cette optique de diagnostic organisationnel, il y a lieu de faire ressortir le lien entre trois des composantes dont les effets sont rattachés au comportement des individus et qui peuvent influencer grandement sur le résultat de la démarche de changement.

Ainsi, l'absence de vision peut provoquer de la confusion, le manque de compétence peut engendrer de l'anxiété et enfin le manque de ressource peut créer de la frustration. Or, la confusion, l'anxiété et la frustration sont toutes des éléments susceptibles d'engendrer du stress chez les individus impliqués dans le processus de changement. On ne fait pas référence ici à un stress positif, mais plutôt à des situations ou à des conditions qui font en sorte que les individus se sentent dépassés par les exigences que pourraient imposer le changement organisationnel. C'est le

genre de stress selon Schein (1980) qui doit être reconnu et considéré par les dirigeants sinon les efforts d'introduire du changement seront voués à l'échec.

Cooper, Dewe et O'Driscoll (2001) identifient trois catégories principales de facteurs de stress : 1) liée à la nature même de l'emploi; 2) de source organisationnelle; 3) de source personnelle. Dans des travaux subséquents (Cartwright et Cooper 2007) différentient un peu mieux ces trois facteurs environnementaux en les catégorisant en six dimensions primaires: 1) facteurs intrinsèques à la nature du travail; 2) rôle dans l'organisation; 3) les relations au travail; 4) les enjeux liés à la carrière; 5) les facteurs organisationnels; 6) l'interface entre le travail et l'externe. Or, la dimension qui porte sur le rôle dans l'organisation est particulièrement intéressante pour les composantes du modèle de Bridges (1991) car il couvre le stress causé par l'ambiguïté, les compétences et les ressources ce qui pourra servir de cadre de référence pour l'analyse de cas. Enfin, le modèle Bridges est utilisé régulièrement lors d'évaluations initiales d'organisations faites par Agrément Canada sur la scène internationale.

Denis et coll. (2002) et Lozeau et coll. (2002) s'attardent sur le processus de changement et sur comment il est possible de l'apprécier à partir d'une typologie bien spécifique pour le qualifier.

L'utilisation de trois modèles différents permet de donner des perspectives différentes au changement organisationnel et de mieux comprendre l'impact de l'implantation du programme d'agrément dans une organisation. Cela permet une approche riche sur le plan théorique bien qu'il faille reconnaître qu'il existe un chevauchement de certaines des composantes des modèles respectifs. C'est pourquoi il est intéressant de faire un rapprochement entre les trois modèles sur le plan théorique et établir un modèle d'analyse issue de ces approches complémentaires.

Avant de procéder à cette étape, nous discuterons d'un autre volet de la recherche qui est celui de l'apprentissage organisationnel.

3.2.2 Apprentissage organisationnel

3.2.2.1 Introduction et définition

Le fondement même du programme d'agrément, avec sa vision de développement et de croissance organisationnelle, suppose que les individus et les organisations devraient en tirer des apprentissages. L'apprentissage organisationnel étant compris comme la résultante d'un processus d'agrément qui inclut à la fois le programme avec ses normes, ses critères et ses autres exigences, mais également un ensemble d'autres éléments et processus nécessaires à son actualisation.

L'introduction du programme d'agrément avec toutes ses composantes est un processus d'apprentissage par une socialisation entre les individus qui y participent et une source de connaissances qu'est le programme pris dans sa globalité. Dans ce sens, on peut faire une analogie entre ce que Gherardi et coll. (1998) ont présenté comme un « curriculum situé » (*situated curriculum*) celui-ci étant compris comme une cartographie d'activités et de construits qui instruit le processus de socialisation des nouveaux venus dans un contexte d'activités reliées au travail. Il est donc une manière de transmettre de nouvelles connaissances tant sur le plan de la culture, que sur le plan du contenu et que sur celui de l'institutionnalisation dans la communauté de pratique.

Ainsi, le programme d'agrément dans son ensemble peut-être considéré comme le « curriculum situé » et, du fait qu'il est introduit dans les organisations pour la première fois, les intervenants qui l'appliquent en sont les novices. Enfin, la communauté de pratique est constituée, bien entendu, des intervenants du milieu de l'organisme de santé étudié. Le programme est « situé » du fait qu'il est campé dans un ensemble de particularités locales et spécifiques dans lequel il est implanté.

La connaissance est produite de manière sociale. Elle est de nature tacite et explicite et sa transférabilité est limitée par le contexte social et culturel dans lequel elle est

enracinée. Dans plusieurs circonstances, la connaissance tacite ne sera pas pertinente sans la création ou une mise en contexte appropriée. Les effets de la culture organisationnelle sur le transfert des connaissances interorganisationnelles ne sauraient être négligés (Sayed & Zeid, 2002). Chaque organisation est unique en soi et il est donc fondamental de comprendre les particularités individuelles pour bien mesurer les impacts de l'apprentissage organisationnel. Ces impacts peuvent aussi bien être positifs que négatifs. À titre d'exemple, une appropriation du processus d'admission des patients par les équipes de soins mises en place pour l'agrément pourrait à la fois être perçue comme un apprentissage positif dans un organisme de santé et comme une remise en question de l'autorité dans un autre établissement. Dans le cadre de cette recherche, il importe de définir ce qu'est l'apprentissage organisationnel. Ainsi, le programme d'agrément lui-même est une source d'apprentissage. Le programme d'agrément MIRE d'Agrément Canada devient le véhicule à partir duquel il est possible de mesurer s'il y a ou non des acquisitions de connaissances.

Dans le cadre de cette recherche, l'auteur définit l'apprentissage organisationnel comme suit :

L'acquisition par un processus de socialisation entre individus d'une organisation et le programme d'agrément pris dans sa globalité, c'est-à-dire les normes, critères, processus et autres composantes du cycle d'agrément jugées utiles par l'organisme sur le plan de sa mission et autres responsabilités d'offrir des services de qualité à la population à l'intérieur d'un cadre dûment défini par les autorités compte tenu de la spécificité et de son contexte culturel.

Comme dans notre section sur le changement organisationnel, des appuis théoriques viennent soutenir le volet sur l'apprentissage organisationnel de façon à pouvoir l'intégrer dans le modèle d'analyse. Ceci permet de faire le lien avec l'agrément. Le premier modèle se base sur une théorie élaborée par Nonaka (1994), dans lequel il explique le processus de création de la connaissance organisationnelle. En mettant en parallèle la théorie de Nonaka (1994) et les diverses étapes du cycle d'agrément d'Agrément Canada, il est possible d'établir les liens entre les deux et ainsi définir

comment il est possible d'évaluer si l'introduction de la démarche d'agrément engendre de l'apprentissage organisationnel.

Le deuxième fondement théorique utilisé, celui d'Adler et Borys (1996), présente deux types de bureaucratie que l'on peut trouver dans un organisme. Le premier est de type facilitant et l'autre de type coercitif. Ce fondement est pertinent à la compréhension de l'implantation d'un programme d'agrément, car il mène à une compréhension et une perspective sur le processus de création de l'apprentissage avec le type de milieu dans lequel le phénomène est étudié.

3.2.2.2 Théorie dynamique sur la création de connaissance

Nonaka (1994) a construit sa théorie à partir de ses recherches et de son expérience pratique au Japon. Elle se fonde sur des principes généraux qui s'appliquent aussi bien dans une entreprise publique que privée, et qui sont à l'épreuve du temps ainsi que du contexte géographique et culturel.

La connaissance se crée à partir d'un dialogue continu entre les connaissances tacites et explicites. Les connaissances explicites ou connaissances codées se composent de celles qui sont formellement transmissibles par un langage systématique. Les connaissances tacites sont celles endiguées dans l'action, l'engagement et l'implication. Il y a quatre modes de conversion de la connaissance : 1) de connaissances tacites à connaissances tacites acquises principalement par le partage d'expérience que l'on désigne comme une *socialisation*; 2) de connaissances explicites à connaissances explicites créées par des échanges plus formels désignés comme une *combinaison*; 3) de connaissances tacites à connaissances explicites, ce qui constitue l'*externalisation*; 4) de connaissances explicites à connaissances tacites, le mode de création de connaissances qui en résulte étant désigné comme une *externalisation*.

À partir des connaissances tacites et explicites et des quatre interactions possibles des modes de conversion, la création du savoir passe par l'interaction des individus. L'interaction entre individus engendre des échanges entre petits groupes (équipes de travail). Ces échanges entre petits groupes se transforment par des interactions interéquipes. Ce processus aboutit à la création de connaissances organisationnelles.

Le processus de création de la connaissance organisationnelle renferme six grandes composantes schématisées dans la figure 4. La première constitue ce que Nonaka (1994) appelle les conditions facilitantes. Les autres sont respectivement le développement des connaissances de l'individu, le partage de la connaissance tacite, la conceptualisation/cristallisation, la justification et le réseautage de la connaissance.

Des conditions facilitantes servent à donner une perspective pratique à la gestion de la création de la connaissance pour l'ensemble de l'organisation par opposition à des motivations individuelles. Il est possible de faire un rapprochement entre celles-ci et le modèle du changement de Pomey (2002). L'intention correspondrait au projet explicite dans son environnement général, le chaos créatif aux pressions fortes de l'externe, l'autonomie à l'espace discrétionnaire d'autonomie et la redondance/variabilité à la diffusion de l'information, mais magnifiée. Concrètement pour l'agrément ce sont les facteurs qui ont déterminé que l'organisation se renseigne et décide de s'inscrire auprès d'Agrement Canada.

L'individu demeure, à la base, la principale source de la connaissance. Plus son expérience est riche et variée, plus grand est le potentiel de créer et de diffuser de la connaissance. Dans le milieu de la santé, on retrouve plusieurs catégories de professionnels et autres intervenants avec des bagages riches et variés, ce qui devrait créer des conditions favorables à l'émergence d'apprentissages. Dans le contexte du cycle de l'agrément, ces expertises et connaissances individuelles sont contribuées à la phase initiale dite de préparation.

Les occasions de partage de connaissances tacites dans le processus de l'agrément sont nombreuses de même que les interactions sociales. Nonaka (1994) accorde beaucoup d'importance à la mise en place d'équipes de travail. Ce sont deux des fondements incrustés dans le processus d'agrément. Les équipes suggérées par Agrément Canada répondent aux paramètres du modèle pour ce qui est de leur nombre, de leur composition et de leur pouvoir de décision. L'autonomie nécessaire des équipes en matière du pouvoir de s'approprier les décisions se confirme dans une recherche de Lozeau (1999). Les équipes n'accepteraient pas que leurs efforts fassent l'objet d'appropriation par la direction pour des fins non voulues. Le partage d'expérience se fait beaucoup entre les membres d'une équipe d'agrément lors de la phase de l'autoévaluation.

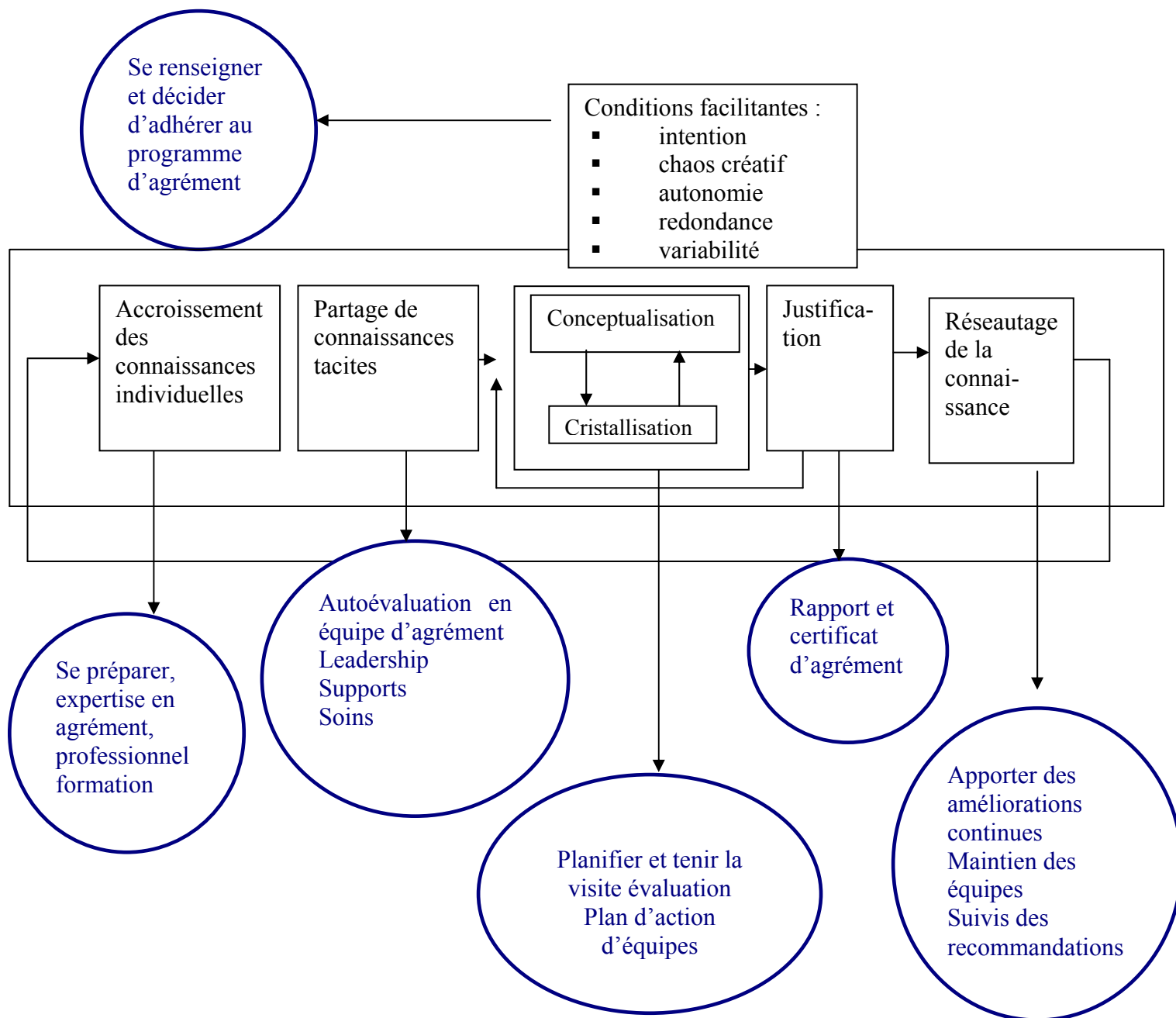
L'étape de la conceptualisation et de la cristallisation est une interaction dynamique continue. Une nouvelle démarche de conceptualisation débute avec la cristallisation. Le cycle du programme d'agrément avec le développement obligé d'une démarche d'amélioration continue de la qualité intériorise cette dynamique de conceptualisation/cristallisation. La visite et l'interaction entre les équipes multidisciplinaires et l'équipe de visiteurs sont des moments privilégiés pour la conceptualisation/cristallisation.

La prochaine étape est la justification et la valeur de la connaissance. Pour le programme d'agrément, cela se traduit par le rapport de visite et la reconnaissance officielle. Le certificat d'agrément atteste que l'organisme répond aux normes, critères et autres exigences.

La cinquième et dernière étape du processus, le réseautage de la connaissance, signifie que l'organisation a intégré des connaissances dans sa mémoire collective. Pour arriver à cette étape, le savoir aura été cristallisé ainsi que justifié et assimilé. Pour l'agrément, cela signifie que l'apprentissage devrait se traduire par des améliorations à travers l'ensemble de l'organisation et souvent par le maintien des équipes et la mise en place des recommandations reçues lors de la visite.

Le modèle de Nonaka (1994) a été modifié pour présenter la composante associée au cycle du programme d'agrément à chacune des étapes. Bien que la figure 4 présente un processus séquentiel, la démarche se déroule habituellement de façon moins ordonnée. Des étapes peuvent se produire simultanément, vers le début ou vers la fin. Il en va de même pour l'intégration des étapes du cycle d'agrément au modèle. Pour une meilleure compréhension, le cycle d'agrément du programme d'Agrément Canada est présenté à l'annexe I.

Figure 4
Modèle du processus de création de la connaissance organisationnelle par le programme d'Agrément Canada à partir du modèle de Nonaka



Note : Les cases représentent le modèle original de Nonaka. Les encerclés représentent les phases correspondantes du cycle d'agrément.

Adapté de Nonaka, 1994

3.2.2.3 L'agrément : un programme structurant de type facilitant

Le modèle d'Adler et Borys (1996) présente deux visions qui s'opposent en matière de bureaucratie. L'une aliène et l'autre soutient le travail des personnes. Il réconcilie ces deux approches dans une conceptualisation qui formalise le milieu de travail selon deux types de bureaucratie; facilitant ou coercitif. Or comme nous l'avons démontré, les fondements du programme d'Agrément Canada et des programmes qualité reposent sur une philosophie axée sur le développement des personnes, ce qui correspondrait au type facilitant.

Les bureaucraties possèdent d'autres caractéristiques. Minzberg (2003) qualifie les établissements de santé de bureaucraties professionnelles dans lesquelles des experts hautement qualifiés jouent un rôle important.

« La structure du pouvoir s'exerce par ceux des professionnels qui consacrent leurs efforts au travail administratif au lieu de l'activité professionnelle, mais il faut insister sur ce point, l'administrateur ne dispose pas d'un chèque en blanc : il ne conserve son pouvoir que dans la mesure où les professionnels estiment qu'il sert efficacement leurs intérêts. »

Un programme de type facilitant présente, en l'adaptant au programme d'Agrément Canada, quatre caractéristiques fondamentales que l'on peut traduire de cette façon: 1) Réparateur (*Repair*) = outil servant aux intervenants de première ligne en santé pour évaluer la qualité de leurs services; 2) Transparence interne = outil permettant d'apporter des changements aux situations problématiques identifiées et de mettre en place les meilleures pratiques; 3) Transparence globale (*Global Transparency*) = outil d'autonomisation des intervenants de la base pour des processus qui les concernent et situant leur rôle dans une vision organisationnelle globale; 4) Flexible (*Flexibility*) = un outil de développement et d'apprentissages à partir duquel des améliorations découlent.

Par opposition, un programme de type coercitif favorise un climat de méfiance entre intervenants et gestionnaires, minimise l'apport des intervenants, centralise les

décisions, renforce la mainmise des dirigeants, encadre les intervenants pour qu'ils commettent moins d'erreurs et minimise l'importance de leur rôle. La récupération par les dirigeants du programme d'agrément démotive les professionnels et autres intervenants comme l'a démontré Lozeau (1999). Ceci ne favorise pas un climat d'apprentissage et de changement.

La lecture de cette section et de la précédente peut amener à conclure en l'absence de polémique dans le domaine de l'apprentissage organisationnel. Bien au contraire, malgré la catégorisation et les définitions entre ce que constitue la connaissance tacite et explicite, il reste de nombreuses ambiguïtés et zones grises.

« Des problèmes d'interprétation viennent hanter chacune des tentatives d'utilisation efficace des concepts, même les plus élémentaires, comme les connaissances formelles versus tacites (Polanyi, 1967) »

Cette citation, tirée d'un extrait d'un article d'Alvesson (2001), nous amène à conclure qu'il est parfois bien difficile de séparer la connaissance et les habiletés qui proviennent de l'intelligence « pure », de la flexibilité, de la capacité de s'organiser, d'un haut niveau de motivation, des aptitudes sociales, des habiletés moins ésotériques et des habiletés de bien suivre les méthodes de fonctionnement prescrites par un organisme.

Une question fondamentale demeure. La connaissance est-elle un actif qui s'acquiert ou le résultat d'un processus? Cette recherche ne vise pas à répondre à ce débat théorique entre l'approche fonctionnaliste et interprétative Empson (2001). Nous optons, par contre, pour le modèle interprétatif de Nonaka (1994) qui définit que la connaissance se dissipe et devient légitime dans l'organisation selon un processus continu d'interactions entre les individus et les équipes de travail.

Il en va de même pour le modèle d'Adler et Borys (1996). Bien que Lebrasseur, Whissel et Ojha (2002) ont démontré qu'une approche de type facilitant donne de meilleurs résultats, il serait risqué de conclure à une application généralisée du

modèle. Plusieurs autres facteurs peuvent avoir une influence. L'approche de type facilitant convient mieux aux fondements du programme d'Agrément Canada et c'est pourquoi elle est retenue.

Conclusion

La section sur l'apprentissage organisationnel démontre l'importance du phénomène de socialisation dans le processus d'acquisition de nouvelles compétences. Cette socialisation s'inscrit dans un contexte particulier qui cadre adéquatement avec le programme d'Agrément Canada étant donné ses fondements et l'approche basée sur des principes d'amélioration continue de la qualité.

Imbriqué dans cette approche, le programme d'Agrément Canada a établi des processus qui font qu'il est possible d'associer directement des étapes du processus de création de connaissances du modèle de Nonaka (1994) aux étapes du cycle d'agrément.

Il a aussi été important de classer le programme d'Agrément Canada en fonction d'un modèle de bureaucratie de type facilitant. Ce classement, par opposition à un type coercitif, est aussi en lien avec le programme d'Agrément Canada. Il était nécessaire d'établir des liens théoriques harmonieux entre les approches du domaine de l'apprentissage et le programme d'Agrément Canada pour la mise en place du modèle théorique d'analyse de cette recherche qui est présenté dans la prochaine section. Ce modèle intègre à la fois le programme d'agrément, le changement organisationnel et enfin l'apprentissage organisationnel.

3.3 Modèle théorique d'analyse

Cette section vise à faire le lien et à intégrer les divers aspects théoriques qui ont fait l'objet des sections précédentes de ce chapitre pour déterminer le modèle théorique utilisé pour ce projet de recherche. Il est important que le modèle théorique soit à la fois clair, fluide et solide pour appuyer le déroulement du devis de recherche de façon

à pouvoir, par la suite, établir des liens de cause à effet et en tirer des conclusions solidement ancrées.

Le cadre de référence théorique fait appel aux travaux de plusieurs experts dans divers champs de compétences reliés au changement organisationnel, à l'apprentissage et aux programmes d'agrément. Les approches développées dans ces travaux se complètent et se renforcent mutuellement. Il reste à faire un exercice d'intégration pour adapter toutes ces composantes à l'approche souhaitée. L'objectif vise à se servir de l'ensemble de ces connaissances pour faire une contribution au domaine du savoir sur les programmes d'agrément.

Le défi consiste à expliquer ce qui se passe dans deux organismes de santé complexes lorsqu'on y introduit la technique de gestion qu'est le programme d'agrément. Le programme d'agrément devient le véhicule, la courroie de transmission qui permet d'observer et de comprendre le changement et l'apprentissage organisationnel qui s'opèrent dans un organisme de santé lorsqu'on y intègre cette technique de gestion en partant du postulat que l'intégration du programme d'agrément génère le changement et l'apprentissage. Nous présumons aussi que le changement est générateur d'apprentissage et vice versa dans un processus continu qui s'enchaîne selon les étapes du cycle d'Agrément Canada. Le programme d'agrément comporte des exigences en matière de normes, de critères, de documentation, de procédures, et d'autres étapes structurées dans un cycle d'agrément sur une période donnée. Ce programme définit la qualité, l'évalue, la mesure et produit un rapport à la suite d'une visite de l'organisme par des experts dans le domaine. Cette visite se qualifie d'intervention d'évaluation normative.

L'organisme de santé a recours à l'agrément pour des motifs complexes reliés à un environnement spécifique dans une conjoncture donnée. Cette décision requiert un cheminement. La décision est prise et des objectifs sont visés. Comment l'organisme réussira-t-il à adopter cette technique pour se transformer en influençant les acteurs, le milieu, les relations et les structures? Quelles sont les conditions

nécessaires à l'atteinte des objectifs. Les théories sur le changement organisationnel présentées précédemment permettent d'expliquer quelles sont les conditions nécessaires pour que le véhicule qu'est l'agrément réussisse à transformer l'organisme. Il faut des ressources, des compétences, des incitatifs et une multitude d'autres éléments pour que cela se produise. Ces derniers ont été présentés et expliqués. L'organisme, indépendant et unique en soi, devient le carburant pour faire avancer le véhicule.

Pour réaliser ce changement organisationnel, il faut nécessairement que le milieu développe des compétences et des connaissances. Ces dernières s'acquièrent par un processus de socialisation entre acteurs du milieu à partir d'un contenu implicite et explicite qui utilise comme « proxy » le programme d'agrément pris dans un sens général. Au-delà du contenu rattaché au programme, il y a d'autres facteurs fondamentaux qui entourent cet apprentissage. Ces facteurs, fondés à la fois sur les fondements philosophiques du programme d'agrément et sur les connaissances du processus de développement des connaissances, permettent de comprendre le phénomène qui se produit lors de l'implantation de la démarche.

Les théories sur le changement et l'apprentissage organisationnel permettent de comprendre ce qui, à première vue, semblait être hermétique. Elles ont expliqué les conditions et éléments nécessaires pour entreprendre et réussir un changement et des transformations au sein d'une organisation. Sur le plan de l'apprentissage, les théories nous ont permis de comprendre comment il se crée et se développe.

La validation de ce changement et de l'apprentissage organisationnel est la quatrième et dernière composante de ce modèle théorique qui permet de mettre en place le devis de recherche. Ce changement et cet apprentissage entraîneront inévitablement, pourvu que les conditions théoriques présentées soient en place, une progression accrue du niveau de compliance par rapport aux exigences du programme d'agrément. Cette amélioration est la résultante du processus à la base du modèle

théorique et en partie aussi des autres composantes du modèle. C'est la variable dépendante.

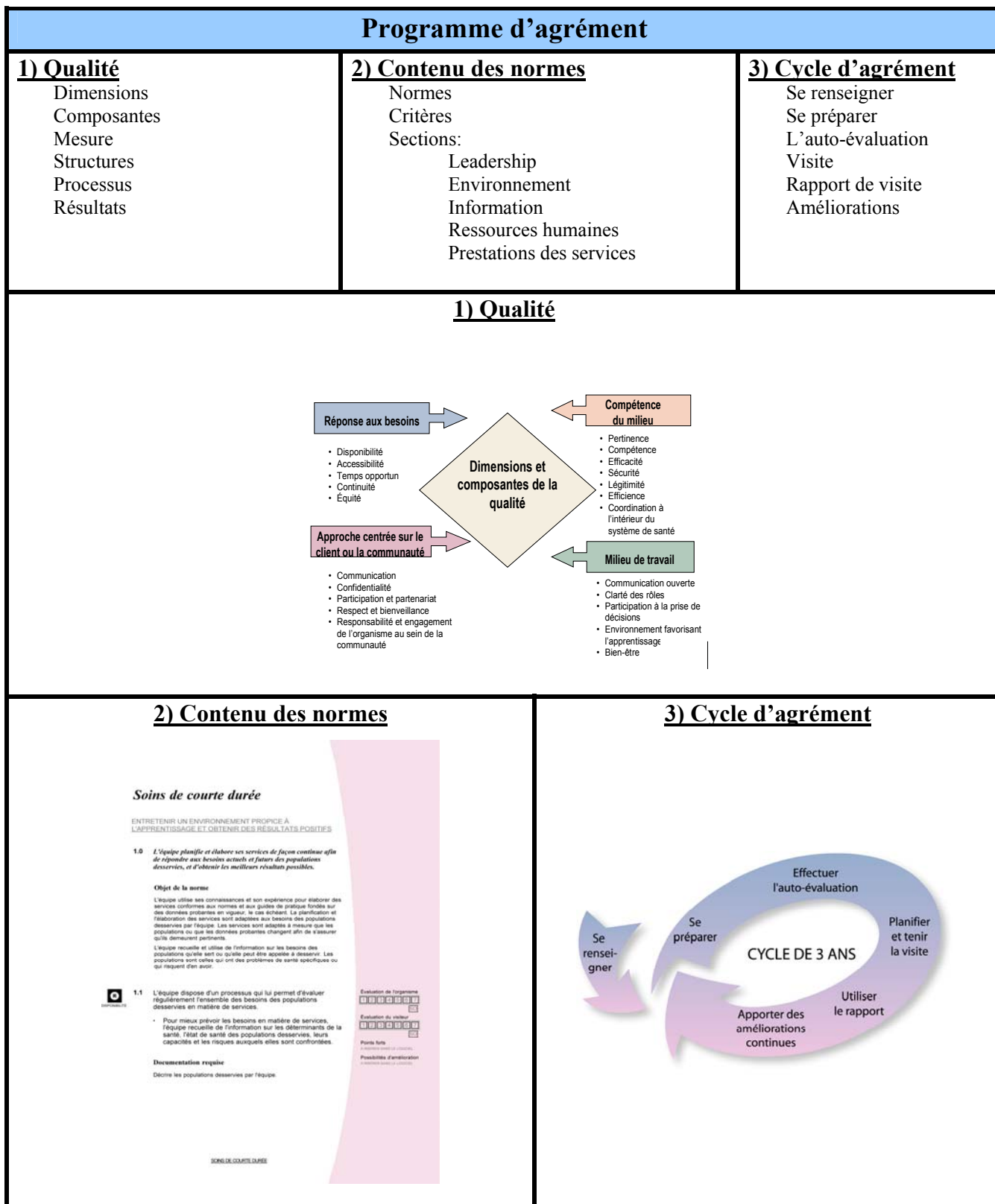
Notre théorie est donc la suivante : le programme d'agrément est introduit dans un organisme, il s'opère un changement et de l'apprentissage organisationnel qui ont un impact positif sur le niveau d'atteinte des exigences du cadre normatif. Il se peut cependant que l'intégration du programme d'agrément se déroule autrement que le scénario décrit. Si cela était le cas, la solidité du modèle théorique d'analyse permettrait de comprendre ce qui s'est passé lors de l'introduction du programme d'agrément.

Cette recherche pose deux questions en particulier. Premièrement, elle vise à comprendre si l'intégration du programme d'agrément apporte des changements dans un organisme de santé et, dans l'affirmative, ces changements sont-ils positifs ou négatifs? Deuxièmement, elle veut déterminer si l'intégration du programme d'agrément génère de l'apprentissage organisationnel et, dans l'affirmative, ce dernier aide-t-il à répondre aux normes et aux critères de qualité?

Le modèle d'analyse repose sur les connaissances et les fondements théoriques qui ont été présentés. Le programme d'agrément constitue le premier de ces quatre éléments présentés successivement aux figures 5, 6 et 7 ainsi qu'au tableau II. Tout d'abord, la figure 5 illustre le programme et les diverses étapes du cycle d'agrément. Elle présente aussi les dimensions de la qualité avec les descripteurs, un exemple d'une norme et le cycle d'agrément avec les étapes. Le lien avec le programme d'agrément comme outil d'évaluation normatif sur la qualité a été établi. Le programme d'Agrément Canada dans sa totalité est considéré comme « variable indépendante » et, à partir de la définition de la qualité, du contenu des normes et des étapes du cycle d'agrément, il faut déterminer si ce programme s'avère une technique susceptible de produire un changement et de l'apprentissage organisationnel. Le cycle est généralement d'une durée de trois ans et la visite d'évaluation communément appelée visite d'agrément se fait dans un horizon de 12 à 18 mois

après l'inscription au programme. L'annexe I présente avec plus de détails le cadre conceptuel du programme d'agrément avec sa définition de la qualité, la structure des normes, les composantes de l'évaluation qui sont prises en compte par les visiteurs, un aperçu du rapport d'agrément et l'échelle de mesure du niveau de conformité aux normes et critères.

Figure 5
Programme et étapes du cycle d'Agrément Canada



Le deuxième élément pour la construction du modèle d'analyse est le *Modèle de changement organisationnel réussi adapté* de Pomey/Bridges/Lozeau/Denis développé à partir de l'état des connaissances sur le changement organisationnel. L'intégration des composantes est présentée à la figure 6.

Le modèle des dimensions du changement (Pomey, 2002), les composantes du changement (Bridges, 1994) et la typologie du changement (Lozeau et coll., 2002 et Denis et coll., 2002) sont combinés dans un modèle hybride qui sert à comprendre et à apprécier le phénomène. En utilisant les cinq grandes composantes du modèle de Bridges, nous avons attaché les variables pertinentes des conditions du changement de Pomey (2002) en ajoutant quelques éléments pour mieux compléter la composante « plan d'action ». Ces cinq composantes résultent en des transformations stratégiques, organisationnelles et relationnelles (Pomey, 2002), par un changement organisationnel réussi (Bridges 1994) et par une de transformation de l'organisation (Lozeau et coll., 2002 et Denis et coll., 2002).

Figure 6

Modèle de changement organisationnel réussi, adapté de Pomey 2002/ Bridges 1994/Lozeau et coll.2002 /Denis et coll. 2002

Vision (B)	Compétences (B)	Incitatifs (B)	Ressources (B)	Plan d'action (B)	Résultat possible (B)
Acquisition de nouveaux modèles (P)	Leadership (P)	Fortes pressions(P) •internes •externes •combinées	Capacités excédentaires des acteurs légitimes (P)	Visibilité de l'engagement de la direction (P)	Changement organisationnel réussi (B)
Compréhension réflexive (P)	Compétence en gestion de la qualité (P)	décentralisation du pouvoir vers les équipes	Espace discrétionnaire d'autonomie (P)	Stratégies de diffusion d'apprentissage et d'adhésion (P)	Transformation (P)
Nouvelle utopie (P)	Personnes ressources (P) internes externes	Valorisation constante par les promoteurs (P)	Capacités cognitives rationnelles des acteurs (P)	Structure (A)	Stratégique (P) acquisition d'un management qualité
				Échéancier (A)	Organisationnelle (P) • structure • processus • acteurs • trajectoire/performance
					Relations entre l'organisation et son environnement (P)
					Typologie de changement (D&L)
					Transformation de l'organisation (D&L)

A : Ajout du chercheur

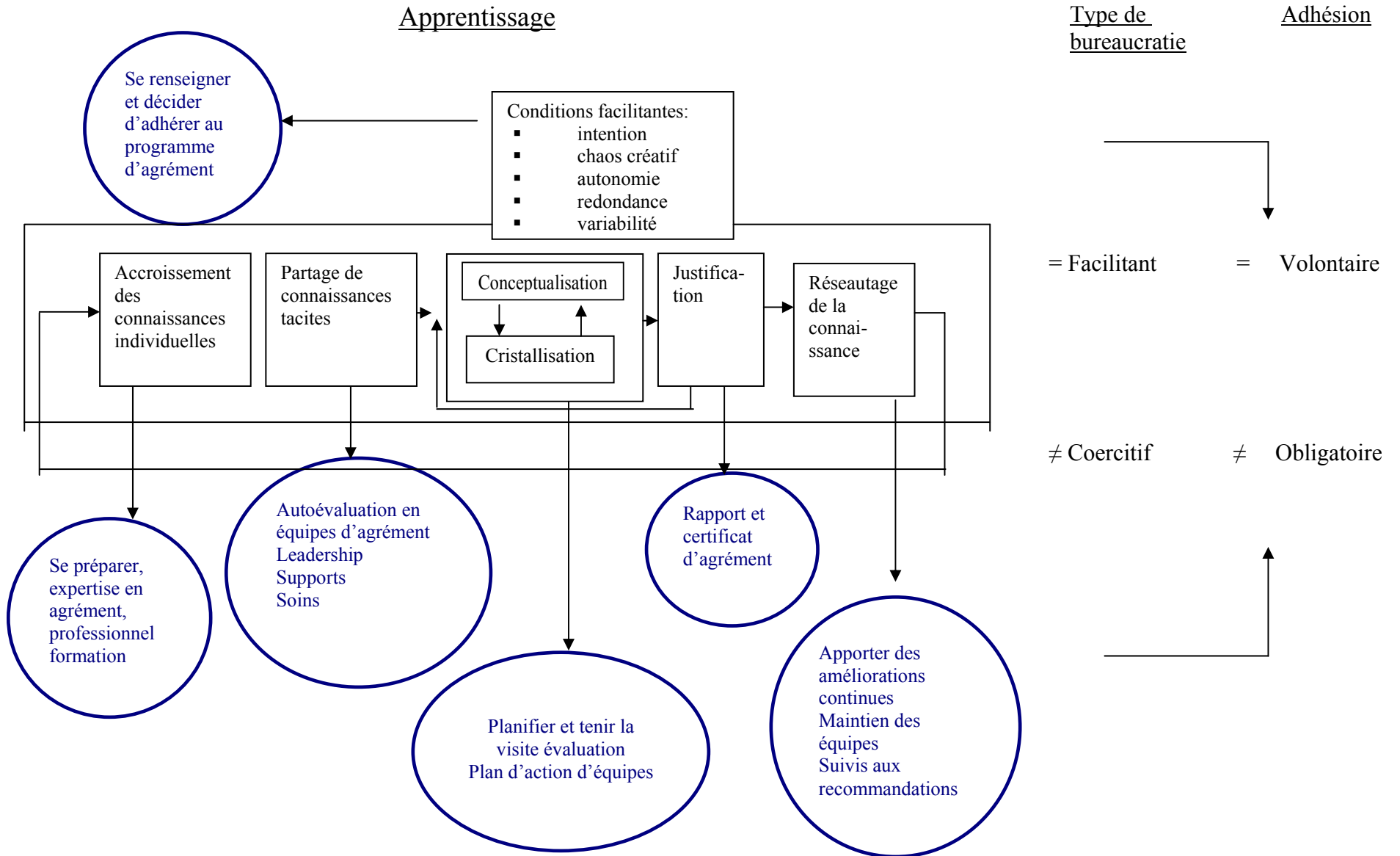
B : Composantes à la réussite de l'implantation d'un programme d'agrément, (Bridges 1994)

D&L : Typologie du changement, (Denis et coll. 2002) et Lozeau et coll. 2002)

P : Les dimensions de changement (conditions favorables à l'émergence de changement), (Pomey 2002)

L'apprentissage organisationnel, quant à lui, s'opérationnalise en s'appuyant sur le processus de création de la connaissance (Nonaka, 1994) tout en utilisant le cycle d'agrément avec ses étapes comme point de référence. Ainsi, il est possible d'attacher à chacune des étapes du cycle d'agrément les six grandes composantes du processus de création de la connaissance organisationnelle. Le type de bureaucratie (Adler et Borys, 1996) s'intègre et aboutit à une bureaucratie de type facilitant et une adhésion volontaire, car il est basé sur une approche dynamique et positive d'apprentissage ce qui correspond au fondement philosophique du programme d'Agrément Canada.

Figure 7
 Modèle du processus de la création de la connaissance organisationnelle avec le cycle d'Agrément Canada, du type de bureaucratie et du type d'adhésion, adapté de Nonaka/cycle d'agrément/Adler et Borys



Le quatrième et dernier bloc du modèle d'analyse montre ce qui résulte du changement organisationnel et de l'apprentissage dans un organisme de santé suite à l'intégration du programme d'agrément. L'amélioration de la qualité peut se résumer en un seul concept qui est le niveau de conformité aux normes et critères du programme d'Agrément Canada. S'il y a du changement organisationnel dans le sens positif du terme et de l'apprentissage organisationnel, alors l'organisme va améliorer sa performance du niveau de la conformité observé sur une période de temps. Ce niveau de conformité est important, car il intègre à la fois les politiques, procédures et résultats, bref tout ce qui est enchâssé dans le programme d'agrément et qui définit selon Agrément Canada, la qualité.

La figure 8 présente le modèle d'analyse de l'impact de l'intégration du programme d'agrément. Les questions de recherche sont aussi présentées. Le premier bloc présente le programme d'agrément avec l'ensemble de ses éléments qui incluent le cadre conceptuel de la définition de la qualité, les normes et le cycle d'agrément. Le programme avec son contenu normatif et ses processus est introduit dans l'établissement. À partir d'un modèle hybride de changement organisationnel (Pomey 2002/Bridges 1994) combiné avec la typologie de changement (Denis et coll., 2002 et Lozeau et coll., 2002) ainsi que du modèle d'apprentissage (Nonaka, 1994) et du type de bureaucratie (Adler et Borys, 1996), nous étudions le phénomène de l'introduction du programme d'agrément dans un organisme de santé. L'amélioration de la qualité qui en résulte est évaluée sur le plan du changement organisationnel et de l'apprentissage ce qui doit inévitablement se refléter, entre autres, dans la mesure du niveau de conformité par rapport aux normes et critères du programme d'agrément.

La recherche vise à vérifier les deux hypothèses suivantes :

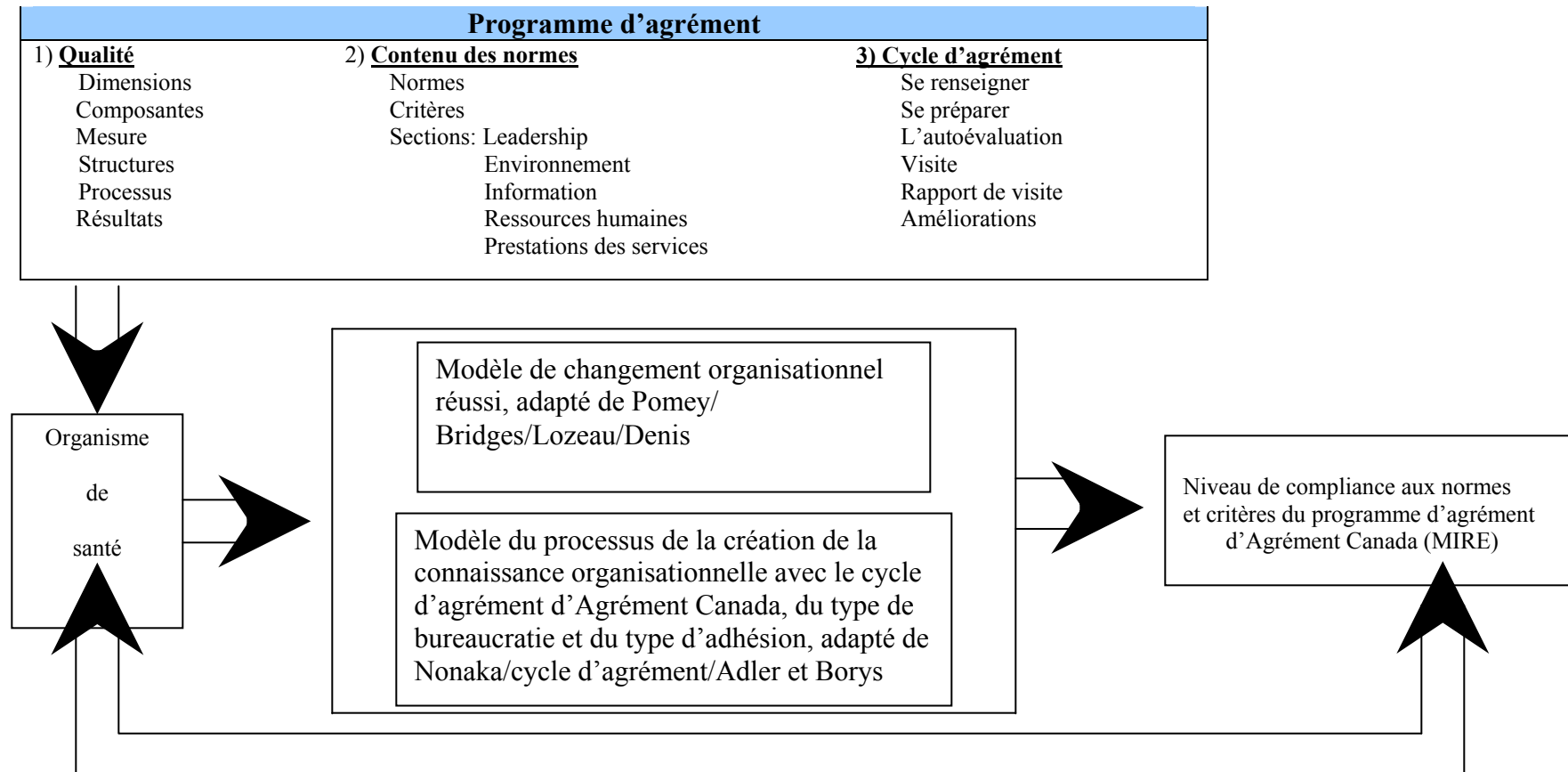
- 1) Les organismes qui actualisent les composantes du changement organisationnel vont connaître un niveau de conformité aux normes du programme d'agrément MIRE d'Agrément Canada plus élevé.

- 2) Les organismes qui actualisent les composantes de l'apprentissage organisationnel vont connaître un niveau de compliance aux normes du programme d'agrément MIRE d'Agrément Canada plus élevé.

Figure 8
Modèle d'analyse de l'impact de l'intégration du programme d'agrément

Questions de recherche :

- 1) L'intégration de l'agrément apporte-t-il du changement dans un organisme de santé?
- 2) L'intégration du programme d'agrément génère-t-il de l'apprentissage organisationnel?
- 3) L'intégration du programme d'agrément génère-t-il une amélioration du niveau de conformité et aux autres exigences normatives?
- 4) Sinon, qu'elles sont les facteurs qui peuvent s'avérer des obstacles ou barrières au changement et à l'apprentissage organisationnel?



CHAPITRE 4 MÉTHODOLOGIE

Nous présentons dans ce chapitre la démarche méthodologique utilisée pour répondre aux questions de notre recherche dans son ensemble. Nous préciserons tout d'abord le devis de recherche et les critères pour la sélection des cas. Nous expliquerons comment ces cas répondent aux objectifs de la recherche. La définition des variables suivra. Cette approche permet de bien saisir le contexte particulier des concepts à l'étude. Puis, nous enchaînerons avec la stratégie et la période d'analyse des cas qui s'est échelonnée sur plusieurs années.

Nous nous intéresserons respectivement dans ses trois dernières sous-sections aux différentes sources de données, à la validité et à la généralisation des résultats de la recherche et enfin aux considérations éthiques.

4.1 Le devis de recherche

Cette recherche évaluative étudie les effets de l'implantation du programme d'Agrément Canada dans un organisme de santé. La compréhension de cet événement nécessite une approche qualitative compte tenu de la nature du phénomène à l'étude. Les relations entre les nombreuses variables s'enchaînent dans un cheminement complexe et évolutif qui nécessite une méthodologie permettant de suivre ce processus dynamique à travers une étude de cas. L'approche systémique permet de bien saisir l'interaction des multiples variables dans cet environnement complexe (Salomon, 1991).

La stratégie d'approche synthétique de la recherche se traduit par une étude explicative de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués (Yin, 1989 et Stake, 1994). Cette méthode s'avère pertinente puisque les deux cas étudiés font une contribution importante aux objectifs spécifiques de la recherche. Les niveaux d'analyse comprennent les individus qui forment les équipes d'agrément, les équipes d'agrément et les organismes dans leur ensemble.

Il s'agit d'une étude collective de cas (Stake, 1994). Nous visons une compréhension élargie de la situation ce qui ouvre à la possibilité de généralisation des résultats selon le type analytique (Miles et Huberman, 2005).

Les données recueillies sont qualitatives et quantitatives. Les données qualitatives sont issues d'observations, de l'analyse documentaire et d'entretiens semi-structurés. Les données quantitatives sont issues d'une évaluation « pré » et « post » agrément du niveau de compliance aux normes et critères du programme d'Agrément Canada et de réponses à un questionnaire adressé à chacun des membres des équipes d'agrément. Le recours à des données de nature qualitatives et quantitatives permet la triangulation des résultats, l'approfondissement et le développement de l'analyse (Miles et Huberman, 2005).

Le cycle suggéré par une démarche d'agrément est habituellement de trois ans, mais il a varié quelque peu aux fins de cette recherche en fonction du parcours particulier des organismes étudiés.

Le niveau de compliance aux normes et critères du programme d'Agrément Canada a été mesuré à plusieurs reprises dans les organismes étudiés. Ces évaluations ont été par la suite comparées et analysées pour constater le progrès accompli. Cependant, la compréhension du cheminement se fait à partir d'une démarche d'analyse de cas. Il ne s'agit pas d'avoir recours à une méthodologie quasi expérimentale puisque les variables étudiées ne sont pas isolées, mais font partie intégrante d'un ensemble complexe dans lequel il est important de bien saisir les interrelations.

4.2 Le choix des cas

Le choix des cas a été fait en fonction de sept caractéristiques spécifiques dont certaines ont déjà été discutées dans le document (2.4.1 et 2.4.2). Les caractéristiques sont : 1) peu de connaissances sur les programmes d'agrément; 2) entreprendre une première démarche; 3) avoir choisi volontairement de participer au programme

d'Agrément Canada; 4) commencer la démarche en temps opportun; 5) offrir une gamme diversifiée de services de santé; 6) être accessible au chercheur; 7) accepter de participer au projet de recherche.

Le chercheur travaille à Agrément Canada. Dans le cadre de ses fonctions, il a accès aux organismes qui s'inscrivent au programme d'agrément pour la première fois. C'est ainsi qu'il a pu déterminer les établissements qui répondaient aux critères de départ.

Environ une soixantaine d'organismes s'inscrivent annuellement au programme d'Agrément Canada. La grande majorité des établissements canadiens ont été éliminés parce qu'ils ne répondaient pas aux critères retenus. Les établissements situés dans les trois territoires (Nord-Ouest, Yukon, Nunavut) ont été considérés pour la recherche. Ils étaient peu familiarisés avec le programme, mais leur trop petite taille (moins de 20 employés) les a éliminés. Tous les autres organismes canadiens étaient trop familiers avec le programme d'Agrément Canada. Par ailleurs, les établissements nouvellement inscrits au Québec ont aussi été rejetés, car, avec l'adoption de la Loi 113, la participation à un programme d'agrément est désormais obligatoire dans cette province.

Le choix s'est donc porté sur des organismes situés à l'extérieur du Canada. Pendant la période d'inscriptions jugée appropriée, huit organismes se sont inscrits au programme. Parmi ces huit établissements, quatre ont été approchés parce qu'ils répondaient à l'ensemble des critères. Deux de ces organismes ont retardé leur intégration au programme pour une période indéfinie. Les deux autres ont accepté de participer au projet.

Ces deux organismes possédaient les caractéristiques initiales déterminées pour le projet. Ils n'étaient pas familiarisés avec les programmes d'agrément comme celui d'Agrément Canada. Ils en étaient à leur première démarche, participaient volontairement, ont intégré le programme en temps opportun offraient une gamme

suffisante de services, restaient accessibles au chercheur et enfin acceptaient de participer au projet.

Le choix des organismes s'est effectué à l'aide de critères préétablis, mais aussi parce que l'occasion s'est présentée puisque le chercheur transigeait déjà professionnellement avec eux. Le chercheur supervise globalement le développement des marchés internationaux et, à ce titre, il négocie les ententes contractuelles avec les agences et organismes de ces pays.

En plus de superviser la négociation des ententes contractuelles, le chercheur a contribué à la validation de l'applicabilité du programme d'Agrément Canada pour la région vénitienne et à Anguilla et au processus d'évaluation de ces organismes. Il a donc été actif auprès de ces établissements de diverses façons qui sont directement reliées à l'objet de la recherche. Conscient que cela pouvait facilement introduire une subjectivité ayant des impacts sur sa recherche, le chercheur s'est assuré de prendre les moyens nécessaires pour se prémunir contre une telle situation.

La présence du chercheur dans ces établissements s'est limitée à des périodes précises pour faire la cueillette de données, réaliser des entretiens semi-structurés, revoir la documentation ou pour participer à l'évaluation du niveau de compliance. Le chercheur n'était pas en contact continu avec ces organismes. La supervision et la responsabilité de guider les établissements dans l'intégration du programme d'agrément étaient la responsabilité d'une spécialiste de l'agrément ou responsable de dossiers clients. De plus, le chercheur réside loin des organismes étudiés et n'y reçoit pas de soins de santé.

Le chercheur s'est associé à des personnes compétentes pour toutes les étapes de la cueillette et de l'analyse des données. Ainsi, dans les deux organismes étudiés, plusieurs des entretiens semi-structurés ont été réalisés par des personnes autres que le chercheur. La compilation, la codification et l'analyse du contenu ont été validées par des personnes compétentes et objectives autres que le chercheur.

L'administration et la gestion des questionnaires individuels ont été supervisées par les coordonnateurs de la qualité des deux organismes. La transcription des réponses aux questionnaires individuels a été confiée à une personne indépendante et l'auteur n'a pas eu accès aux questionnaires avant la compilation des résultats. Bien que le chercheur ait participé directement à trois des évaluations du niveau de compliance (une à la CFOT et deux à la HAA), il a suivi la méthodologie prévue par Agrément Canada. La méthode prévoit que le niveau de compliance est établi de façon indépendante par deux personnes. Les scores sont ensuite compilés et lorsque les cotations sur un critère sont différentes, les deux évaluateurs doivent déterminer qu'elle est la cote finale. Cette méthode éprouvée est connue sous le nom *d'interreliability*. Il n'a pas été associé aux deux autres mesures du niveau de compliance qui ont été faites par des visiteurs réguliers d'Agrément Canada. En fait, les personnes qui ont fait ces évaluations n'étaient même pas informées du projet de recherche en cours.

Par contre, la connaissance du milieu par le chercheur avait des avantages certains pour la qualité de la recherche pourvu que des mécanismes appropriés assurent l'objectivité de la démarche comme ce fut le cas. Dans le respect des règles d'éthique, de confidentialité des organismes et pourvu des autorisations nécessaires, le chercheur avait accès à toute l'information des visites d'Agrément Canada. De plus amples détails sur la nature de l'implication du chercheur dans le processus de cueillette des données sont présentés dans les sous-sections 4.4.1 et 4.4.2.

4.3 Variables à l'étude

L'objectif de cette sous-section est de présenter les variables indépendantes, intermédiaires et dépendantes de la recherche à partir du modèle d'analyse élaboré à la section 3.3. Elles sont regroupées en fonction des principaux blocs sur lesquels le modèle d'analyse est construit. Le rôle que pourraient jouer certaines variables confondantes est aussi pris en considération pour bien comprendre comment cela a été traité dans la recherche.

Variables indépendantes :

Le premier bloc comprend le programme ainsi que les étapes du cycle d'agrément où se retrouvent les variables indépendantes. Dans ce bloc, il y a des variables relevant de trois catégories : 1) le cadre conceptuel; 2) les étapes du cycle; 3) les normes et critères du programme. Chacune des normes est définie par un nombre de critères variant entre un et douze. Chacun des critères est attaché à une dimension de la qualité et ces dernières mesurent un descripteur prédéterminé. C'est à partir de ce cadre conceptuel que le niveau de la qualité est mesuré dans un organisme au cours de la visite d'agrément. Chaque critère est évalué par au moins deux visiteurs externes. Ces derniers attribuent indépendamment une cote à chacun des critères. Le programme utilise l'échelle de mesure Likert à sept niveaux (1-7). Cette échelle, selon les responsables d'Agrément Canada, maximise la validité des données, favorise une application plus consistante et facilite la présentation des données agrégées.

1) Programme d'agrément : le cadre conceptuel de la qualité comprenant les quatre dimensions de la qualité auxquelles sont rattachés vingt-deux descripteurs. Les quatre dimensions de la qualité avec leurs descripteurs respectifs sont présentées dans le tableau qui suit :

Tableau III
Cadre conceptuel de la qualité, dimension et descripteur associé

Dimension de la qualité	Descripteur associé
Réponse aux besoins	Disponibilité, accessibilité, temps opportun, continuité, équité
Compétence du milieu	Pertinence, compétence, efficacité, sécurité, légitimité, efficience, coordination à l'intérieur du système de santé
Milieu de travail	Communication /ouverte, clarté des rôles, participation à la prise de décisions, environnement favorisant l'apprentissage, bien-être
Approche centrée sur le client/communauté	Responsabilité et engagement au sein de la communauté, respect et bienveillance, participation et partenariat, confidentialité et communication ouverte

2) Étapes du cycle d'agrément : il y a six variables dans ce cycle : i) se renseigner ; ii) se préparer; iii) effectuer l'auto-évaluation ; iv) planifier et tenir la visite ; v) utiliser le rapport ; vi) apporter des améliorations continues

3) Normes et critères : il y a deux variables dans cette catégorie que sont les normes et les critères.

Le deuxième bloc de variables intermédiaires comprend celles comprises sous la rubrique « changement organisationnel ». Comme il y en a plusieurs, elles sont regroupées en sous-catégories et présentées au tableau IV.

Tableau IV
Variables du changement organisationnel, catégorie et sous-catégorie

Catégorie	Sous-catégorie
Vision	Acquisition de nouveaux modèles Compréhension réflexive Nouvelle utopie
Compétences	Leadership Compétence en gestion de la qualité Personnes ressources
Incitatifs	Fortes pressions Décentralisation du pouvoir vers les équipes Valorisation constante par les promoteurs
Ressources	Capacités excédentaires des acteurs Espace discrétionnaire d'autonomie Capacités cognitives relationnelles des acteurs
Plan d'action	Visibilité de l'engagement de la direction Stratégie de diffusion d'apprentissage Structure Échéancier
Résultats possibles	Changement organisationnel réussi, Stratégie, acquisition d'un management qualité Organisationnels,, (structure, processus, acteurs et trajectoire/performance) Relations entre l'organisation et son environnement Transformation de l'organisation

Le troisième bloc porte aussi sur des variables intermédiaires qui se réfèrent à l'apprentissage organisationnel. Elles sont présentées selon le même format que les précédentes (tableau V).

Tableau V
Variables de l'apprentissage organisationnel, catégorie et sous-catégorie

Catégorie	Sous-catégorie
Création de connaissance	Conditions facilitantes Accroissement des connaissances individuelles Partage des connaissances tacites Conceptualisation, cristallisation Justification Réseautage de la connaissance
Type de bureaucratie	Facilitant/Coercitif
Type d'adhésion	Volontaire/Obligatoire

Enfin, le dernier bloc contient les variables dépendantes du modèle d'analyse. Ces variables sont celles qui concernent l'amélioration de la qualité.

Tableau VI
Variables de l'amélioration de la qualité

Catégorie	Sous-catégorie
Niveau de Compliance	Normes et critères du programme (MIRE)

Il a fallu aussi s'assurer que des variables confondantes n'influençaient pas les résultats. Certaines, dans le domaine du changement organisationnel, peuvent avoir une influence tels l'âge de l'organisation, le milieu culturel ou la taille. Ces variables ont été prises en compte lors de la cueillette d'information et lors de l'analyse des résultats et font l'objet de discussion à cette étape pour s'assurer d'une bonne compréhension des phénomènes à l'étude et du contexte.

De plus amples détails ainsi qu'une définition des variables présentées ci-dessus se trouvent à l'annexe II. Des définitions particulières ont été élaborées pour plusieurs de ces variables. Bien que regroupées pour la

plupart dans l'annexe II, certaines définitions apparaissent dans le chapitre 3. Lorsque les variables avaient déjà été définies, ces définitions ont été utilisées. C'est le cas pour les définitions du programme d'Agrément Canada.

4.4 Stratégie et période d'analyse

Cette section présente le positionnement du chercheur et la stratégie utilisée dans chacun des deux cas étudiés. La stratégie varie quelque peu d'un établissement à l'autre. Leur cheminement respectif a été différent, chacun ayant été affecté par des circonstances qui leur étaient particulières.

Bien que les organismes aient suivi un parcours différent, il y avait plusieurs similitudes sur le plan de la démarche. Les détails particuliers de chacun des cas sont présentés dans les sous-sections 4.4.2 et 4.4.3. Sur le plan de la temporalité, deux aspects méritent une attention particulière.

Le premier concerne une différence dans les mesures du niveau de compliance. La durée totale de l'étude était de 31 mois tant à la CFOT qu'à la HAA. La période d'observation pour la CFOT a débuté en octobre 2003 pour se poursuivre jusqu'en avril 2006. L'étude de la HAA a débuté en juin 2004 pour se terminer en décembre 2006. Il est important de bien saisir ici est que les deux établissements n'étaient pas à la même étape du cycle d'agrément au moment où l'étude a commencé. La CFOT terminait une visite d'agrément, donc avait intégré le programme depuis une période d'un peu plus d'un an. La HAA, pour sa part, commençait sa démarche d'agrément. Ceci a eu pour conséquences que la première mesure du niveau de compliance de la CFOT s'est effectuée à $T = 1$. Par contre, comme la HAA commençait le cycle d'agrément en même temps que s'amorçait l'étude de cas, il a été possible de prendre une mesure du niveau de compliance aux normes à $T = 0$. Il y a donc eu deux mesures du niveau de compliance dans le cas de la CFOT et trois mesures dans le cas de la HAA.

La deuxième particularité temporelle qui mérite notre attention est la compréhension de la présentation des données dans le prochain chapitre (chapitre 5) qui porte sur les résultats. Les résultats sont présentés en fonction du modèle et des niveaux d'analyse présentés au chapitre 3. Or nous voudrions que le lecteur garde à l'esprit que l'aspect temporel joue un rôle sur les niveaux d'analyse lorsqu'ils sont associés avec les étapes du cycle d'agrément. Il y a trois niveaux d'analyse : 1) les individus; 2) les équipes d'agrément; 3) l'organisme dans son ensemble. Dans les premières étapes du cycle d'agrément, les équipes ne sont pas encore formées. Il est donc normal que la présentation des résultats à ces étapes du cycle d'agrément n'inclue pas ce niveau d'analyse. Par contre, les individus et les organismes participent activement aux premières étapes « se renseigner » et « se préparer » du cycle d'agrément.

4.4.1 Positionnement du chercheur

Le chercheur est un cadre permanent d'Agrément Canada depuis plusieurs années. Il est aussi visiteur pour Agrément Canada. Ses activités de visiteur pour Agrément Canada ont commencé bien avant qu'il devienne un employé de cette agence. Il a eu l'occasion de faire de nombreuses visites d'évaluation dans plusieurs catégories d'établissements situés dans plusieurs provinces canadiennes, en Europe, au Moyen-Orient, en Asie, en Amérique du Sud et dans les Caraïbes.

Il effectue, bénévolement, des visites et des évaluations de programme d'agences nationales pour ISQua. Avant son arrivée à Agrément Canada, il a été pendant plus de quinze ans dans des organismes agréés par Agrément Canada.

Grâce à sa formation générale et professionnelle, le chercheur a des compétences variées en sciences humaines, en gestion, en finance, en économie et en comptabilité. Il connaît plusieurs techniques d'évaluation. Il a au cours de cette recherche, développé des relations de confiance avec les deux organismes. Un bon chercheur qualitatif est doté des caractéristiques suivantes : 1) une familiarité avec le phénomène étudié; 2) un intérêt pour la dimension conceptuelle; 3) une approche

pluraliste par opposition à une formation restreinte ou cantonnée dans à une seule discipline; 4) de solides qualités d'enquêteur (Miles et Huberman, 2005).

Le chercheur se définit comme un praticien engagé dans le domaine de l'agrément. Il s'intéresse aux programmes qualité depuis qu'il a intégré, à titre de directeur général, le programme d'Agrément Canada dans un hôpital communautaire, il y a plus de vingt ans.

Ce projet de recherche est soutenu par son employeur. Ce dernier a permis des accommodements de temps et a assumé certains coûts pour du soutien technique. Le chercheur a financé plusieurs des activités de recherche personnellement. Tout en ayant bénéficié du soutien de son employeur, il n'a subi aucune pression directe ou indirecte de la part de ce dernier concernant un quelconque volet de la recherche.

Agrément Canada s'est donné comme mandat de favoriser des projets de recherche sur les programmes d'agrément dans le but d'accroître les connaissances dans le domaine. Cette stratégie s'appuie sur un plan d'action en trois volets : 1) appuyer des projets de recherche d'experts indépendants d'Agrément Canada; 2) collaborer en rendant les données d'agrément disponibles aux chercheurs; 3) participer à des projets.

Le chercheur classerait ce projet dans la deuxième catégorie puisque, même à titre d'employé, il n'a pas bénéficié d'avantages extraordinaires non prévus dans la politique de développement personnel et professionnel d'Agrément Canada pour les employés de sa catégorie.

En tant que praticien engagé, le chercheur s'intéresse à tout ce qui se fait dans le domaine de l'agrément. Il considère fondamental de faire progresser les connaissances dans le domaine et de les intégrer dans la pratique de l'agrément. Ces connaissances s'acquièrent en alliant les

aspects pratiques et théoriques. Il est engagé à contribuer à ce mouvement en étant rigoureux dans ses activités quelles soient de nature pratique ou théorique.

4.4.2 Ca' Foncella Hospitale di Treviso (CFOT)

Pour de raisons stratégiques reliées à la nécessité de convaincre les autorités d'allouer le financement nécessaire à la démarche d'agrément, la CFOT s'est tout d'abord engagée dans un projet pilote. Cette démarche a commencé officiellement à l'hiver 2002 avec la participation de personnel à des groupes de discussion créés pour valider l'applicabilité de toutes les composantes du programme d'Agrément Canada dans la région vénitienne. Le chercheur animait ces groupes à titre de membre du personnel d'Agrément Canada. À l'automne 2002, le personnel de la CFOT qui participait au projet a reçu une formation sur l'agrément par des représentants d'Agrément Canada. La formation s'étendait sur 2-3 jours et environ 120 personnes y ont participé. À partir de cette étape, l'établissement a reçu le soutien d'Agrément Canada par l'entremise d'une spécialiste de l'agrément pour préparer la première visite qui s'est déroulée du 20 au 24 octobre 2003. Le chercheur y a participé à titre de personne-ressource sans toutefois intervenir dans l'évaluation de l'organisation. Il était responsable d'évaluer pour Agrément Canada l'ensemble du projet auquel participaient aussi le *Treviso Home Care*, *Oderzo and Villorba Districts* et l'*Hospitale di Belluno*, un autre hôpital de la région (CCHSA 2004a).

Lors de cette visite, l'équipe de visiteurs a rencontré 14 équipes d'agrément et a évalué le niveau de compliance aux normes pour chacune d'elle. Un rapport d'agrément, identique aux rapports produits lors de visites régulières, a été complété par Agrément Canada. L'équipe de visiteurs a fait 104 recommandations aux 14 équipes évaluées. En plus des équipes d'agrément, les visiteurs ont rencontré trois groupes de discussion, un formé de patients ou leurs familles, un de partenaires de la communauté et un de membres du personnel.

Le chercheur a contacté l'établissement pour connaître leur intérêt à participer au projet de recherche et l'organisme a accepté. Il y est retourné à l'été 2005, du 18 au 25 juillet, avec une collègue italienne qui participait au projet depuis le début. Ensemble, ils ont interviewé des représentants de cinq équipes d'agrément, analysé la documentation préparée à la suite des recommandations émises lors de la visite initiale et ont mesuré pour une seconde fois le niveau de compliance aux normes des équipes rencontrées. Le chercheur a aussi eu des entretiens semi-structurés avec les chefs des équipes rencontrées, le directeur général et la coordonnatrice de l'agrément.

Par l'entremise du bureau de la qualité et de sa responsable, des questionnaires individuels ont été acheminés à tous les membres du personnel qui avaient participé à la démarche d'agrément. En Italie, le personnel inclut le corps médical. Ceci se passait à l'automne 2005. Dans un premier temps, 37 questionnaires ont été retournés. Après un rappel aux membres des équipes, le nombre de questionnaires retournés est passé à 46, soit, sur un total de 120 participants, un ratio de 38,33 % de répondants.

En avril 2006, le chercheur est retourné à Treviso. Il y a réalisé, avec sa collègue italienne et une autre collègue d'Agrément Canada, d'autres entretiens semi-structurés avec quatre des chefs d'équipe, chacun étant accompagné d'un membre de son équipe. Cette visite a eu lieu au moment où la CFOT a décidé de formaliser son adhésion au programme d'Agrément Canada.

4.4.3 Health Authority of Anguilla (HAA)

La HAA s'est intéressée au programme d'agrément sur l'initiative de son directeur général. Ce dernier s'est intéressé à l'agrément après avoir participé à des séminaires et autres sessions offertes par la Pan American Health Organization (PAHO) dont le siège social à Washington est aussi un bureau régional de l'OMS.

À l'été 2004, le directeur général de la HAA a invité des représentants d'Agrément Canada à venir faire une évaluation de l'état de préparation de l'organisation pour entreprendre une démarche d'agrément avec le programme d'Agrément Canada. Le chercheur, à titre de membre du personnel d'Agrément Canada, et la directrice du service de la recherche et du développement des produits se sont rendus sur les lieux et ont effectué cette évaluation du 21 au 23 juin 2004. Ils ont aussi évalué l'applicabilité du programme d'Agrément Canada dans cet environnement.

Dans leur rapport d'évaluation (CCHSA 2004b), les représentants d'Agrément Canada ont conclu que, bien que la HAA n'avait aucune expérience avec les programmes d'agrément, il semblait y avoir un réel engagement de la direction générale et du conseil d'administration à entreprendre cette démarche. Ils ont donc recommandé d'accepter la HAA dans le programme et proposé une configuration de sept équipes d'agrément pour l'ensemble de l'établissement. Ils estimaient que le temps de préparation serait d'au moins 18 mois et que les intervenants avaient besoin d'un programme de formation structuré sur les diverses composantes du programme. Enfin, ils ont recommandé qu'une spécialiste d'agrément provenant d'Agrément Canada soit affectée pour appuyer la HAA dans sa démarche de préparation. Toutes ces recommandations ont été appliquées.

Du 17 au 20 mai 2005, le chercheur, accompagné de la spécialiste de l'agrément, s'est rendu à la HAA pour effectuer une visite intérimaire. Les équipes avaient à peine commencé à compléter les questionnaires d'autoévaluation pour leurs sections respectives. Toutes les équipes ont été rencontrées et une entrevue semblable à celle d'une visite régulière a été réalisée. Un rapport (CCHSA 2005a) de cette visite a été préparé par la spécialiste de l'agrément en collaboration avec le chercheur. Ce rapport contenait des recommandations pour chacune des équipes d'agrément et trois recommandations précises pour la direction. Leur teneur était de poursuivre le programme de formation en cours, de surseoir à la visite officielle pour une période de 12 mois et, en dernier lieu, de faire la visite de décembre 2005 comme prévu, mais

de demander qu'une décision d'agrément ne soit pas rendue à ce moment. Ces recommandations ont été acceptées par la direction.

Par ailleurs, après avoir rencontré chacune des équipes, visité toutes les installations de la HAA et examiné la documentation disponible, incluant les autoévaluations, le chercheur et la spécialiste ont complété une évaluation du niveau de conformité aux normes pour chacune des équipes selon la méthode prévue. Il s'agissait de la première mesure du niveau de conformité aux normes et critères d'Agrément Canada.

Entretemps, la HAA a accepté de participer à ce projet de recherche. La spécialiste de l'agrément a soutenu l'établissement dans sa préparation. La HAA a reçu la visite d'agrément de décembre 2005 mais, à la demande de l'établissement, cette visite ne comportait pas de décision d'agrément. Deux visiteurs d'Agrément Canada y étaient assignés et la visite s'est déroulée comme une visite régulière. Ils ont rencontré chacune des équipes d'agrément, visité toutes les installations, analysé la documentation et rencontré des patients et leurs familles. Un rapport semblable en tout point à un rapport régulier a été présenté à l'organisme. Il n'y manquait que la décision d'agrément. Le niveau de conformité aux normes y était consigné de même que 103 recommandations aux équipes. C'était la deuxième mesure du niveau de conformité aux normes faite pour la HAA.

Du 10 au 15 décembre 2006, le chercheur, à titre de membre de l'équipe régulière d'Agrément Canada, et accompagné d'une autre visiteuse et de la spécialiste de l'agrément, s'est rendu à la HAA pour faire la visite d'agrément. Un rapport de visite a été préparé et une décision d'agrément a été rendue par Agrément Canada. La HAA a été agréée sous certaines conditions : rapport de suivi et visite « focus » supplémentaire. Le rapport comportait 88 recommandations.

Au cours de cette troisième visite, le niveau de conformité a de nouveau été mesuré. La spécialiste de l'agrément a réalisé des entretiens semi-structurés avec tous les

chefs des équipes d'agrément, le directeur général et la coordonnatrice de l'agrément. Les questionnaires individuels ont aussi été distribués à tous les membres des équipes et la plupart ont accepté de les remplir sur les lieux. La démarche a été supervisée par la coordonnatrice de l'agrément de la HAA. Elle a fait un suivi auprès des personnes qui n'avaient pas rempli le questionnaire sur place et a réussi à tous les obtenir. Le taux de participation a été de 100 %.

4.5 Instruments et collecte des données

Cette sous-section s'attarde aux instruments qui ont été utilisés pour la cueillette des données. Les questionnaires pour les entretiens semi-structurés et le questionnaire individuel ont été élaborés spécifiquement pour cette recherche. La mesure du niveau de compliance a été faite à partir du cadre normatif d'Agrément Canada. La documentation est celle qui est généralement demandée et requise tout au long d'une démarche d'agrément. Les observations ont été effectuées sur les lieux, lors des visites du chercheur. Les méthodes retenues étaient au nombre de quatre: 1) le niveau de compliance par rapport aux normes et aux critères du programme d'agrément ; 2) la revue de documentation et des observations sur place ; 3) un questionnaire individuel aux membres des équipes d'agrément ; 4) des entretiens semi-structurés.

Les techniques d'analyse de ces données varient en fonction des sources et des instruments utilisés. Cependant il y a aussi un dénominateur commun à ces outils. Les données sont organisées, synthétisées et codées pour permettre d'en faire l'analyse. Bien entendu, les méthodes ont varié en fonction de leur nature propre. Pour les entretiens semi-structurés, elles ont été transcrites à partir du verbatim des cassettes audio, synthétisées, codées et analysées avec le logiciel NVivo. Les questionnaires individuels ont été traités avec le programme statistique SPSS. Le niveau de compliance aux normes et aux critères ainsi que le rattachement avec le modèle conceptuel de la qualité a été traité avec les programmes informatiques d'Agrément

Canada. Enfin, la documentation et les observations sur place ont été classées en fonction de leur nature à partir du système du chercheur et de ses notes de travail.

4.5.1 Niveau de compliance

Le niveau de compliance aux normes et critères du programme d'Agrément Canada est la compilation des données qui se fait habituellement lors d'une visite d'agrément. Cet exercice est réalisé par deux personnes pour diminuer le plus possible le biais que pourrait introduire une évaluation faite par une seule personne. Dans l'application de son programme, Agrément Canada veut s'assurer que la mesure du niveau de compliance soit faite de façon objective et rigoureuse. On demande aux visiteurs de coter individuellement chacun des critères. Les critères dont la cote est différente sont discutés par les visiteurs pour en arriver à une cote révisée. Cette méthode (*interreliability*) est suivie pour assurer que la mesure de compliance soit valable et fiable entre les visiteurs.

Les visiteurs utilisent plusieurs techniques et sources de données pour arriver à établir une mesure de compliance par rapport aux normes et critères. Ces sources d'information sont présentées à l'annexe I. Essentiellement les éléments qui servent aux visiteurs sont : 1) document d'autoévaluation de l'organisation évaluée; 2) entrevues auprès des clients et leurs familles; 3) les indicateurs et autres mesures de performances utilisés par l'organisation; 4) entrevues avec les équipes; 5) la documentation requise; 6) les tournées des installations; 6) les groupes de discussion; 7) la documentation consultée sur place.

Le programme exige qu'au minimum cinq sections de normes soient évaluées afin de mesurer le niveau de qualité de l'organisme :

- 1) Le leadership et partenariat : cette section des normes évalue les fonctions de gouvernance et de la gestion des opérations.

- 2) Gestion des ressources humaines : cette section concerne l'ensemble des fonctions de la planification de la main d'œuvre dans l'organisation.
- 3) Gestion de l'environnement : cette section s'intéresse principalement à la gestion des ressources matérielles et à la sécurité des personnes.
- 4) Gestion de l'information : cette section s'adresse à la qualité et à la sécurité de l'information nécessaire pour la prise de décisions cliniques et administratives.
- 5) Prestation des services : ces sections, car il y en a plusieurs, s'attardent à la démarche pour actualiser les soins et services qui sont offerts dans l'organisation. Ainsi, il y a au minimum une section, comme ce serait le cas dans un organisme qui offre uniquement des services d'hébergement aux personnes âgées, et jusqu'à 10 ou 15 dans un organisme plus complexe.

Pour plus de détails sur le contenu de chacune des sections des normes, le lecteur est invité à consulter l'annexe I. On y décrit sommairement le contenu de chacune des sections des normes, la structure des normes et on y fournit un exemple d'une norme avec les critères et autres éléments du cadre théorique de la qualité qui s'y rattache. Les cinq sections des normes du programme qui sont exigées au minimum contiennent au total plusieurs centaines de critères d'évaluation.

Dans les deux cas étudiés, le nombre de sections des normes qui ont été utilisées était respectivement de sept pour la HAA et de quatorze pour la CFOT.

4.5.2 Documentation et observations

La documentation provient de plusieurs sources : les autoévaluations, les rapports de visite d'Agrément Canada et la documentation requise par le programme d'agrément, les manuels de politiques et procédures de l'établissement, les procès-verbaux du conseil d'administration et des comités internes, les rapports d'agrément qui contiennent de l'information qualitative, les rapports des ordres professionnels et

toute autre document qui pourrait avoir été l'objet d'une attention de la part du chercheur.

Nous soulignons toutefois deux réserves importantes. Premièrement pour le cas de la CFOT, la très grande majorité de la documentation était en italien et le chercheur possédait des connaissances très limitées de cette langue. Il a dû faire appel à un collègue de langue italienne et à des traducteurs pour comprendre les documents consultés et ceux-ci ont donc été plus limités.

La deuxième réserve s'applique à la HAA. Cet organisme est tout récent puisqu'il a été créé en mars 2001 et n'est réellement fonctionnel que depuis 2003. La documentation est donc très limitée et la très grande majorité a été développée par suite de son adhésion au programme d'agrément.

Tel que mentionné précédemment, le chercheur a fait plusieurs visites dans ces organisations ce qui lui a permis de se familiariser avec les principaux acteurs et le milieu. Les observations se sont faites principalement dans les installations des deux organismes. Selon le cas, il s'agissait de tournées dans les services, d'observation lors des rencontres des équipes d'agrément, de discussions individuelles avec des intervenants et des clients ainsi que d'échanges avec les directions générales et les responsables des bureaux de la qualité. Il y a aussi eu plusieurs occasions d'observer des échanges entre les dirigeants et acteurs externes importants.

La HAA possède huit installations, dont un hôpital de soins de courte durée, cinq cliniques communautaires, un centre d'hébergement et le centre administratif. Le chercheur a visité tous ces sites à au moins deux reprises. Lors de ces visites il a été possible de poser de nombreuses questions aux intervenants, de rencontrer seul des patients hospitalisés ou inscrits et d'observer le déroulement des activités incluant les échanges entre les intervenants et la clientèle.

Lors d'une de ces visites, la direction générale a demandé au chercheur de l'accompagner au MSDSA et au consulat britannique. Il a alors été possible de discuter mais surtout d'observer les échanges entre la direction générale avec le ministre du MSDSA et les hauts fonctionnaires sur l'agrément et sur les motivations de la HAA à intégrer le programme. La rencontre avec le consulat et les représentants britanniques a aussi été une occasion privilégiée d'observer la relation directe entre ces deux organismes. Là aussi, il a été possible d'apprécier l'importance de l'intégration du programme d'agrément pour les dirigeants de la HAA. Ces deux rencontres avaient été discutées et planifiées avec la présidente du conseil d'administration et le directeur général. Le chercheur a assisté à ces deux rencontres préparatoires.

Pour la CFOT, les activités sont concentrées surtout sur un campus de quelques édifices situés à proximité l'un de l'autre. Le chercheur y a passé environ trois semaines complètes. Des notes de terrain ont été constituées par le chercheur et plusieurs documents ont été consultés.

Ici aussi le chercheur a eu l'occasion d'observer et participer à des discussions avec les acteurs internes et externes. Lors de nombreuses tournées dans les services cliniques et de support il a été possible de discuter avec des patients hospitalisés ou inscrits ainsi qu'avec plusieurs membres du personnel qui ne faisaient pas partie des équipes d'agrément. De nombreux partenaires externes ont été rencontrés lors d'activités sociales et plus formelles organisées par la CFOT.

Le chercheur a aussi été présent lors de rencontres pour discuter de l'agrément entre la CFOT et l'autorité régionale, entre la direction générale et toute l'équipe de direction et enfin entre le directeur général et des représentants des média locaux.

4.5.3 Questionnaire individuel

Le questionnaire individuel s'adressait à tous les membres des équipes d'agrément. Le développement du questionnaire individuel a suivi une démarche rigoureuse pour s'assurer de sa fiabilité et de sa validité pour répondre aux objectifs de la recherche. Cette démarche était délicate car il fallu travailler en trois langues : le français, l'anglais et l'italien.

Les membres de toutes les équipes d'agrément ont été sollicités individuellement pour remplir ce questionnaire portant sur les variables du changement et de l'apprentissage organisationnel ainsi que sur la typologie de changement et le type de bureaucratie.

Le questionnaire a été élaboré au cours de l'automne 2005 par le chercheur en collaboration avec Daniel Herta, alors stagiaire au programme de maîtrise de l'École d'administration publique (ÉNAP) de l'Université du Québec. Sa préparation s'est étendue sur une période de plus de six semaines. Conçu en français, il a d'abord été traduit en italien et par la suite en anglais.

L'élaboration du questionnaire s'est faite à partir du modèle d'analyse et des questions de recherche. Il s'inspirait du questionnaire préalablement élaboré pour les entretiens semi-structurés et autres questionnaires qui avaient été élaborés pour des recherches dans le domaine de l'agrément.

Trois questionnaires ont servi principalement comme sources de référence

- 1) Enquête sur l'efficacité du programme d'agrément (Beaumont, 2002)
- 2) Préparation d'un établissement de santé à l'accréditation et dynamique de changement (Pomey, 2002)
- 3) *Survey on Continuous Quality Improvement in Canadian Health Care Facilities* (Baker, 1993)

La démarche de validation a suivi les étapes suivantes :

- 1) Phase de conception par le chercheur et Daniel Herta. Six versions ont été élaborées, chacune incorporant de nouveaux changements visant la simplification et la clarté des questions, l'ajout ou le retrait de questions, l'amélioration de l'échelle de mesure et enfin la qualité de la présentation.
- 2) Validation auprès de 10 personnes professionnelles et non professionnelles qui ont rempli individuellement le questionnaire. De nombreux changements ont été apportés à cette étape, dont une diminution du nombre de questions et un format amélioré pour l'échelle de conformité.
- 3) Traduction du français à l'italien par un traducteur professionnel.
- 4) Validation du questionnaire en italien auprès de cinq personnes de langue italienne qui étaient impliquées dans le projet, dont une traductrice qui a travaillé avec les groupes de discussion et sur la traduction du programme dès 2002 lors du lancement du projet. Des changements ont été apportés par suite des commentaires reçus. La nouvelle version a été retournée pour vérification auprès des mêmes personnes.
- 5) Le questionnaire français a été traduit en anglais, pour son administration à la HAA en 2005, par le service de traduction d'Agrément Canada. Tout travail de traduction fait par le service de traduction à Agrément Canada est systématiquement vérifié par une seconde traductrice pour s'assurer de la qualité de la traduction.
- 6) Le questionnaire anglais a été soumis à cinq personnes professionnelles et non professionnelles pour validation. De légères modifications ont été apportées par suite des commentaires recueillis. Ces modifications ont toutes été soumises au service de traduction d'Agrément Canada pour s'assurer qu'elles étaient appropriées sur le plan linguistique.
- 7) Le questionnaire a ensuite été acheminé à la coordonnatrice de l'agrément de la HAA pour qu'elle l'évalue. De légères modifications ont été apportées à cette étape. Elles portaient sur les instructions qui précèdent le questionnaire.

Le questionnaire est divisé en six sections : 1) conditions favorables au changement; 2) caractéristiques et éléments du changement; 3) apprentissage organisationnel; 4) type d'organisation et type d'accréditation; 5) perception de votre participation; 6) renseignements personnels.

Le questionnaire individuel suit le modèle d'analyse. Au total il contient 105 questions. Le temps de réponse était de 20 à 30 minutes par personne. Les données quantitatives ont été condensées, organisées, présentées et interprétées par SPSS. En appliquant le coefficient alpha de Cronbach sur les 87 items applicables sur l'ensemble de l'échantillonnage, c'est-à-dire les 87 questionnaires complétés, nous avons obtenu un résultat de 0,9274.

La version anglaise du questionnaire se trouve à l'annexe IV.

4.5.4 Entretiens semi structurés

Le questionnaire semi structuré a été développé à partir des questions de recherche et en fonction des composantes du modèle d'analyse. Le questionnaire original a été conçu en anglais et a par la suite été traduit en italien avec l'aide d'une collègue de langue italienne et celle des services de traduction du bureau de la qualité de la CFOT. Il a ensuite été revu par la coordonnatrice du bureau de la qualité avant d'être administré. La version anglaise de ce questionnaire individuel se trouve à l'annexe III.

Il a légèrement été modifié tout au long de la démarche pour tenir compte des résultats observés. Il a été administré par le chercheur (45 %) et deux spécialistes professionnelles (55 %) d'Agrément Canada. Ces dernières étaient très familières avec le projet de recherche. Le chercheur les a rencontrées pour les former et pour les préparer à mener les entretiens semi structurés à l'aide du questionnaire. Une des deux spécialistes a de plus passé un entretien avec le chercheur en octobre 2006 avant de se rendre à Anguilla en décembre.

Tous les entretiens ont été enregistrés et le verbatim a été produit à partir des cassettes audio. Les entretiens en italien ont été traduits en français par un traducteur italien qui s'est allié les services d'un médecin qui pratique en Italie pour l'aider lorsqu'il éprouvait des difficultés de compréhension. Toutes les transcriptions ont été vérifiées par le chercheur et les cassettes des entretiens d'Anguilla ont été réécoutées avec le texte du verbatim pour s'assurer de l'exactitude du contenu. Pour les cassettes enregistrées en italien, le chercheur s'est fié aux compétences du traducteur qui s'était assuré la collaboration d'un médecin italien pour les terminologies de nature plus technique. Le traducteur est italien de naissance et ses compétences dans cette langue et dans la langue française sont prouvées. Le chercheur avait au préalable rencontré ce traducteur pour lui expliquer la recherche et ils ont été en contact régulier tout au cours de la démarche de transcription des cassettes audio. La traduction de l'italien au français s'est effectuée directement à partir des cassettes audio.

L'horaire des entretiens a été organisé par l'entremise du bureau des coordonnatrices de l'agrément et le service de la qualité. Dans les deux cas les entretiens se sont déroulés dans des locaux du service de la qualité. À la CFOT, les chefs d'équipe ont choisi de se faire accompagner par un des membres de leur équipe. Ces personnes ne sont pas intervenues de façon significative lors des entretiens. À Anguilla, les entretiens se sont déroulés avec la personne concernée. Ces personnes n'étaient pas accompagnées, mais elles se sentaient à l'aise, puisque toutes connaissaient la spécialiste de l'agrément qui réalisait l'entretien.

Tous les entretiens semi-structurés ont duré entre 45 et 55 minutes. Les participants ont été informés des objectifs de l'entretien par les coordonnatrices avant d'accepter. La participation était strictement volontaire. Lors des entretiens, les objectifs de la recherche ont été expliqués de nouveau et l'intervieweur s'est assuré de la participation volontaire des personnes interviewées. Le chercheur a invité les interviewés à revoir la transcription du verbatim des cassettes. Aucune personne n'en a fait la demande.

Les enregistrements audio sont la source des données primaires. La transcription des verbatim de chacun des entretiens a été consignée dans des documents *Words*^{mc}. Les données ont été traitées avec le programme *NVivo* à partir de ces fichiers. *NVivo* permet l'analyse de ces données à partir de codification à partir de grands thèmes et de segments.

L'identification des thèmes et des codes a été faite à partir du modèle d'analyse et en se servant du questionnaire des entretiens semi-structurés. Il y avait quatre grands thèmes : 1) l'étape de la prise de décision de participer au programme d'agrément; 2) le changement organisationnel; 3) l'apprentissage organisationnel; 4) le type de participation. Pour chacun de ces thèmes, des codes spécifiques ont été établis. Les segments ont ensuite été attachés aux codes ce qui a facilité le traitement et l'analyse de ces données.

Trois personnes ont travaillé au codage et à la codification des données. La première identification des thèmes et des codes a été faite par un étudiant en stage de maîtrise et le chercheur, et ces mêmes personnes ont fait une première classification des données.

Parallèlement, les données ont été acheminées à une personne experte dans le domaine de l'analyse qualitative. Cette personne n'avait aucun lien avec le projet. Elle a établi indépendamment une codification et une analyse à partir des questions de recherche et du modèle d'analyse.

Les résultats des deux démarches ont par la suite été analysés par le chercheur et le stagiaire pour revalider la codification et l'identification des segments. Il y avait une grande similitude entre les deux démarches. Des ajustements ont été apportés pour tenir compte des remarques faites par l'expert externe. L'annexe V présente les compilations agrégées à partir des thèmes et des codifications qui ont été retenues.

4.6 Validité et généralisation de la recherche

4.6 Validité et généralisation de la recherche

Cette recherche répond aux critères scientifiques reconnus pour des études de cas multiples en matière de validité du construit, de validité interne et de validité externe. Ceci est fondamental pour la valeur de la recherche.

4.6.1 Validité du construit

La validité du construit est basée sur la relation logique entre les variables (Babbie, 2000). Pour soutenir la validité du construit, Yin (1998) propose de faire usage de sources multiples de données, d'établir une chaîne d'évidences et de faire valider l'information par des personnes clés qui connaissent la situation. Or les diverses sources de données utilisées permettent une triangulation des observations et, comme les cas ont été suivis pendant une période de plusieurs années avec la validité de construit se trouve renforcée. La définition des variables vient aussi soutenir la validité du construit. Enfin, le niveau de compliance qui résulte des visites d'agrément est révisé systématiquement par un comité d'experts à Agrément Canada qui n'a pas été impliqué dans le processus d'évaluation.

4.6.2 Validité interne

La validité interne a pour but de s'assurer que les résultats qui découlent du devis de recherche correspondent bien à ce que l'on veut mesurer (Laperrière, 1994). C'est-à-dire que les variables indépendantes qui ont été identifiées sont bien à la source des changements observés et non pas le résultat de variables confondantes qui seraient introduites dans le phénomène observé. Plusieurs composantes du devis de recherche et sa stratégie globale garantissent la validité interne. Les données proviennent de sources variées et ont été recueillies à des moments différents auprès des différentes unités d'observation. Les outils de cueillettes de données sont fidèles au modèle d'analyse. De plus, les diverses collectes de données et les mesures ont été réalisées

par plusieurs personnes différentes et qualifiées. Enfin, les mesures et autres données ont été contre-validées par plus d'une personne pour réduire les biais.

4.6.3 Validité externe

La validité externe, c'est-à-dire le degré acceptable de généralisation des résultats (Yin, 1998), pose un défi dans ce type de recherche même si plus d'un cas a été étudié. Les résultats de cette recherche sont-ils généralisables? Le problème de validation externe est une barrière énorme pour les études de cas (Yin, 1998). Il faut se rappeler que la valeur de l'étude de cas réside dans la richesse de l'analyse. La validité de généralisation de l'analyse est complexe. Il faut donc se concentrer sur la généralisation de l'application de la théorie.

Dans cette recherche, les résultats ont fait l'objet d'analyses et certaines conclusions peuvent en être tirées. Le construit théorique est solide et la validité interne également. Il faut reconnaître qu'il faudra valider la théorie avec des situations similaires avant de pouvoir conclure à une valeur importante de la validité externe de cette recherche.

4.7 Considérations éthiques

Les considérations éthiques associées au projet, concernant principalement les notions de participation libre et éclairée des participants, individus et organisations ainsi que le respect de l'anonymat et de la confidentialité de l'information recueillie lors des entrevues, ont fait l'objet d'une attention soutenue tout au long de la recherche.

Il a fallu s'assurer de la volonté des directions générales de vouloir participer à la recherche. La réponse a été positive et enthousiaste. Les deux directeur généraux ont même accepté d'être interviewés. Les questionnaires ont été distribués par l'entremise de la direction générale et du bureau de la qualité. Les horaires des

entretiens ont été préparés en étroite collaboration avec les coordonnatrices d'agrément. Les questionnaires individuels ont été traités anonymement. Chaque personne qui a participé s'est vue expliquer les objets de la recherche et informée que la participation était libre et qu'il n'y avait aucune conséquence à ne pas remplir le questionnaire ou à refuser d'être interviewée.

Chapitre 5 RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'implantation du programme d'agrément au sein des deux organismes. L'analyse a été faite en fonction du modèle théorique d'analyse qui a été développé pour cette recherche; elle porte premièrement sur la *Health Authority of Anguilla* (HAA) et ensuite sur la *Ca' Foncella Ospedale di Treviso* (CFOT). Le modèle de présentation est le même pour les deux organismes. Dans un premier temps, nous nous intéresserons au changement organisationnel et à l'apprentissage organisationnel pour ensuite étudier le niveau de compliance aux normes du programme d'Agrément Canada. Chacune de ces dimensions est présentée en relation avec les niveaux d'analyse pertinents soit : 1) les individus; 2) les équipes d'agrément; 3) l'organisation.

Tel que nous l'avons souligné au chapitre 4, il est important de se rappeler que l'aspect temporel influe sur la présentation des résultats pour les trois niveaux d'analyse. En effet, comme les étapes du cycle d'agrément s'échelonnent dans le temps, les niveaux d'analyse pertinents ne sont pas tous impliqués au début de la démarche d'intégration du programme d'agrément. Pour uniformiser la présentation des résultats, les trois niveaux d'analyse sont néanmoins inscrits pour chacun des éléments. Toutefois, si le niveau d'analyse ne s'applique pas dans ce cas particulier, nous le mentionnons explicitement dans le texte.

Par ailleurs, la section sur le changement organisationnel se penche plus spécifiquement sur les résultats à partir des composantes sur la réussite tel que présenté à la figure 6, au Chapitre 3 « Modèle de changement organisationnel réussi adapté » de Pomey/Bridges/Lozeau et Denis. Le modèle comporte huit éléments :

1. Vision avec l'acquisition de nouveaux modèles, compréhension réflexive et nouvelle utopie
2. Compétences avec le leadership, les compétences en gestion de la qualité et des personnes ressources internes et externes
3. Incitatifs avec des fortes pressions internes/externes, la décentralisation du pouvoir vers les équipes et la valorisation constante des promoteurs
4. Ressources avec les capacités excédentaires des acteurs légitimes, l'espace discrétionnaire d'autonomie et les capacités cognitives rationnelles des acteurs
5. Plan d'action avec la visibilité de l'engagement de la direction, les stratégies de diffusion d'apprentissages et d'adhésion, la structure et l'échéancier
6. Transformations de nature : i) stratégique avec acquisition de management de la qualité; ii) organisationnelle avec structure, processus, acteurs et trajectoire/performance; iii) relationnelle entre l'organisation et son environnement
7. Résultat possible, changement organisationnel réussi
8. Transformation de l'organisation

Les composantes qui portent sur le résultat :1) transformation de nature i) stratégique avec acquisition de management de la qualité; ii) organisationnelle avec structure, processus, acteurs et trajectoire/performance; iii) relationnelle entre l'organisation et son environnement; 2) changement organisationnel réussi; 3) transformation de l'organisation, ont été regroupées pour faciliter la présentation des résultats et pour tenir compte de leur complémentarité opérationnelle.

Les résultats sur l'apprentissage organisationnel couvrent les dimensions du modèle théorique d'analyse associées à la création de la connaissance organisationnelle. On se souviendra que les étapes d'apprentissage de la méthodologie de la création des connaissances nouvelles de Nonaka sont jumelées avec des étapes du cycle d'agrément auxquelles il faut ajouter le type de bureaucratie et le type d'organisation.

Le modèle de Nonaka et le cycle d'agrément comportent respectivement six éléments auxquels il faut ajouter deux autres pour un total de huit :

1. Conditions facilitantes qui équivalent à se renseigner et décider d'adhérer au programme d'agrément
2. Accroissement des connaissances individuelles qui équivaut à se préparer
3. Partage des connaissances tacites qui équivaut à l'autoévaluation
4. Conceptualisation/Cristallisation qui équivaut à planifier et tenir la visite
5. Justification qui équivaut au rapport et au certificat d'agrément
6. Réseautage de la connaissance qui équivaut à apporter des améliorations et donner suite aux recommandations
7. Le type de bureaucratie : facilitant versus coercitif
8. Le type d'adhésion : volontaire versus obligatoire

L'ensemble des sources de données recueillies : 1) niveau de compliance; 2) documentation et observation; 3) questionnaire individuel; 4) entretien semi-structuré, sont utilisées dans la présentation des résultats. L'annexe V présente certaines données de façon plus détaillée selon leur source. Elle contient plusieurs tableaux et des explications auxquels il peut être utile de se référer. Pour simplifier la présentation de ce chapitre, l'utilisation de tableaux a été minimisée sauf pour le volet sur l'évolution du niveau de compliance.

Le niveau de compliance fait partie des unités d'analyse qui portent sur les équipes et l'organisation. Cette mesure ne s'applique pas aux individus. L'utilisation des sources de données provenant de la documentation ou d'observations est toujours spécifiée. Lorsque nous faisons référence au questionnaire individuel, nous présentons le pourcentage des répondants qui étaient dans cette catégorie.

Les données qui proviennent des entretiens semi-structurés sont présentées de deux façons, soit par des extraits (en italique) ou par deux chiffres entre parenthèses. Ces deux chiffres représentent successivement le nombre de personnes qui sont associées

aux thèmes et codes ainsi que la fréquence des segments qui ont été retenus lors des entretiens.

Les extraits des entretiens réalisés à la HAA sont en anglais. Ils n'ont pas été traduits afin d'en conserver l'authenticité. Ceux de la CFOT sont en français puisqu'il a fallu traduire les textes à partir de l'italien.

À la suite de la présentation des résultats pour la HAA et la CFOT, le chapitre conclut par une analyse transversale des deux cas. Cette analyse reprend le modèle expliqué précédemment et l'applique en fonction des composantes du changement et de l'apprentissage organisationnel pour en faire ressortir les points de convergence et de divergence.

5.1 Résultats de la Health Authority of Anguilla (HAA)

Le contexte général

La HAA a commencé à s'intéresser au programme d'Agrément Canada au début de l'année 2004. En juin de cette même année, la directrice du service de la recherche et du développement des produits d'Agrément Canada et le chercheur se sont rendus à Anguilla à l'invitation du directeur général de la HAA.

Les deux principaux objectifs de cette visite consistaient à évaluer : 1) la motivation et la capacité de la HAA à entreprendre et à réussir un programme d'agrément; 2) le degré d'applicabilité du programme d'Agrément Canada dans le contexte et l'environnement de la HAA.

À l'issue de cette rencontre exploratoire, le chercheur, à titre de représentant d'Agrément Canada, partageait, dans le cadre d'une présentation au conseil d'administration et à l'équipe de gestion de la HAA, certaines constatations à partir de notes de travail prises par sa collègue et lui-même. Ces notes résumaient leurs constatations initiales sur l'organisation:

« People realize that undertaking an accreditation process is an enormous challenge. However, the sense of motivation towards accreditation is very present. There is a certain understanding of accreditation and what it can bring to the organization. Even if the Canadian model is not something that people are familiar with, there is a broader knowledge of accreditation programs and the fact that it is a normative process based on established objective standards and criteria.

The level of leadership has been demonstrated over and over again as a critical essential and strategic key factor of success for any organization seeking accreditation. Clearly leadership is present at the highest level of the organization, starting at the Board of Directors and the CEO who are committing resources towards this accreditation process.

In January, a major restructuring of the health system delivery has been initiated. This has provided a new framework for governance and accountability. One could argue that this important change will result in additional complexity in pursuing accreditation status. After hearing participants to the focus groups, we come to the conclusion that this complexity and the changes that are happening as a result, have the potential of being a very positive factor. People seem to believe in this reform. They seem convinced that things are heading in the right direction. Fundamentally they believe in their leaders and in their ability to carry the changes and to improve the quality of the services that are provided to this community. In this sense, we have been convinced that the level of confidence is a positive contributing factor for success in undertaking accreditation.

The strategic plan and directions of the Ministry of Health provides the anchor needed for this accreditation quest. Attention is being paid to quality improvement and there will be a need to focus on risk management and people safety. Participants in focus groups have identified that they want to establish structures and policies. We can only encourage this. It is critical to your success and an integral part of quality.

Other areas to focus on that could be mentioned at this stage in relation to your preparation are patients' rights, patient satisfaction, patients' records, care plans, ethical framework, complaints process and a measurement framework. »

En somme, il s'agissait d'un organisme nouvellement constitué à partir du regroupement de l'ensemble des établissements de santé existant. La direction et la gouvernance démontraient un enthousiasme certain envers l'agrément. Par contre, le cheminement à faire pour répondre aux normes et exigences du programme d'Agrément Canada promettait d'être ardu.

Cycle d'agrément et période de cueillette des données

L'étude de cas de la HAA s'est déroulée sur une période d'environ 30 mois en commençant par la première visite sur les lieux pour évaluer l'applicabilité du programme d'Agrément Canada à cet organisme. Elle s'est terminée par une visite régulière d'agrément en décembre 2006.

Le cycle du programme d'Agrément Canada prévoit une période de trois ans entre le début de la phase « Se préparer » jusqu'à la fin de la phase « Apporter des améliorations ». La HAA aurait normalement dû recevoir une visite régulière d'agrément environ 18 mois après avoir intégré le programme.

Le scénario de l'intégration du programme s'est déroulé différemment. La HAA a consacré presque un an à la phase « Se renseigner » (janvier 2004 - décembre 2004). Puis l'organisation a entrepris la phase « Se préparer » (janvier - février 2005). Entre février 2005 et juin 2005, la HAA a entrepris la phase « Effectuer l'autoévaluation ». Comme cette phase progressait beaucoup plus lentement que prévu, les responsables de la HAA ont demandé à Agrément Canada de venir évaluer la situation (T = 0). Constatant le peu de progrès réalisé, Agrément Canada a suggéré de reporter la visite régulière prévue en décembre 2005 à décembre 2006. Toutefois, la visite de décembre 2005 (T = 1) a été maintenue, mais comme une visite de simulation qui servirait de session de formation préparatoire à la visite régulière de décembre 2006 (T = 2).

Lors des visites de juin 2004 et de décembre 2005, la HAA a reçu des rapports d'évaluation qui contenaient des recommandations spécifiques basées sur la conformité aux normes d'agrément et une évaluation sur les progrès accomplis. En conséquence, si nous acceptons de substituer, à la visite régulière prévue pour décembre 2005, la visite de simulation éducative qui a eu lieu à la même date, la HAA a fait, entre juin 2004 et décembre 2006, deux cycles compressés, mais néanmoins complets d'agrément tels que définis par Agrément Canada. Le premier de ces cycles s'est déroulé entre l'intégration du programme d'agrément en janvier

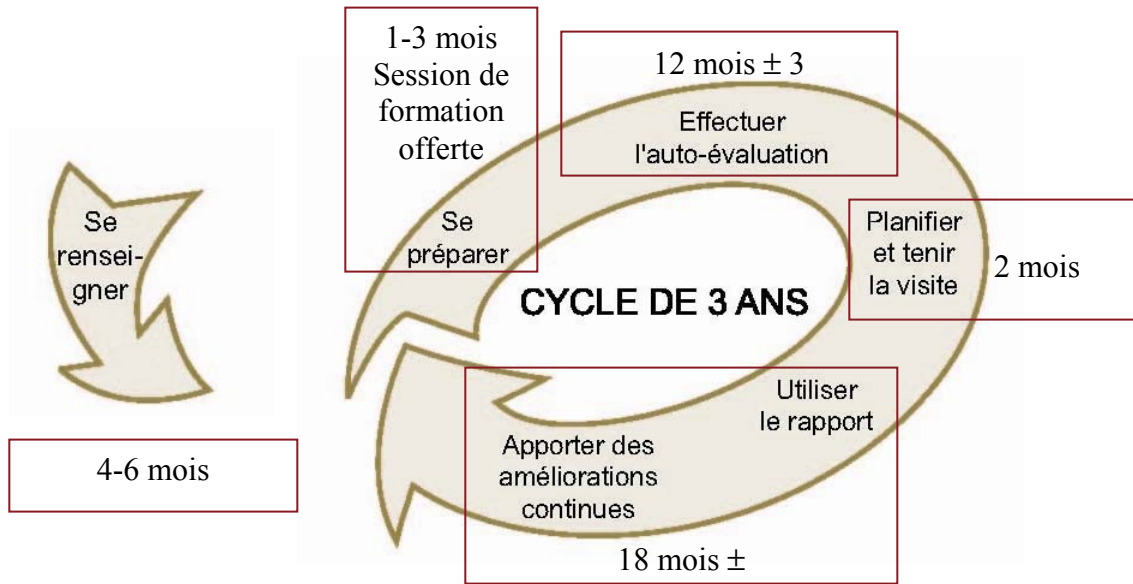
2005 et la visite de simulation tenue en décembre 2005. Le deuxième cycle a commencé avec la fin de la visite de simulation en décembre 2005 et la visite régulière en décembre 2006. Les figures 9A et 9B présentent respectivement le cycle régulier d'Agrément Canada et le cycle suivi par la HAA. L'étape de l'autoévaluation a pu être complétée à trois reprises et la HAA a bénéficié de trois rapports d'évaluation. Le premier a été rédigé à la suite de la visite initiale de juin 2004 avant même d'intégrer le programme. Le deuxième, en juin 2005, a été préparé par suite des inquiétudes manifestées par les dirigeants de la HAA. Enfin, le troisième rapport était celui de décembre 2005, soit une année complète avant la visite régulière d'agrément.

La première mesure du niveau de compliance $T = 0$ a été effectuée quelques mois après le début de l'autoévaluation. La mesure est considérée comme une mesure de base, car à cette époque les équipes commençaient à peine à se mobiliser et, bien que l'autoévaluation était en cours, aucune mesure d'amélioration n'avait été implantée dans l'organisation. La mesure $T = 1$ a été prise lors de la visite de simulation en décembre 2005 et la mesure $T = 2$ lors de la visite régulière en décembre 2006.

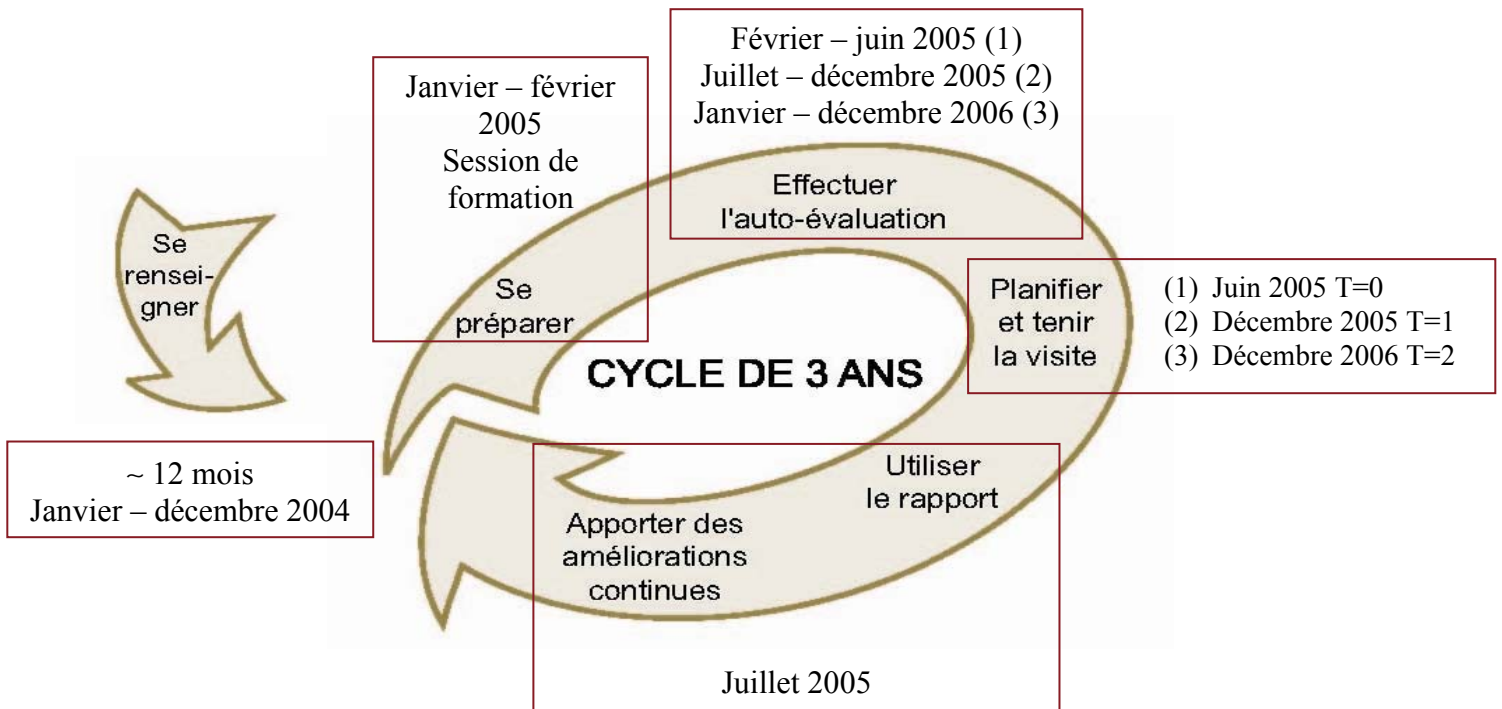
Figure 9

Cycle d'Agrément Canada et cycle suivi par la HAA

Cycle d'Agrément Canada (A)



Cycle suivi par la HAA (B)



5.1.1 Changement et apprentissage organisationnel

5.1.1.1 Composantes de la réussite d'un changement

5.1.1.1.1 Vision : acquisition de nouveaux modèles, compréhension réflexive et nouvelle utopie

Individus

Le conseil d'administration et la direction ont réussi à convaincre les intervenants de s'engager dans la démarche d'intégration du programme d'agrément. Lorsque questionnés sur la raison principale pour laquelle la HAA a décidé de participer à l'agrément, 94 % des répondants étaient d'avis que c'était pour améliorer la qualité des services. La très forte majorité (92 %) était favorable à l'intégration du programme et 89 % percevaient l'agrément comme un moyen d'améliorer la qualité.

À la question si la direction avait une vision claire sur l'amélioration de la qualité des services à travers l'agrément, seulement 8 % ont répondu par la négative. Même les moins concernés y voyaient des avantages:

« I think that they thought that the services provided were not at the standard that they expected. I guess that they really needed for a true form to begin with, so they should at least provide better services. And accreditation would have assisted us you know in that direction of developing and implementing policies, procedures. »

L'acquisition d'un nouveau modèle est favorisée par une capacité réflexive des acteurs, c'est-à-dire une capacité de prendre du recul sur les événements antérieurs et sur le fonctionnement actuel (Pomey 2002). Or, dans une proportion de 95 %, les membres des équipes d'agrément avaient envisagé que l'agrément pourrait être une source de changement pour l'organisation et 87 % en avaient discuté avec d'autres collègues.

Équipes d'agrément

Les équipes n'étaient pas encore formées à cette étape de l'intégration du programme d'agrément ce niveau d'analyse ne s'applique pas ici.

Organisation

La HAA a fait appel au programme d'agrément peu de temps après sa création. À peine quelques mois après sa mise en place, le nouveau conseil d'administration communiquait à la communauté :

« The Health Authority of Anguilla is in the process of seeking accreditation for the provision of health services on the island. Dr. Fleming-Banks: The fact that we are here at this time with real bodies from the Canadian Council of Health means that this is all about serious business as we continue to move toward our goals. » (The Anguillan, 2004)

Le conseil d'administration a pris son rôle au sérieux. Il s'est engagé et a clarifié sa position rapidement. Il a établi l'orientation et la vision pour les intervenants et le milieu. L'intégration du programme d'agrément allait servir à mettre en place cette nouvelle entité et à améliorer la qualité des services :

« The vision was that it was going to support the overall vision for healthcare to be full strength of healthcare through dedication to excellence. The accreditation process by itself allows us to do things with excellence. The excellence is, indeed, part of quality. So certainly by pursuing a process of that kind, which sets the bar at a level of excellence in keeping with resources you have. »

Comme la HAA était une nouvelle organisation créée à partir d'organismes préexistants, il était important d'établir un lien de confiance et de bâtir la crédibilité de l'organisation. L'agrément devenait la voie de passage vers un nouveau modèle de service pour la communauté :

« They wanted to increase the confidence in their healthcare system, because a lot of the people are going off island for healthcare, and also the increase in the tourism, the high end tourism that they have. »

5.1.1.1.2 Compétences : leadership, compétences en gestion de la qualité et personnes-ressources internes et externes

Individus

Sur le plan des compétences, des défis importants ont dû être surmontés car seulement 27 % des répondants percevaient un niveau élevé de compétence au moment de l'adhésion au programme. Pour ce qui est des connaissances au sein de l'établissement au moment de se joindre au programme, les personnes étaient d'avis (7,7) qu'elles étaient insuffisantes.

« No, there was not enough sufficient knowledge because there were a number of people, who knew nothing of accreditation, and as a result, within the first couple of months, it was very difficult, because staff at the service level we tried to bring them in at different meetings, introduce them to what it was, but for a time, they continued feeling that, "Oh it was their thing." »

Cinq personnes (5,5) ont indiqué qu'elles avaient peu ou pas de connaissance sur l'agrément. Ici, le leadership a pris toute son importance, car 81 % des répondants étaient d'avis que la direction avait su mobiliser les employés autour du processus d'agrément. La direction générale et l'équipe de gestion ont pris le projet en main et ont généré l'énergie pour le mener à terme. Les intervenants se sentaient appuyés:

« But I guess management thought it was right, because they were new, and they were already in the process of making some changes, so I guess let's go and take the bull by the horns and just do it. »

L'expertise externe et la formation ont été perçues comme un outil précieux pouvant compenser ce manque de connaissance et d'expertise interne.

« No, definitely not. They knew pretty well nothing about it. That's why CCHSA had them here on a study tour, in the fall of 2004, to give them a sense of what it really was, and we did the education, which the basic 2 ½ day the taking root, which we call Taking Root. So that was the basic education to start from scratch, but even after that, there was not a realization of what they were getting into. »

Équipes d'agrément

Les choses se sont légèrement améliorées avec le temps et cela grâce à la formation reçue. À la question si les personnes responsables étaient bien préparées, 49 % des répondants ont répondu par l'affirmative. Par contre au niveau des équipes, la perception a changé de façon dramatique puisque 73 % des répondants pensaient que les membres étaient bien préparés pour accomplir les tâches liées à la démarche d'agrément.

Organisation

La HAA a dû surmonter des défis importants, les compétences étant limitées en matière d'agrément et l'expérience quasi inexistante au moment de l'adhésion au programme. Cette lacune a été compensée en partie par l'engagement et le leadership des gens en place et par le soutien externe que pouvait offrir Agrément Canada.

Le directeur général et le conseil d'administration (6,6) ont été identifiés comme les plus grands partisans de cette décision. Parmi les conditions qui ont facilité l'intégration de la démarche, le facteur le plus cité était le soutien de la direction de l'établissement (6,7), suivi par le fait que la HAA était une nouvelle organisation :

« Well first of all, the CEO was a very hard driven person, and he initiated it, and the Board was very receptive as well. So those two factors together pushed the thing forward. »

5.1.1.1.3 Incitatifs : fortes pressions internes/externes, décentralisation du pouvoir vers les équipes et valorisation soutenue des promoteurs

Individus

Une proportion importante des répondants était d'avis que le moment n'était pas nécessairement le meilleur (32 %) pour entreprendre la démarche. Ceux qui étaient en faveur étaient à peine majoritaires (54 %). De plus, seulement 19 % pensaient que des incitatifs avaient été mis en place pour encourager les efforts des personnes impliquées dans l'agrément. Par contre 90 % ont participé régulièrement aux activités de formation sur les étapes de l'accréditation. Il y a eu des efforts de reconnaissance quoique certains sont demeurés déçus, surtout après la visite de

décembre 2005 qui, on s'en souviendra, n'a pas été considérée comme une visite pouvant mener à un statut d'agrément.

« I think well to me externally (recognition) is not so important, but internally is really crucial, and I think, because I've been given some feedback from our awards and recognition ceremony, and I feel that each department within the organization should have received some sort of certificate recognizing their participation, because the feedback I've received is that some people feel bad because either they as individuals of their department was not mentioned, that that means that they're unimportant, which I don't see it as that way. »

Chez les intervenants, certains étaient satisfaits et d'autres déçus de la reconnaissance qui leur a été accordée par la direction. Cependant, le projet a été valorisé à l'externe lors d'événements régionaux pour l'ensemble des îles des Caraïbes (2,3).

Équipes d'agrément

La communauté a remarqué les progrès accomplis par la HAA. Par ricochet, ceci a rejailli sur le personnel et est devenu une source de reconnaissance explicite très forte. La stratégie de communication externe a apporté des bénéfices qui allaient au-delà de la communauté :

« Yes, yes, people would make certain comments. They would make comments about the physical signs. They would make comments about probably changes in the schedule, introduction of certain services. So yes it was, you know people would make the comment that some ... something was happening. »

Organisation

La HAA, parce qu'elle était une organisation récemment mise sur pied, subissait de très fortes pressions de l'externe. Le ministère de la Santé, qui gérait auparavant directement les services, en était la principale source. En juillet 2003, le ministre en chef d'Anguilla signait la préface du plan stratégique pour les services de santé. Il venait de confier la gestion du système de santé à la HAA et avait des attentes élevées :

« There is no more important mandate any government has than the provision of appropriate and efficient health services to the people of a country. The Government of Anguilla has embarked on an ambitious reform that is

designed to meet the needs and expectations of all people who live in Anguilla. » (Investing in Health for the Future of Anguilla, 2003b)

Il est fort probable que cette pression externe aurait été suffisante pour que pour le conseil d'administration intègre le programme d'agrément pourvu que cette initiative soit perçue comme pouvant appuyer les efforts de transformation et de mise en place de la HAA.

La stratégie de communication a aussi engendré des pressions. Les médias locaux ont suivi la progression de la HAA dans sa démarche d'agrément. Le conseil d'administration et le directeur général se sont assurés de bien communiquer avec les médias pour tenir la population informée sur le déroulement du projet :

« Oh yeah, externally they have, with the media, they have a fabulous relationship. The media is there all the time. They just have to call them, and the media will appear. I mean they were there, if you remember, I sent you an article after our visit in July. The media came to interview the board chair, the CEO, and myself following our interim survey in July. So they have a very good relationship with the media. »

5.1.1.1.4 Ressources : capacités excédentaires des acteurs légitimes, espaces discrétionnaires d'autonomie et capacités cognitives rationnelles des acteurs

Individus

Sur le plan individuel, 54 % des répondants étaient d'avis que les ressources étaient insuffisantes :

« Well they have lack of financial resources for one thing, and also lack of human resources, so doing the process was very difficult. »

Équipes d'agrément

Les équipes de l'agrément ont dû se rencontrer à plusieurs reprises pour comprendre et travailler sur les normes. Certaines personnes y ont consacré des ressources personnelles, par exemple ce médecin canadien qui exerce en clinique privée et qui, par choix, n'a pas de privilège d'exercice auprès de la HAA. Elle a assisté

bénévolement aux nombreuses rencontres hebdomadaires de l'équipe qu'elle dirigeait. Pour encourager les membres de son équipe à aussi contribuer bénévolement de leur temps, elle organisait les rencontres à son domicile le soir à l'occasion desquelles elle recevait l'équipe à souper :

« What resources, well it was mainly human resources. We were committed. Those who were involved were committed. We didn't really need the financial resources for implementation of new services. Yeah so we had that, and government stood as much as they could, and provided what they could afford to provide, because you needed more, but you know resources are limited, financial resources are limited. »

Organisation

Il est important, sur le plan des ressources, que l'organisation ait les capacités nécessaires pour se concentrer sur le programme. Bien entendu, il lui faut soutenir les coûts directs et indirects, mais, au-delà de cet incontournable, elle doit aussi être capable d'assumer la charge de travail excédentaire qu'imposent les exigences du programme.

La HAA a consciemment entrepris la démarche et a assumé les coûts et consenti les ressources qu'elle exigeait. Il est clair que cela a nécessité une réflexion sérieuse en regard de la valeur ajoutée que l'agrément peut procurer. Elle a fait le choix de l'assumer:

« So we have to see this now as an investment in not only sustaining the systems we put in, but our investment in improving the care of the population of Anguilla we belong to. So cost was one of those prohibitive factors. »

Les ressources consacrées à la démarche étaient toutefois très limitées compte tenu de la situation économique d'Anguilla qui n'est pas un pays riche. Il faut donc apprécier ce contexte particulier. Les équipes se sont rencontrées à l'extérieur de leur horaire régulier de travail et n'ont pas bénéficié de rémunération additionnelle pour ce faire. Le conseil d'administration et la direction générale ont même invité des personnes de l'externe à siéger sur les équipes d'agrément. Le temps, l'effort et l'engagement étaient certes au rendez-vous.

Toutefois, il ne fait aucun doute que le manque de ressources a été source d'une certaine anxiété. La spécialiste de l'agrément d'Agreement Canada a dû insister pour que la direction de la HAA embauche une personne pour s'occuper de dossier. La personne choisie avait des connaissances limitées dans le domaine de la qualité et de l'agrément. Plusieurs mois ont passé avant qu'une coordonnatrice de l'agrément soit embauchée pour coordonner la démarche.

5.1.1.1.5 Plan d'action : visibilité de l'engagement de la direction, stratégies de diffusion d'apprentissages et d'adhésion, structure et échéancier

Individus

Seulement 11 % des répondants au questionnaire individuel étaient d'avis qu'il n'y avait pas de plan d'action pour la démarche d'agrément et 76 % étaient d'avis contraire. La même proportion (76 %), a affirmé que la démarche a impliqué l'ensemble des employés de leur service.

Équipes d'agrément

Les équipes ne se sont pas dotées de plans d'action individualisés. Elles se sont greffées à la planification générale. Toutefois la plupart des équipes ont réussi à se fixer des objectifs à atteindre entre les rencontres. Après l'arrivée en fonction de la coordonnatrice de l'agrément, les réunions d'équipe ont fait l'objet de comptes-rendus dans lesquels on consignait les décisions et les responsabilités. Selon certains, le soutien de la coordonnatrice a été essentiel pour en arriver à ce niveau de fonctionnement.

Organisation

L'établissement s'était initialement doté d'un plan d'action. Par contre, ce plan était trop ambitieux et l'échéancier général a dû être revu. La visite d'agrément prévue pour décembre 2005 a été reportée de 12 mois par suite d'une évaluation de la situation en juillet 2005. La visite tenue en décembre 2005 n'a pas fait l'objet d'une

décision d'agrément. Certaines personnes ont déploré cette situation qui a eu un effet démobilisant :

« Well the length of time that it has taken them, and the discouragement, you know having to sort of not get your accreditation when you thought you would, which was going to be 18 months after the initial contact with CCHSA. So it didn't happen, and that was very discouraging, and they lost a bit of momentum, because of the volume of things that they had to address. It was daunting, but I think they've come back stronger through that disappointment. So that was the biggest thing. I think they thought they couldn't do it, but it's still coming around. »

Parallèlement, les gens ont compris la situation et les ajustements qui devaient être faits. Les échéanciers n'étaient pas nécessairement réalistes au départ, étant donné l'importance des tâches à accomplir et les capacités de l'organisation :

« I think, well we had wanted to be ready for the accreditation exercise last December. And we weren't. So I think that was certainly a big disappointment, but the decision that we took was the best, but that's probably the biggest disappointment. I'd say the other various disappointments along the way have been that you know you sort of set deadlines to get certain things in place, and you don't always meet those deadlines. Or that you think that you have a policy or procedure in place, and then it doesn't quite trickle down to those on the ground implementing it. But I mean that last point is not, you could do something about that. So that's not a terrible disappointment. I think it's more of a frustration. »

Le plan d'action original a été révisé pour tenir compte des progrès. Le nouveau plan d'action, avec une échéance de décembre 2006, s'est avéré plus réaliste.

5.1.1.1.6 Transformation : i) stratégique avec acquisition d'un management de qualité, ii) organisationnelle avec structure, processus, acteurs et trajectoire/performance et iii) relationnelle entre l'organisation et son environnement, changement organisationnel réussi et transformation de l'organisation

Individus

L'agrément, de l'avis des répondants, a permis de développer de meilleures communications (76 %) et a par ailleurs suscité le développement personnel, l'estime de soi et l'amour propre (84 %). De plus, 78 % des répondants considéraient avoir

acquis des connaissances sur le plan de l'approche axée sur le client et 92 % en gestion des risques.

Équipes d'agrément

Le travail d'équipe est ressorti comme une des transformations dont la HAA a bénéficié grâce à sa participation au programme :

« Yes, we have all heads of departments meetings. The internal communication is better. We have the general staff meetings. So that forces us to report to them. The quarterly reviews that we have, apart from them being assessing performance, which has brought a greater amount of organization synergy, which is left hand knows what the right hand is doing. Every department knows how they contribute towards our strategic direction, and by extension how they, some of the pieces make the greater whole. »

Entre autres, l'équipe « Leadership et partenariat » a institué des rencontres communautaires, des sondages de satisfaction auprès de la clientèle, un cadre de référence pour les questions d'éthique, une structure pour la gestion des risques de même que des politiques et procédures sur les événements sentinelles, les accidents et incidents.

Organisation

Sur le plan stratégique, l'intégration au programme a permis, de l'avis des répondants, de développer des valeurs partagées par l'ensemble des participants (94 %), les équipes ont été capables de mieux évaluer la qualité des services offerts aux patients (100 %) et l'agrément a permis d'acquérir plus de ressources (90 %).

L'intégration est devenue le véhicule qui a permis de réaliser cette transformation stratégique :

1)
« The key is culture change. Health reform as a definition essentially is more a culture change, and a series that you read about culture change, it is really breaking the old culture by establishing a new strategic direction, built on new values. It can't inherit any old values. You've got to break the old system as almost unfreeze, change, and then refreeze. That accreditation process is a piece in the middle that is doing the change. The accreditation process is what is making that happen. »

2)

« And the strategic objectives, I believe, have in my personal opinion; have developed specifically from the process of accreditation. Because really, we want to have good healthcare, but if you have no idea what that really means. »

Concrètement, pour la HAA, cela s'est traduit par l'établissement d'une structure pour évaluer la gestion des risques, la tenue de rencontres trimestrielles pour évaluer les résultats d'indicateurs de rendement, l'encadrement du processus du renouvellement des privilèges des médecins, des réaménagements importants du service de la pharmacie et plusieurs autres changements qui sont notés dans le rapport d'agrément.

Sur le plan de la transformation des relations, les répondants étaient d'avis que l'intégration du programme a contribué à développer le travail en réseau avec les partenaires du système de santé (95 %), a créé un climat harmonieux dans l'établissement (90 %) et a permis d'avoir plus d'autonomie dans le travail (86 %).

1)

« As I said before, the culture there was very top down, and this process has forced more of a bottom up approach for them to really look at what they're doing, and the quality of what they're doing. And at first people were reluctant to, they didn't even think that they had an option to have an opinion. »

2)

« Yes, because out of that we have been having regular community meetings. We have been having community meetings. We have been having community partners speaking. We have meetings at the head district level at least once per quarter to get our feedback from the users of the system. »

En matière de transformation de l'organisation, l'intégration de l'agrément a permis une meilleure utilisation des ressources (87 %) et de mieux répondre aux attentes de la population (94 %) :

1)

« Absolutely, there is no question, there's no question it improved the quality of services immeasurably. »

2)

« Yes I think so. I think the focus on risk management, the focus on you know the quality assurance, you know all those elements, you know it would reinforce you know what should be there. And it just, like I said it helped to take us to where we wanted to go. It was a very efficient vehicle. »

Les évidences sur le changement organisationnel proviennent de plusieurs sources de données. Elles se valident entre elles et démontrent que l'intégration du programme d'agrément à la HAA a eu pour effet d'amener un changement organisationnel. Le changement s'est produit sur une période plus longue que celle exigée par le programme d'agrément puisque la visite régulière a dû être reportée d'une année complète. Les changements se sont opérés sur le plan des transformations stratégiques et sur ceux de l'organisation et des relations.

Conclusion

Les résultats pour le niveau d'analyse « individus » démontrent que les professionnels et autres employés de la HAA n'ont pas été directement impliqués dans la décision d'intégrer le programme d'agrément mais qu'ils s'y sont ralliés rapidement. Il y avait en effet consensus sur les motifs qui ont amené l'établissement à s'engager dans cette démarche de même que sur le fait que le programme d'agrément était un excellent moyen d'améliorer la qualité des services et une source positive de changement.

Par ailleurs, ces mêmes personnes se sentaient mal préparées pour relever ce défi et considéraient que l'établissement n'avait généralement pas les compétences et les ressources requises. Par contre elles étaient d'avis que la motivation était suffisamment forte pour compenser ces lacunes. Elles considéraient de plus que l'intégration du programme d'agrément a engendré de meilleures communications et amélioré leur estime de soi.

Les résultats pour le niveau d'analyse « équipes » démontrent que les séances de formation ont beaucoup facilité la compréhension du programme d'agrément et ses exigences normatives. Motivées, les équipes se sont beaucoup investies dans la démarche. Mais, malgré cet engagement, elles se sont senties mal appuyées et ce, jusqu'à ce que la HAA engage une coordonnatrice de l'agrément.

Par ailleurs, le travail de chacune des équipes a commencé à avoir des répercussions transversales (c.-à-d. sur les autres équipes d'agrément). Des changements importants ont été initiés dont plusieurs visaient à mettre en place des systèmes et pratiques de gestion transversale. Ainsi, plusieurs politiques et procédures portant sur l'encadrement des pratiques de soins, sur l'éthique et sur la sécurité des patients ont été développées. Enfin, les équipes ont été encouragées dans leurs initiatives de changement grâce au fait que la communauté a constaté ouvertement les améliorations apportées.

Les résultats pour le niveau d'analyse « organisation » démontrent qu'il y a eu quelques ratés dans le cas de certaines composantes du modèle d'analyse, particulièrement pour ce qui est des compétences et pour ce qui est de l'élaboration du premier plan d'action qui comportait un échéancier trop ambitieux pour les capacités de la HAA.

Par contre, le conseil d'administration et le directeur général ont su communiquer une vision claire et faire preuve d'un leadership soutenu qui ont contribué à soutenir le processus. Des pressions externes importantes et une la volonté de reconnaissance par la communauté ont influencé la décision de la HAA de participer au programme d'agrément. Malgré des ressources limitées, l'engagement et la motivation ont été des facteurs qui ont compensé ces éléments plus faibles. Il a fallu reporter de 12 mois la visite officielle et se donner ainsi plus de temps pour mieux se préparer.

Les résultats obtenus à partir du modèle d'analyse sur le changement organisationnel démontrent que les conditions favorables pour la réussite d'un changement étaient en place au sein de la HAA. Il y a eu une transformation progressive de cet organisme sur

le plan stratégique, organisationnel et sur le plan des relations entre les individus au sein de l'établissement et, entre celui-ci et son environnement.

5.1.1.2 Composantes du processus d'apprentissage

5.1.1.2.1 Conditions facilitantes : se renseigner et décider d'adhérer au programme d'agrément

Individus

Comme nous en avons fait état dans la section sur le changement organisationnel, les conditions facilitantes étaient en place lors de l'intégration du programme d'agrément. Les gens ne se sentaient pas menacés et considéraient l'agrément comme un moyen d'améliorer les services à la population. Le faible niveau de connaissances sur les programmes d'agrément (59 %) a même été un incitatif d'apprentissage :

« I think a strong interest to expand my expertise and skills, and learn more about the healthcare field, but then mostly because my father had been in the area of Dentistry, and so I wanted to expand more into general healthcare. »

La démarche a été menée principalement par le conseil d'administration et le directeur général. Il n'y a pas vraiment eu d'apprentissage significatif chez les individus à cette étape.

Équipes d'agrément

Les équipes n'étaient pas encore formées à cette étape d'intégration du programme d'agrément ce niveau d'analyse ne s'applique pas ici.

Organisation

Avant d'entreprendre la démarche, il y a eu des discussions au plus haut niveau de l'organisation au sujet de l'approche et des moyens pour appuyer la recherche d'acquisition de connaissance :

« Oh, I did the research. I submitted it to the Board, and Chairman they said: “That’s wonderful”. The board looked at it, and they felt that it was a developmental objective that we should pursue, and want to pursue, and they asked me then to engage Council in a formal application, which culminated in a visit being made here, and moving the process forward. »

On pourrait considérer que cette démarche du directeur général et de la présidente du conseil d’administration comme la premier geste qui a engagé l’organisation dans un processus d’apprentissage organisationnel.

5.1.1.2.2 Accroissement des connaissances individuelles : se préparer

Individus

La phase de préparation a été jugée comme la troisième en importance (10 %) par les répondants au questionnaire individuel. Dans le cadre de la démarche de la phase préparatoire, des sessions de formation sur le programme d’agrément ont été offertes à peu près au même moment que les équipes d’agrément étaient mises sur pied. Il y eut un fort taux de participation (90 %). Les séances de formation ont été l’occasion d’acquérir de nouvelles connaissances (95 %) selon les résultats du questionnaire individuel. Mais, de l’avis de la spécialiste en agrément d’Agrément Canada, il restait encore beaucoup de chemin à parcourir :

« We did the education, with the basic 2 ½ day the session, which we call Taking Root. So that was the basic education to start from scratch, but even after that, there was not a realization of what they were getting into. »

Équipes d’agrément

Les équipes n’étaient pas encore formées à cette étape d’intégration du programme d’agrément ce niveau d’analyse ne s’applique pas ici.

Organisation

Ce niveau d’analyse n’est pas pertinent pour cette composante.

5.1.1.2.3 Partage des connaissances tacites : autoévaluation

Individus

Selon le modèle du processus de création de la connaissance, l'autoévaluation correspond à la phase de partage de connaissances tacites. Parmi les six phases de cycle d'agrément, l'autoévaluation est celle qui est identifiée comme la plus utile. Elle dépasse les résultats cumulés des cinq autres phases avec 57 %. Le travail d'équipes a été enrichissant (97 %). Toutes les questions sur la valeur de la phase d'autoévaluation ont généré des réponses très favorables.

Il y a eu des apprentissages significatifs à cette étape du processus d'agrément. Les membres des équipes ont dû travailler ensemble pour décoder les normes et les critères et bien comprendre les exigences du programme. Pour y arriver, les équipes ont eu cependant à développer une compréhension du cadre conceptuel du programme d'Agrément Canada c'est-à-dire les dimensions de la qualité et les descripteurs. Les répondants ont soutenu dans une proportion de 94 % que ce cadre conceptuel les a aidés à mieux comprendre et que les normes leur ont servi d'ancrage pour identifier les lacunes (100 %).

Équipes d'agrément

Les répondants ont affirmé que le travail d'équipe, particulièrement intensif lors de l'autoévaluation, a encouragé des discussions ouvertes sur la qualité des services (95 %). Le processus d'autoévaluation a entraîné des changements pour les lacunes identifiées (100 %). Les gens ont participé activement (94 %) et les équipes ont élaboré des plans d'amélioration dans leurs secteurs respectifs d'activité (94 %).

Au-delà de ces éléments, l'atmosphère était propice à l'apprentissage puisque les gens se sont engagés dans le processus et ont exprimé leurs idées (97 %) :

1)

« A greater sense of teaming, which allowed us to identify the gaps, areas of improvement, fundamental weaknesses in our policy and policy development, and in procedures. »

2)

« Yes, because the acquisition of knowledge there would be allowing us to identify what we didn't currently have, or what was expected of us in terms of the broad body of knowledge following the accreditation. »

Organisation

Le travail des équipes d'agrément au cours de la phase d'autoévaluation a commencé à déborder sur des interactions avec les autres équipes. À la question si les idées des équipes avaient été partagées avec d'autres équipes, 97 % ont répondu par l'affirmative :

« At the team level, yes, because they would have learned what existed in practice on that day, within teams, but across teams as well, because they started talking across teams, because they had to cross reference you know what was happening in the other teams. »

À cette étape, la connaissance du programme devient essentielle, car il faut la mettre en application. L'exercice de groupe devient concret et la participation est essentielle. De plus comme certaines normes et certains critères ont des impacts sur l'ensemble des services de l'organisation, les échanges inter-équipes sont incontournables pour réaliser le travail requis.

Cette étape a permis de générer des actions concrètes dans la HAA sur le plan de l'organisation des services. La connaissance pour le faire découle directement de la phase précédente. Les connaissances sont partagées de façon transversale au sein des services et ensuite d'un service à un autre.

5.1.1.2.4 Conceptualisation/Cristallisation : planifier et tenir la visite

Individus

L'étape de la conceptualisation/cristallisation dans le programme d'agrément correspond à la période qui va de l'acheminement de l'autoévaluation aux visiteurs

d'Agrément Canada pour qu'ils en prennent connaissance et se préparent, jusqu'après la visite d'agrément. C'est à cette étape que les apprentissages devraient commencer à se concrétiser dans les services et avoir des répercussions plus larges au sein de l'organisation. Il n'y a donc rien de particulier à signaler au sujet des individus à cette étape en matière d'apprentissage si ce n'est que les répondants ont rapporté que l'interaction avec les visiteurs avait été formative (87 %).

Équipes d'agrément

L'apprentissage a donné des résultats. Des modifications ont été apportées dans les services. Les équipes ont réfléchi à des objectifs (84 %) de travail. Cette réflexion a porté sur la continuité des soins avec d'autres services (92 %). Des procédures de prise en charge commune à plusieurs services ont été mises en place (84 %).

Organisation

De l'avis des répondants, l'arrivée des visiteurs a permis de prendre conscience de l'importance du processus d'agrément (100 %), s'est avérée une expérience positive (95 %) et a permis de renforcer les liens avec la communauté (92 %) et les patients (89 %). Ce sont tous des stimuli qui permettent de cristalliser les apprentissages et de consolider les acquis.

L'organisme a intégré de nouvelles connaissances (95 %). Celles-ci ont permis d'améliorer la qualité des services (97 %). La HAA se considère mieux préparée à faire face aux changements à venir (100 %).

5.1.1.2.5 Justification : rapport et certificat d'agrément

Individus

Étant donné le cheminement difficile de la HAA dans le cadre de la démarche d'agrément, il n'y a pas eu de remise de certificat pendant la période de l'étude de cas car la visite d'agrément a dû être reportée. Les individus étaient déçus de n'avoir

pu respecter l'échéancier initial. Il y a plus de détails dans la section suivante sur les équipes d'agrément.

Équipes d'agrément

La visite officielle a été reportée d'une année complète. On se souviendra qu'à la demande de la HAA, la visite de décembre 2005 n'a pas fait l'objet d'une décision d'agrément. Elle fut considérée comme une visite de préparation. Selon Agrément Canada, cette visite a plutôt été une visite de simulation pendant laquelle toutes les équipes d'agrément ont été rencontrées et évaluées. Le rapport qui a été produit contenait des recommandations. Ceci a démotivé, du moins momentanément, les équipes d'agrément :

« From their perspective, well the length of time that it has taken them, and the discouraging, you know having to sort of not get your accreditation when you thought you would, which was going to be 18 months after the initial contact with CCHSA. So it didn't happen, and that was very discouraging, and they lost a bit of momentum, because of the volume of things that they had to address. It was daunting, but I think they've come back stronger through that disappointment. »

Les équipes semblaient plutôt en phase de questionnement face au défi que représentait la mise en place des recommandations émises dans le rapport de la visite de simulation.

Organisation

Bien qu'il y ait eu deux rapports dans le cas de la HAA, un seul doit être considéré dans cette discussion puisque les données recueillies se terminent avec la visite de décembre 2006 et que le rapport de cette visite a été émis au début de 2007. Donc, les observations suivantes sont basées sur le rapport qui a suivi la visite de simulation.

Le rapport 2005 contenait des recommandations et elles ont été partagées avec tous les membres des équipes (97 %) afin qu'ils puissent se préparer pour la visite éventuelle de décembre 2006. Le partage du rapport, et surtout des

recommandations, est important car cela signifie que les résultats sont connus de tous les membres de l'organisation et qu'ils en sont imputables. Le rendement est connu. Il reste à réagir et à utiliser la connaissance acquise pour apporter les correctifs nécessaires.

Il est intéressant de constater que l'organisation, malgré les nombreuses recommandations contenues dans le rapport de décembre 2005, considère que la visite et le rapport comme une expérience plutôt réussie. Malgré ce revers temporaire, la HAA avait l'impression de faire des progrès.

5.1.1.2.6 Réseautage de la connaissance : apporter des améliorations et donner suite aux recommandations

Individus

Le niveau de connaissances sur les programmes d'agrément et en particulier sur celui d'Agrément Canada était faible au moment où la HAA s'est inscrite au programme. Il a donc fallu développer des connaissances individuelles sur les exigences du programme.

De l'avis des répondants, des connaissances individuelles ont été acquises dans des domaines spécifiques : 1) approche axée sur le client (78 %); 2) gestion des risques (92 %); 3) pratique qualité (76 %); 4) gestion participative (70 %); 5) éthique professionnelle (73 %).

Grâce à ces connaissances, le personnel de la HAA a mieux résolu les situations problématiques identifiées à l'aide des pratiques propres au processus d'agrément (84 %). Il a réussi à les mettre en application. De plus, les connaissances acquises ont été utilisées pour améliorer la qualité des services offerts aux patients (92 %).

Équipes d'agrément

L'analyse des suites données aux recommandations faites par les visiteurs d'Agrément Canada en juillet 2005 et en décembre 2005 indique que toutes les

équipes ont progressé et ont implanté des améliorations. Lors de la visite de décembre 2005, les équipes de la HAA se sont vues remettre 103 recommandations dont 41 avaient un degré de sévérité élevé. En décembre 2006, le nombre total de recommandations est passé à 88 dont 26 avaient un degré de sévérité élevé.

En 2005, les recommandations avec un degré de sévérité élevé s'adressaient à cinq des sept équipes. Les équipes ont chacune reçu entre 11 et 19 recommandations. Toutes les équipes ont amélioré leur performance en 2006, sauf celle de gestion de l'information, comme en atteste la diminution du nombre de recommandations incluant celles avec un degré de sévérité élevée. Les recommandations avec un degré de sévérité élevé aux équipes de soins de courte durée (-5), soins primaires (-4) et de leadership et partenariat (-5) ont diminué d'au moins 50 %. L'équipe des soins de courte durée a vu le nombre de recommandations qui lui étaient adressées diminuer de 19 à 14 et le nombre de recommandations avec un degré de sévérité élevée de 7 à 2.

Globalement, les trois équipes de soins de courte durée, soins de longue durée et soins primaires ont amélioré leur niveau de compliance. Des progrès significatifs ont été enregistrés relativement aux normes suivantes : 1) la continuité; 2) fournir des services; 3) établir des buts et surveiller les progrès des clients; 4) répondre aux besoins.

En décembre 2005, les trois équipes de soins avaient reçu 45 recommandations, dont 20 avec un degré de sévérité élevée. Douze mois plus tard, le nombre total de recommandations est passé à 41 et le nombre de celles avec un degré de sévérité élevée a diminué de moitié à 10. Des politiques et procédures ont été mises en place pour mieux protéger les droits des usagers. Des systèmes ont été créés pour assurer une gestion plus sécuritaire des médicaments.

Comme en témoigne le chef d'une équipe d'agrément, le rapport et les recommandations ont généré des connaissances dans les services de la HAA :

« I think big time. For as each comment I have had to, we received my policies developed, and staff are able to feel more comfortable, because they have the actual document that they can read, and see what procedures they can follow, what is available to them, what their rights, privileges and obligations are you know to the organization, and in terms of patient care, I'm sure you have read the survey from the Dietary Services, the dental patients. »

Organisation

Pour les répondants de la HAA, les recommandations ont été une source importante d'apprentissage. Des changements ont été apportés dans les services (95 %), les recommandations ont constitué d'importants agents de changement (97 %) et ont permis d'établir les priorités dans les mesures à prendre par rapport à chacune des dimensions de la qualité (92 %).

L'organisme a institué des rencontres systématiques avec la communauté dans chacun des cinq districts de l'île pour mieux connaître les besoins et se rapprocher de la clientèle.

« Yes there are community groups set up. So each of the districts has a community group, where they bring in people from the community to find out what about the service they provide that they like, or what they don't like, what they're doing right, what they can improve on, you know things like that. Yes, that's really new. Then of course, there are some other committees that the Authority has, that has people from outside the organization sitting on those committees that fosters a relationship between the community and the organization. »

Des améliorations ont été apportées sur le plan des immobilisations. Les équipements sont gérés de façon plus sécuritaire. Un programme de gestion des infections commence à donner des résultats. Le linge souillé est moins à risque de contaminer le linge propre, car on a aménagé à cet effet des locaux séparés pour se conformer à une des recommandations.

L'organisme s'est doté d'un plan de développement des ressources humaines pour faire suite à une autre des recommandations. Des programmes de formation sont

offerts aux employés, on s'assure désormais des compétences et de la certification du personnel avant et suite à l'embauche ainsi que de l'appréciation de leur rendement.

Le réseautage des connaissances a permis à la HAA d'apporter des améliorations importantes auprès des services directs à sa clientèle. Cette étape est l'aboutissement de l'acquisition d'apprentissages individuels et d'équipe qui, par la suite, se sont propagés dans l'ensemble des sphères d'activités de l'organisation.

Sur le plan de la confiance et de la fierté, les répondants reconnaissaient qu'il faudra du temps pour changer les perceptions, mais ils avaient néanmoins l'impression que les choses évoluaient dans le bon sens :

« I believe so, because I think the more we have made the public, and the clients and patients aware of what accreditation is, and then recognizing we have to meet international standards of care, I think it's helping to build their confidence. I mean you still hear complaints, but I think people are getting to have more confidence in the Health Authority. »

La HAA (6,6) a intégré de la connaissance et a réussi à s'en servir pour apporter des solutions à certains problèmes spécifiques (8,8) et augmenter la sécurité des personnes :

« Yes I think so. As we go through the standards, and they require new information and new knowledge about what is required to satisfy the standard in terms of a written, we needed to make some changes to signage, and training of staff in the use of fire extinguishers, and evacuation. All those things came out from it as must dos, which we have worked on to build in our system. »

De plus, l'opinion des membres des équipes a été prise en compte dans la formulation de solutions d'amélioration (97 %). C'est la connaissance individuelle qui est mobilisée pour créer du réseautage organisationnel pour susciter des changements.

5.1.1.2.7 Le type de bureaucratie : facilitant versus coercitif

Individus

L'approche de la direction et du conseil d'administration dans le processus d'intégration du programme d'agrément correspondait beaucoup plus à une bureaucratie de type facilitant que coercitif.

Bien sûr, ce ne sont pas les individus dans les services ou les intervenants de première ligne qui ont pris la décision de participer au programme. Par contre, les professionnels et les autres membres du personnel ont été invités à adhérer au processus de mise en place des équipes et ont été supportés tout au long de la démarche. Les individus ont bénéficié d'une grande autonomie au plan des décisions qui les concernaient. La direction a respecté les autoévaluations et à supporter la mise en place des actions requises pour implanter les changements jugés nécessaires. Le travail des personnes a été reconnu et valorisé.

Il est difficile de spéculer sur ce qui se serait passé si la décision avait été impopulaire, car ce n'était pas le cas. Toutefois, visiblement, le personnel ne s'opposait pas à la démarche et l'appuyait majoritairement.

Équipes

Manifestement, il y avait une très grande ouverture de la direction à faciliter le processus d'agrément. Des personnes de la communauté ont été invitées à se joindre à certaines des équipes d'agrément. En général, Agrément Canada suggère d'inviter des patients et des usagers à participer aux discussions dans les équipes de soins. La HAA a poussé cette ouverture encore plus loin. Elle a invité des personnes bien en vue et reconnues pour leur expertise à se joindre aux équipes de gestion des ressources humaine, de gestion de l'environnement, gestion de l'information et de soins primaires. Certaines de ces personnes ont même été choisies comme chefs d'équipe comme ce fut le cas pour l'équipe de soins primaires. Ces personnes ont dit avoir accepté de contribuer à la démarche parce qu'elles y voyaient des bénéfices

pour la communauté. Elles ne subissaient aucune contrainte de la direction et se sentaient appuyées et reconnues pour leurs efforts. Une d'elle a même confié qu'elle restait impliquée uniquement parce que la direction de la HAA la soutenait et lui laissait les coudées franches pour assumer son rôle et que, si cela devait changer, elle n'hésiterait pas à démissionner. L'ouverture d'esprit et l'approche facilitante étaient à l'origine de sa décision de s'impliquer.

Organisation

L'information au sujet de l'agrément a fait l'objet de sessions générales d'information et d'échanges avec le personnel :

« Yes it was shared at general staff meetings, because each quarter, there's a general staff meeting with the CEO. So the entire staff were invited there two days, share the same information at two different settings, or on two different days, so that, you know because we were on a shift system. »

On voit bien dans cette initiative et dans l'approche pour la formation des équipes d'agrément que le leadership est exercé de façon facilitante. L'équipe de direction a rencontré tous les services sur tous les quarts de travail pour expliquer le projet et solliciter l'implication du personnel. De plus, tous ont été invités à des sessions de formation.

La très forte majorité des répondants a eu l'impression d'avoir contribué (97 %). Les répondants considéraient la volonté d'apprendre (92 %) et d'améliorer les pratiques (92 %) comme étant les motifs les plus importants de leur participation. Ceci n'est pas caractéristique d'une bureaucratie coercitive.

5.1.1.2.8 Le type d'adhésion : volontaire versus obligatoire

Individus

Les individus questionnés étaient majoritairement d'avis que l'agrément obligatoire peut mener à l'échec (52 %), que l'approche volontaire augmente les chances de réussite (83 %) et suscite une fierté d'y participer (97 %). Les répondants sont d'avis

que, malgré les efforts à consentir, la démarche d'agrément en valait la peine (97 %) dans un contexte de participation volontaire.

Bien que moins de personnes se soient prononcées sur ce sujet pendant les entretiens semi-structurés, leurs opinions divergeaient de celles compilées à partir du questionnaire individuel. Plus de personnes pensaient que l'agrément devrait être obligatoire (3,4) plutôt que volontaire (1,1). D'autres étaient d'avis que cela dépendait des circonstances. Voici deux commentaires qui illustrent des opinions différentes à ce sujet. La première reflète ce que la majorité pense et l'autre provient de la personne qui soutient le caractère volontaire de la démarche :

1)

« I think so. I think so, because if you want your organization, as an organization to me you should have certain standards, and if it means that you have to become accredited to achieve those standards, and then well you're going to do it you know. But you have to be able to sell it to the people who you want to work with. That's critical I think. »

2)

« I think its better voluntary, because if you come on board voluntarily, you have more enthusiasm for it than if you're ordered to do it. »

Le problème ne serait donc pas de savoir si le programme d'agrément doit être obligatoire ou non. Il s'agirait plutôt de savoir comment l'établir et, sur ce point, les intervenants s'entendaient. Il faut impliquer et éduquer les individus sur la valeur de la démarche.

Équipes

Ce niveau d'analyse n'est pas pertinent ici et les opinions recueillies lors des entretiens semi-structurés auprès des chefs d'équipes d'agrément ont été captés au niveau d'analyse qui traite des individus.

Organisation

L'organisation a pris position en faveur d'une participation volontaire au programme d'agrément en sollicitant son adhésion auprès d'Agrément Canada sans contrainte législative.

Conclusion

Les individus ont développé de nouvelles connaissances utiles pour améliorer la qualité des services à la clientèle et mettre en place de meilleurs systèmes et pratiques de gestion tout au long de la démarche d'intégration du programme d'agrément.

Au début de la démarche, les connaissances en matière d'agrément et de ses exigences étaient très limitées. Les séances de formation sur l'agrément et ses composantes ont été une source importante de nouvelles acquisitions de connaissances. L'autoévaluation a été la phase la plus enrichissante. L'interaction avec les visiteurs lors des visites de simulation et d'agrément a été constructive.

Les apprentissages les plus importants ont été réalisés relativement à l'approche clientèle, au programme qualité, à la gestion des risques, à l'éthique professionnel et à la gestion participative. Ces connaissances ont été jugés utiles pour améliorer la qualité des services offerts à la communauté.

Les individus étaient partagés quant à savoir s'il est mieux d'obliger l'adhésion au programme ou de laisser place à une participation volontaire. Par contre ils étaient d'avis qu'une participation volontaire au programme d'agrément augmente les chances de réussite lors de l'intégration du programme d'agrément.

Le travail en équipe d'agrément a donné lieu à des discussions ouvertes sur la qualité des services. Les membres des équipes se sont résolument engagés dans la démarche ce qui a permis d'établir des objectifs de travail et des plans d'amélioration. Des changements ont été apportés au niveau des services et les équipes ont amélioré la

continuité dans les services. Des initiatives en matière de prise en charge commune ont aussi été implantées.

Les recommandations qui ont émané des rapports de visite ont guidé plusieurs des améliorations. Ces recommandations ont fait l'objet de suivi et ont soutenu l'établissement d'objectifs et ont permis de surveiller le progrès accomplis. Les équipes ont pu opérer ces changements en bénéficiant d'une autonomie suffisante ce qui confirme que la bureaucratie en place était de type facilitant.

Les retombées organisationnelles ont rejailli lorsque l'apprentissage a débordé le cadre des équipes individuelles. Des améliorations transversales ont été apportées ainsi que des systèmes et des pratiques de gestion pour l'ensemble de l'organisation. Des améliorations globales ont été implantées au niveau des trois équipes de soutien et de leadership et partenariat.

La HAA a su intégrer ces nouveaux changements et se sent mieux préparée pour faire face aux transformations que l'avenir lui réserve. Elle a su également opérer ces changements dans un climat favorable et participatif où l'opinion des individus a été considérée. C'est à l'étape du réseautage que l'apprentissage a un plus grand impact sur l'organisation.

5.1.1.3 Niveau de compliance

Les résultats du niveau de compliance sont la variable dépendante du modèle d'analyse. Les résultats sont présentés à partir de deux niveaux d'analyse 1) les équipes d'agrément et 2) l'organisation. Les trois mesures du niveau compliance ont été effectuées selon le calendrier suivant : 1) juin 2005 (T = 0), 2) décembre 2005 (T = 1) et 3) décembre 2006 (T = 2). Elles portent sur l'ensemble des sept équipes d'agrément mises en place par la HAA.

La première évaluation a été faite environ 7 mois après l'intégration de la HAA dans le programme d'Agrément Canada au cours d'une visite du chercheur et de la spécialiste de l'agrément. Cette visite, à la demande de la HAA, visait à faire un état de situation. La HAA désirait connaître le niveau de préparation des équipes et de l'organisation. Bien que toutes les équipes avaient entrepris de compléter leur section de normes, aucune n'avait terminé l'exercice. À l'issue de cette visite, Agrément Canada a recommandé à l'organisme de reporter la visite régulière prévue en décembre 2005 de douze mois. La HAA a accepté la recommandation, mais a demandé que la visite de décembre 2006 soit maintenue comme visite de simulation.

Bien que la HAA s'était inscrite au programme environ 7 mois plus tôt, le chercheur considère que cette évaluation de la performance faite en juin 2005 peut servir de mesure de base (T= 0) du niveau de compliance de l'organisation tellement les travaux étaient peu avancés. La première partie de cette section présente les résultats de l'évolution du niveau de compliance par équipe et la deuxième dans une perspective de l'organisation dans son ensemble.

Individus

L'évaluation du niveau de compliance aux normes et critères du programme d'agrément ne s'applique pas aux individus.

Équipes d'agrément

1) Leadership et partenariat, figure 10

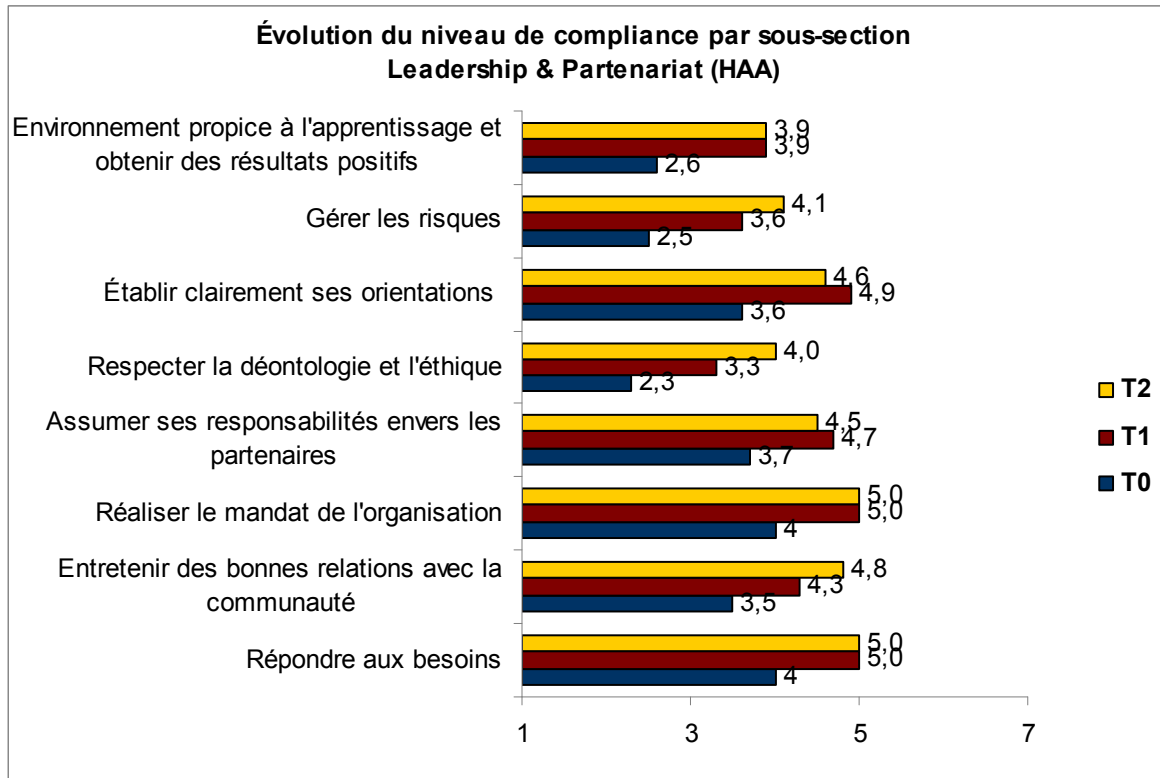
L'équipe de leadership et partenariat a progressé dans toutes les sous-sections entre la première et la troisième mesure, les écarts varient de 1 à 1,7 sur une échelle de 7. La progression la plus importante concernait la sous-section « Gérer les risques » (1,7), suivie de « Respecter la déontologie et l'éthique » (1,6) et enfin « Entretenir un environnement propice à l'apprentissage et obtenir des résultats » (1,3).

Entre la deuxième et la troisième mesure, la progression était beaucoup moins notable. Les variations sont positives dans trois des sous-sections. Il n'y a aucune progression dans trois autres des sous-sections et les résultats pour deux se sont

légèrement, détériorés soit, « Établir ses orientations » (-0,3) et « Assumer ses responsabilités envers les partenaires » (-0,2).

Figure 10

Performance détaillée - Équipe de leadership et partenariat par sous-section (HAA)



Cette progression reflète les réalisations de l'équipe sur les plans suivants : 1) communication; 2) communication de la vision et de la mission; 3) mise en place d'un cadre de référence en matière d'éthique; 4) adoption d'un processus de gestion des plaintes; 5) progrès en matière de dotation d'un plan de gestion des risques; 6) avancement en matière de la gestion de la qualité; 7) renforcement des liens avec la communauté.

Entre décembre 2005 et décembre 2006, l'équipe de leadership et partenariat a réussi à faire diminuer le nombre de recommandations qui lui étaient adressées de 16 à 10 dont celles avec un degré de sévérité élevé de moitié, soit de dix à cinq. C'est ce qui est reflété dans la progression de niveau de compliance mesurée.

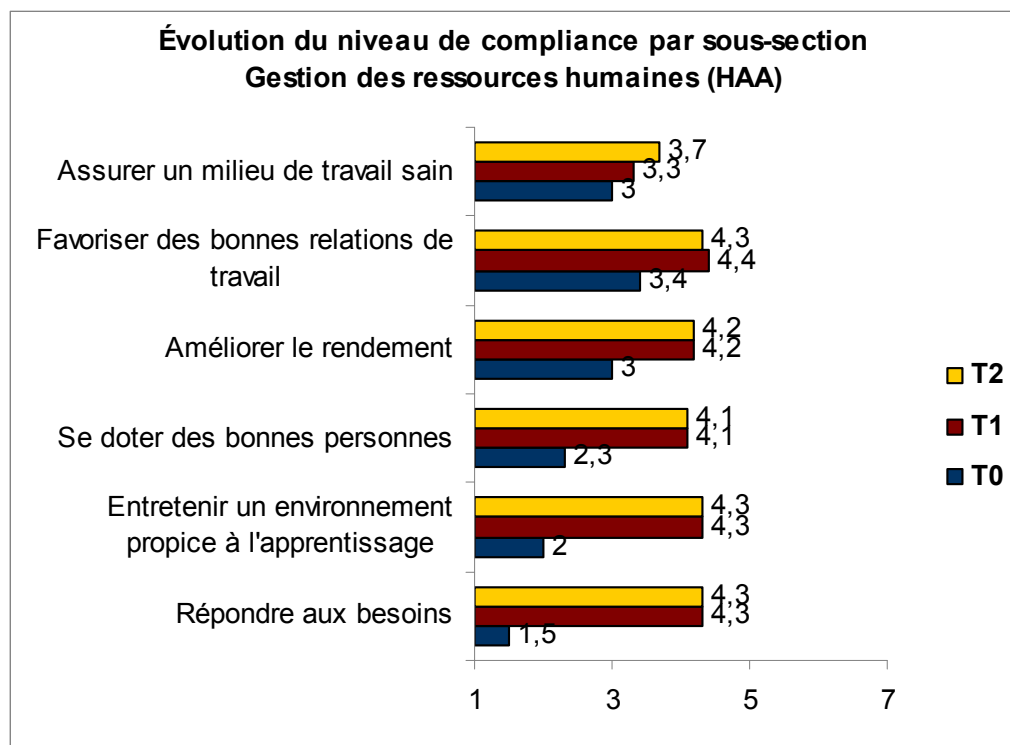
2) Gestion des ressources humaines, figure 11

Toutes les six sous-sections affichent des variations positives entre la première et la troisième évaluation. Elles vont de 0,7, à 2,8, et plusieurs sont très importantes : 1) se doter des bonnes personnes (2,8); 2) répondre aux besoins (2,8); 3) entretenir un environnement propice à l'apprentissage (2,3); 4) améliorer le rendement (1,2).

Entre la deuxième et la troisième mesure, la variation est bien moindre. Quatre des six sous-sections sont restées stables, une a progressé légèrement de 0,4 et la dernière s'est détériorée de -0,1.

Figure 11

Performance détaillée - Équipe de gestion des ressources humaines par sous-section (HAA)



Les principaux progrès de cette équipe ont été : 1) l'élaboration d'un plan de ressources humaines; 2) la formalisation d'un processus de validation des compétences; 3) l'implantation d'un processus de renouvellement des privilèges des médecins; 4) le développement des politiques et procédures sur la formation

continue; 5) la mise en place d'un processus d'appréciation du rendement; 6) la clarification amorcée sur la structure organisationnelle; 7) la progression dans la mise en place de sondages de satisfaction des employés; 8) la création d'un comité sur la santé et la sécurité des employés.

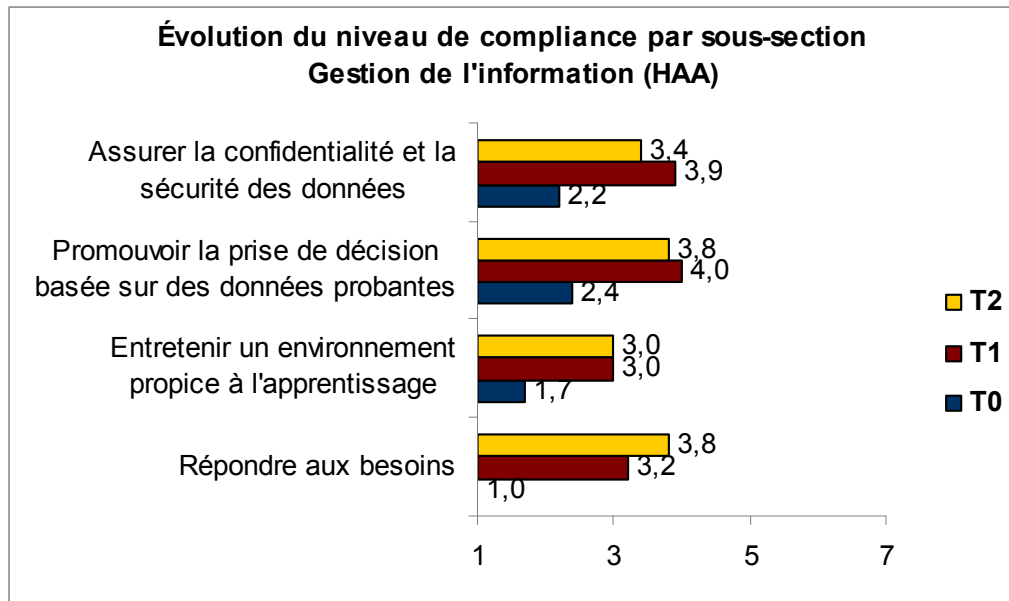
Le nombre total de recommandations est passé de douze, dont deux avec un degré de sévérité élevé, à dix dont aucune avec un degré sévérité élevé. Ces améliorations ont influencé la progression du niveau de compliance de cette équipe.

3) Équipe de gestion de l'information, figure 12

Les quatre sous-sections ont progressé entre la première et la troisième évaluation. La plus faible variation est de 1,2 et la plus importante est de 2,8. Elles se situent en moyenne à près de 1,6.

Entre la deuxième et la troisième évaluation, deux sous-sections se sont détériorées, « Assumer la confidentialité et la sécurité des données » (-0,5) et « Promouvoir la prise de décision basée sur des données probantes » (-0,2), une est restée stable et l'autre s'est améliorée de 0,6.

Figure 12
Performance détaillée - Équipe de gestion de l'information par sous-section (HAA)



Les progrès de l'équipe de gestion de l'information ont été constatés sur le plan : 1) des démarches préliminaires pour l'élaboration d'un plan de gestion de l'information ; 2) du développement de politiques et procédures sur les événements sentinelles.

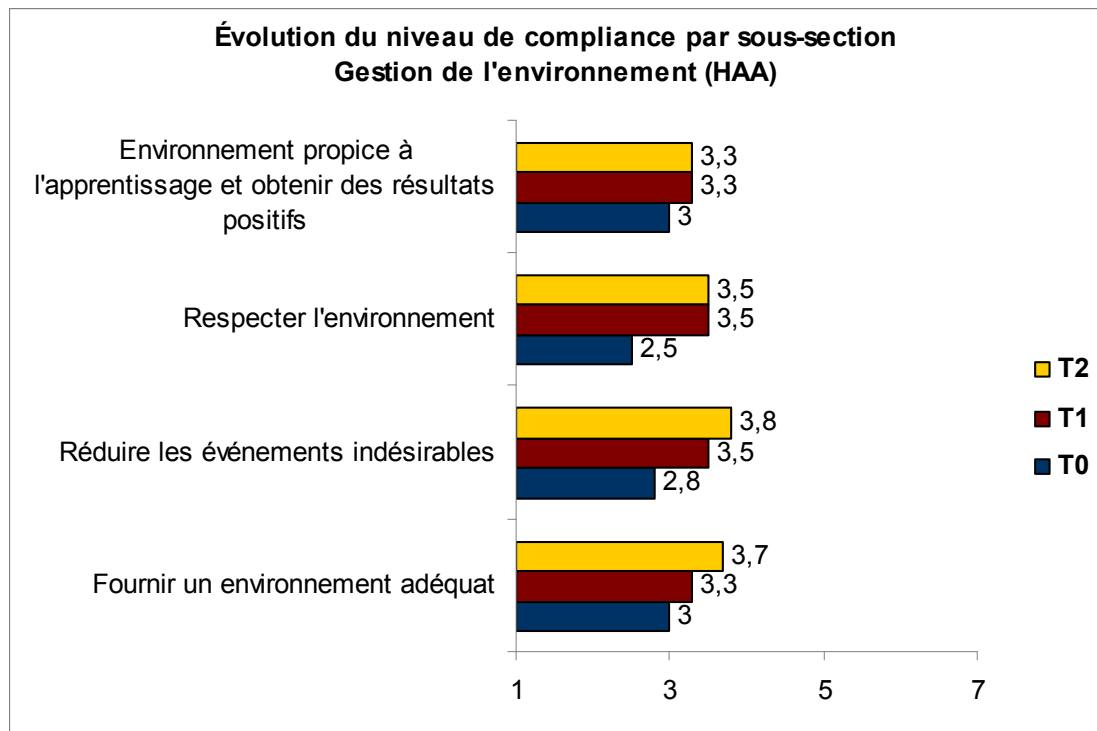
La progression observée entre la première et la deuxième évaluation se maintenait difficilement lors de la troisième mesure du niveau de conformité. Cela s'est aussi confirmé dans le nombre de recommandations qui est passé d'un total de dix avec aucune ayant un degré de sévérité élevé à 18 dont cinq avec un degré de sévérité élevé. Le degré de sévérité des recommandations qui n'ont pas fait l'objet d'un suivi après avoir été émises a progressé, ce qui explique en partie le nombre de recommandations avec un degré de sévérité élevé dans ce cas.

4) Équipe de gestion de l'environnement, figure 13

Il y a eu progression dans les quatre sous-sections entre la première et la troisième mesure. La progression la plus importante est de 1,3 observée pour « Respecter son environnement » et la moins importante de 0,3 avec une moyenne de 0,75. Il y a eu

moins de variations entre la deuxième et troisième évaluation alors que deux sous-sections affichent une progression et les deux autres sont demeurées stables.

Figure 13
Performance détaillée - Équipe de gestion de l'environnement par sous-section (HAA)



Cette équipe est à l'origine de plusieurs changements qui ont permis une progression dans le niveau de compliance : 1) institution des tournées régulières pour inventorier les déficiences; 2) développement d'une politique sur l'usage du tabac; 3) début d'implantation d'un programme de gestion préventive des équipements; 4) gestion sécuritaire accrue des équipements; 5) gestion améliorée du linge souillé.

Le nombre total de recommandations est passé de 19, dont 9 avec un degré de sévérité élevé, à 10, dont 6 avec un degré de sévérité élevée. Malgré ces améliorations il reste encore beaucoup à faire en matière de gestion des infections ainsi qu'en matière de prévention des incendies et des sinistres.

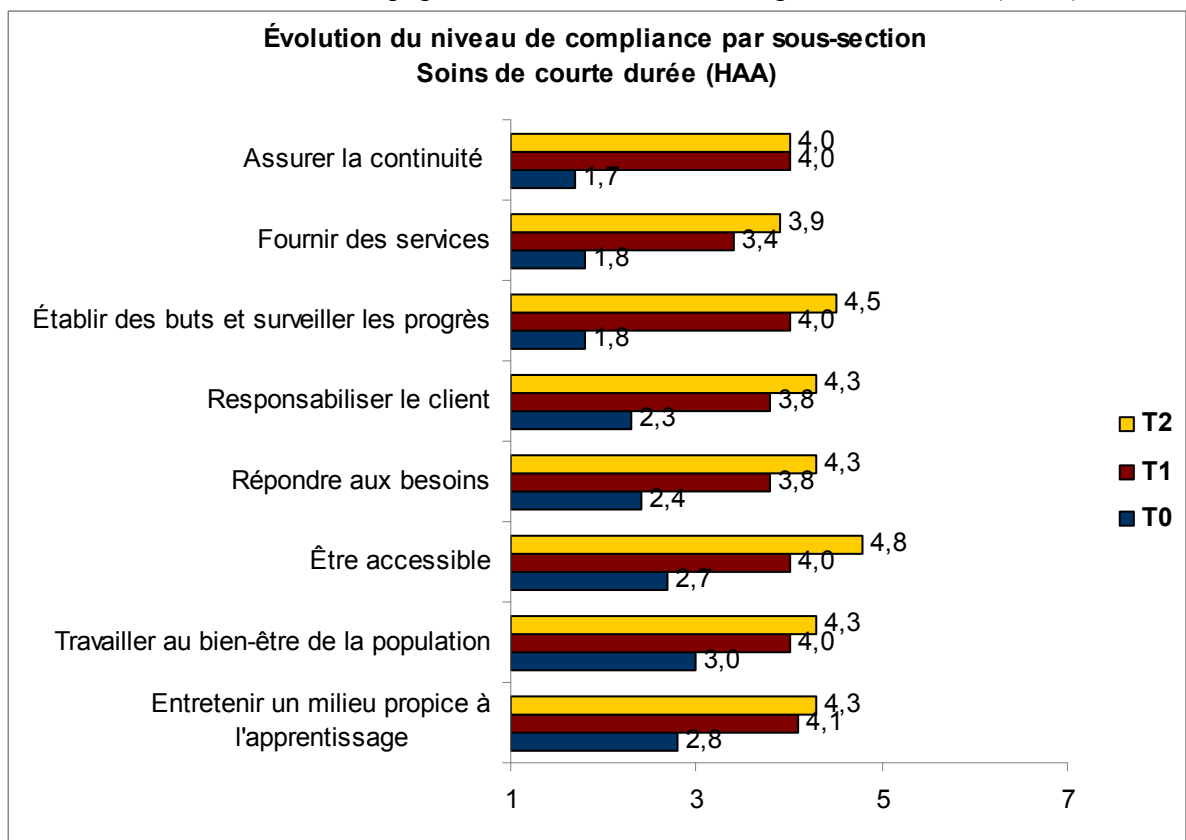
5) Équipe des soins courte durée, figure 14

Il y a des variations positives considérables dans toutes les sous-sections entre la première et la troisième évaluation. La plus importante concerne la sous-section « Responsabiliser le client » (2,7) et la moins significative concerne la sous-section « Travailler au bien-être de la population » (1,3). La progression moyenne est supérieure à 1,8.

La variation était plus importante entre la première et deuxième mesure, mais celle entre la deuxième et troisième était par ailleurs non négligeable. Un seul des descripteurs est resté identique et les sept autres ont progressé en moyenne de 0,4.

Figure 14

Performance détaillée - Équipe de soins de courte durée par sous-section (HAA)



L'équipe de soins de courte durée a aussi progressé. Elle a haussé son niveau de conformité aux normes d'agrément suivantes : 1) le développement de protocoles;

2) l'implantation d'une politique sur les événements sentinelles 3) la réorganisation du poste d'accueil; 4) le développement de matériel de formation pour les patients; 5) la mise en place de procédures pour évaluer de la douleur; 6) le développement de formulaires de consentement.

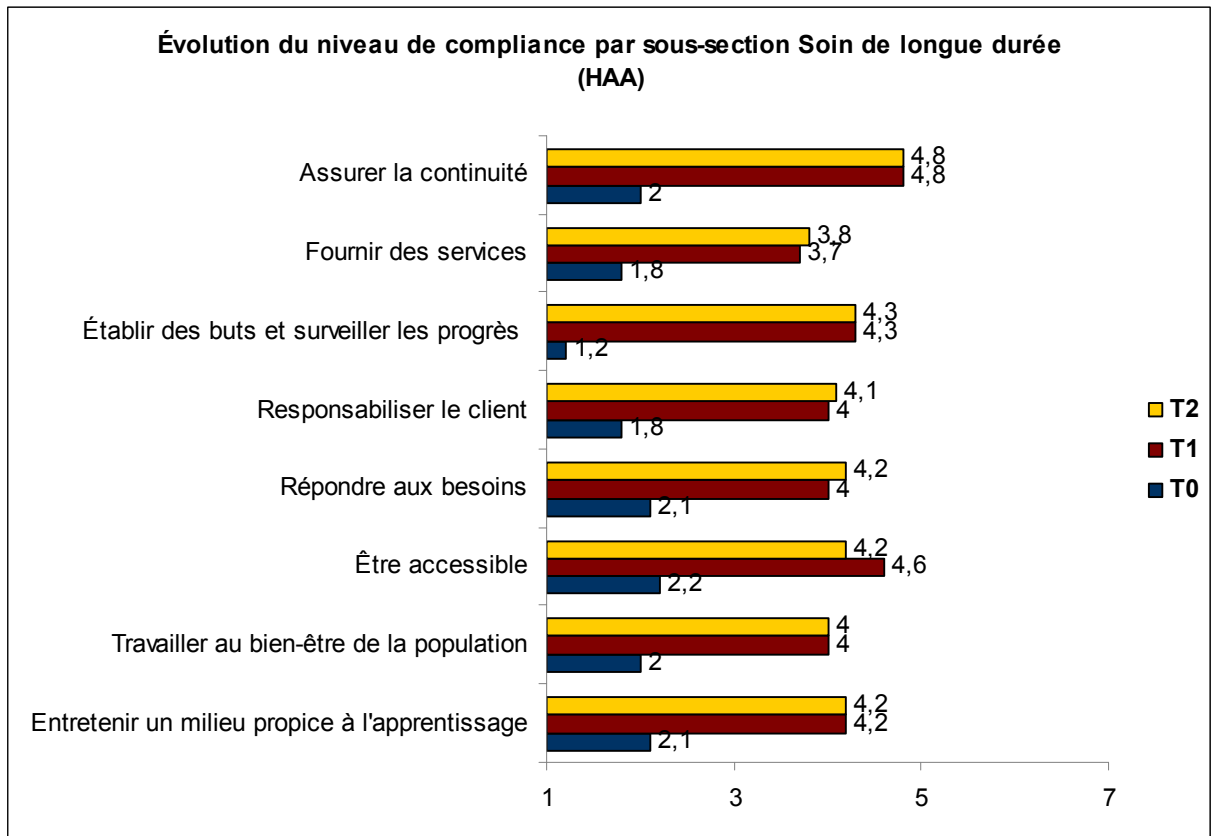
Pour cette équipe, le nombre de recommandations a diminué de 19 à 14 et celles avec un degré de sévérité élevé de 7 à 2.

6) Équipe de soins de longue durée, figure 15

Les variations positives dans toutes les sous-sections (8) sont plus importantes entre la première et la deuxième évaluation du niveau de compliance. La variation minimale est de 2 et le plus élevé est de 2,9. La moyenne est de 2,2.

Par contre, il y avait de grandes similitudes entre la deuxième et la troisième mesure, puisque quatre sous-sections sont demeurées stables, trois ont progressé très légèrement et une a régressé de 0,4. Dans l'ensemble, l'équipe de soins de longue durée a progressé le plus parmi toutes les équipes de la HAA.

Figure 15
Performance détaillée - Équipe de soins de longue durée par sous-section (HAA)



Cette équipe a institué les changements suivants pour en arriver à cette amélioration de son niveau de conformité aux normes : 1) le développement de politiques et procédures sur les événements sentinelles; 2) mise en place de politiques sur la gestion de la douleur; 3) mise en place de formulaires de consentement; 4) le développement de politiques et procédures sur la non-ressuscitation; 5) l'amorce de développement d'une politique pour gérer les cas d'agression; 6) le développement de politique et de procédures sur les restrictions et les conflits; 7) l'implantation d'une politique sur les erreurs de médication. Le nombre de recommandations est passé de 14, dont 5 avec un degré de sévérité élevé, à 17 dont 4 avec un degré de sévérité élevé.

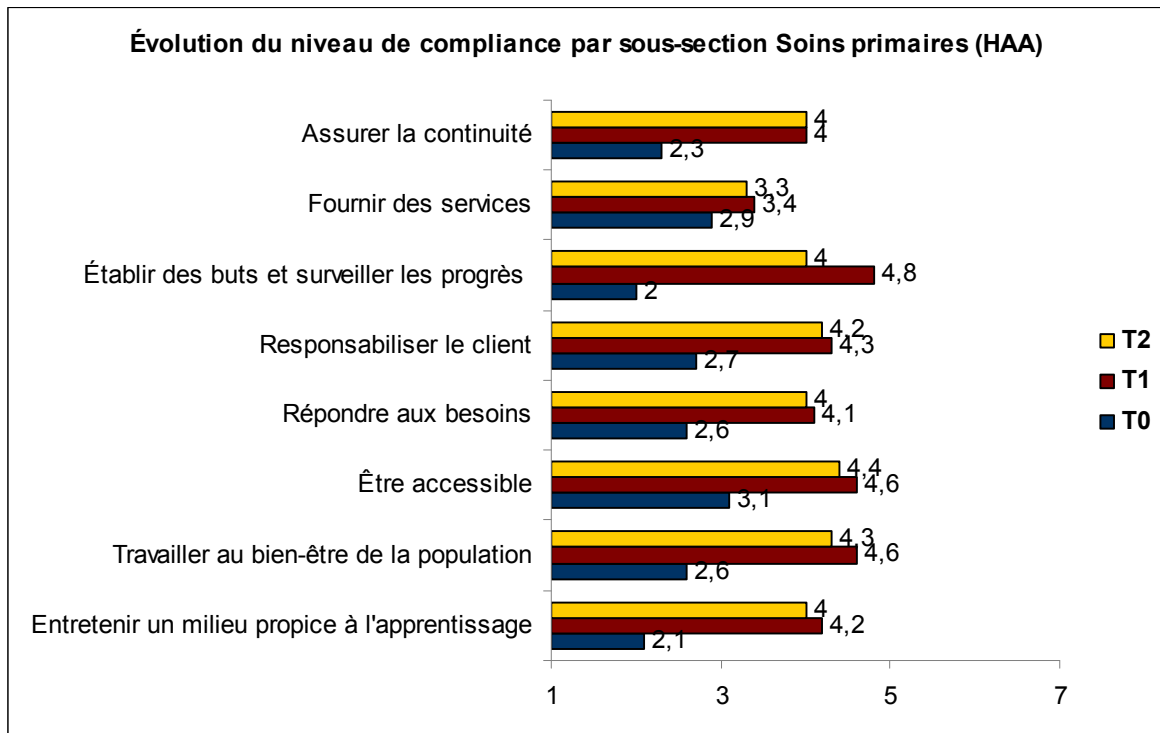
7) Équipe de soins primaires, figure 16

Cette équipe a fait des progrès au cours de la période observée. Entre les deux premières évaluations, les écarts sont positifs dans toutes les sous-sections allant de 0,4 à 2,9 avec en moyenne une variation de 1,7.

Par contre, entre la deuxième et troisième mesure, sept des huit sous-sections se sont détériorées et une est restée stable. Les régressions s'échelonnent entre 0,1 et 0,8 avec une moyenne de 0,2.

Figure 16

Performance détaillée - Équipe de soins primaires par sous-section (HAA)



L'équipe de soins primaires a réussi à : 1) implanter les politiques sur les erreurs de médication; 2) implanter les politiques et procédures sur les événements sentinelles; 3) développer des brochures de formation pour les patients; 4) calibrer systématiquement les glucomètres; 5) accroître la sécurité des lieux; 6) former les employés sur comment gérer les réactions allergiques sérieuses,

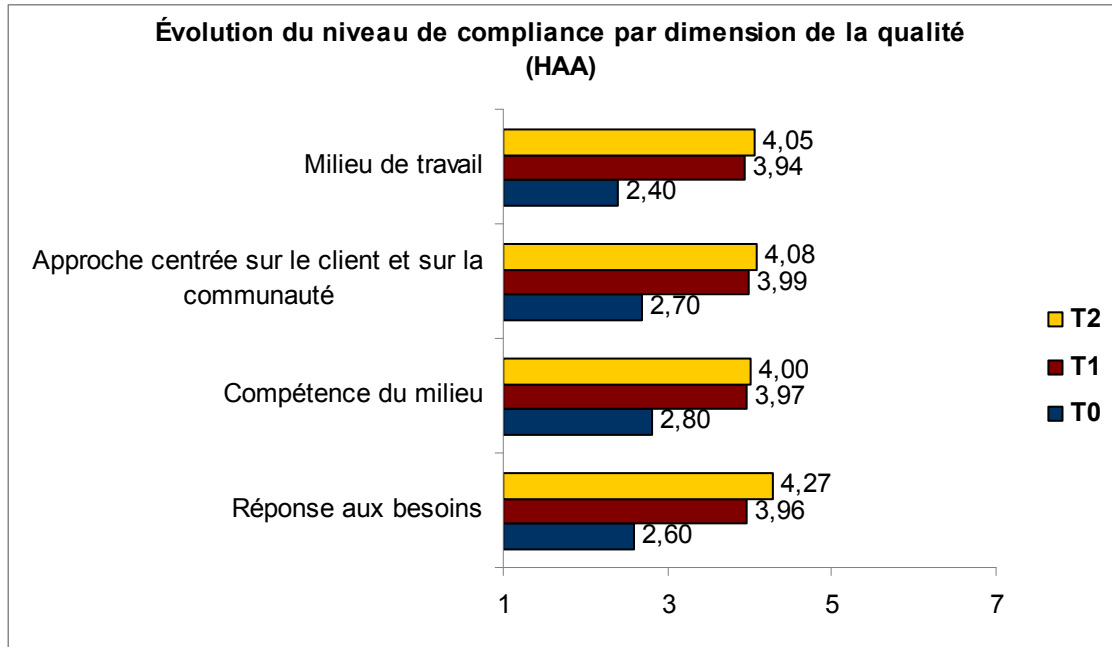
Le nombre total de recommandations est passé de 12 à 10 et celles avec un degré de sévérité élevé de 8 à 2.

Organisation

Le cadre conceptuel de la qualité du programme d'Agrément Canada comprend quatre dimensions : 1) réponse aux besoins définis à l'aide de cinq descripteurs; 2) compétence du milieu défini à l'aide de sept descripteurs; 3) approche centrée sur le client ou la communauté, définie à l'aide de cinq descripteurs; 4) milieu du travail défini à l'aide de cinq descripteurs. La performance organisationnelle est présentée dans un premier temps de façon globale par rapport aux dimensions de la qualité et, par la suite, chacune des dimensions est reprise avec ses descripteurs particuliers.

L'évolution de la performance organisationnelle (figure 17) démontre une progression dans chacune des dimensions concernant la qualité. La plus importante se situe dans « Réponse aux besoins » qui progresse au total de 1,67. La plus faible augmentation est dans « Compétence du milieu » avec une appréciation de 1,2. La progression moyenne par dimension de la qualité est de 1,48. Néanmoins, l'organisme se classe globalement sous le niveau de bonne conformité selon l'échelle de Likert et les définitions du programme MIRE qui s'y rattachent.

Figure 17 Performance organisationnelle sur les dimensions de la qualité (HAA)

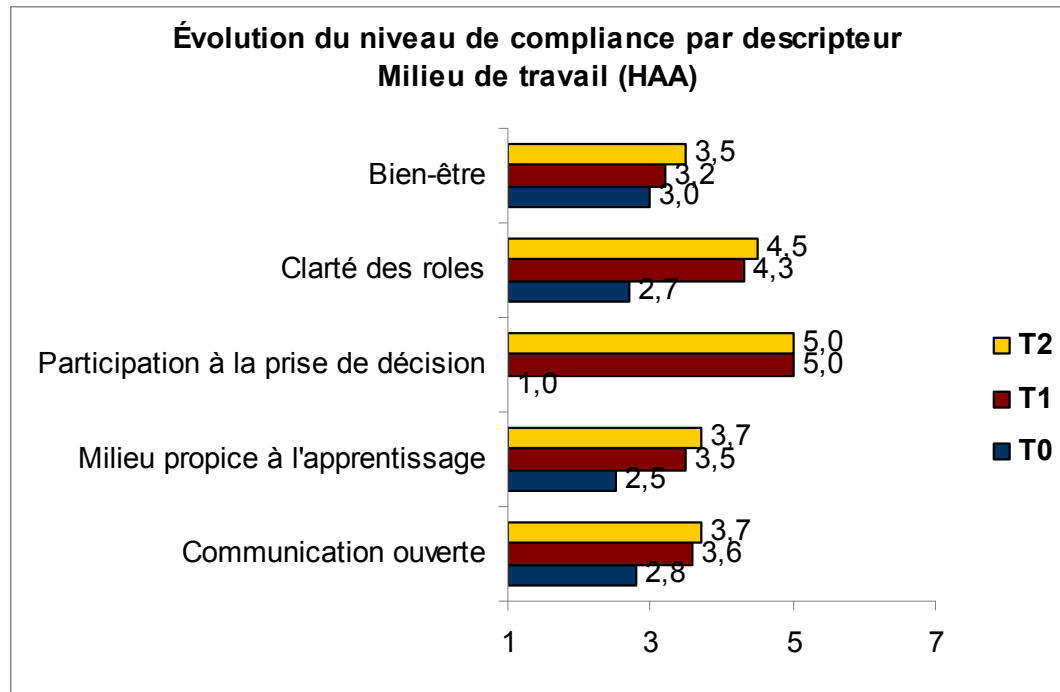


Milieu de travail, figure 18

Chacune des dimensions se compose d'un nombre de descripteurs qui varie entre cinq et sept. Dans la dimension « Milieu de travail », les cinq descripteurs ont progressé surtout entre la première et la deuxième mesure. « Participation à la prise de décision » a progressé de façon remarquable (4,0) entre la première et la deuxième évaluation. Les descripteurs « Bien-être », « Milieu propice à l'apprentissage » et « Communication ouverte » affichent des résultats qui varient de 3,5 à 3,7.

Entre la deuxième et la troisième évaluation, nous notons une progression dans tous les descripteurs sauf « Participation à la prise de décision » qui est resté stable. Par contre, ce descripteur était déjà à 5,0 ce qui en fait celui avec la cote moyenne la plus élevée. Dans cette dimension deux des cinq descripteurs atteignent 4,5 et plus.

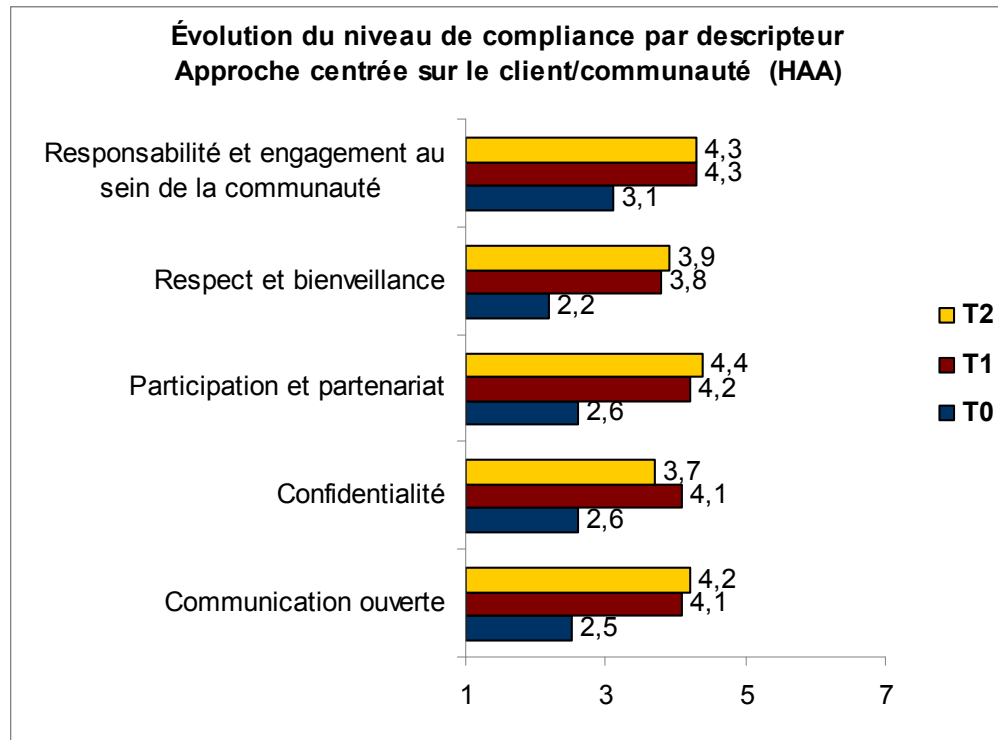
Figure 18
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Milieu de travail (HAA)



Approche centrée sur le client/communauté, figure 19

Cinq descripteurs se rattachent à la dimension « Approche centrée sur le client ou la communauté » : 1) responsabilité et engagement au sein de la communauté; 2) respect et bienveillance; 3) participation et partenariat; 4) confidentialité; 5) communication. Les variations le plus significatives sont survenues entre la première et la deuxième évaluation. Elles sont toutes positives et varient entre 2,8 pour « Participation et partenariat » et 1,2 pour « Responsabilité et engagement au sein de la communauté ». Sauf pour « Confidentialité » (-0,4), les descripteurs ont tous progressé entre la deuxième et la troisième évaluation.

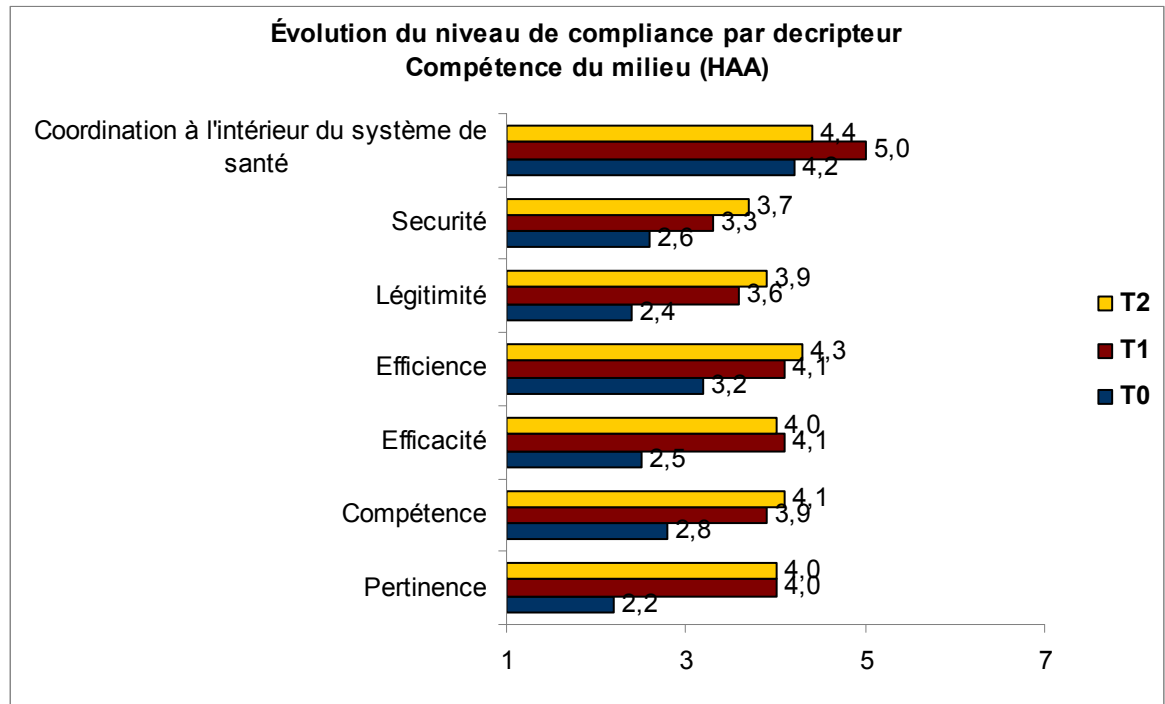
Figure 19
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Approche centrée sur le client/communauté (HAA)



Compétence du milieu, Figure 20

Sept descripteurs définissent la dimension « Compétence du milieu » : 1) coordination à l'intérieur du système de santé; 2) sécurité; 3) légitimité; 4) efficience; 5) efficacité; 6) compétence; 7) pertinence. Il y a eu progression dans les sept descripteurs, surtout entre la première et la deuxième évaluation, quoique nous notons aussi une progression pour quatre des sept descripteurs entre la deuxième et la troisième mesure. Entre ces deux évaluations, un cinquième descripteur est resté stable et deux ont diminués de -0,1 pour « Efficacité » et -0,6 pour « Coordination à l'intérieur du système de santé ».

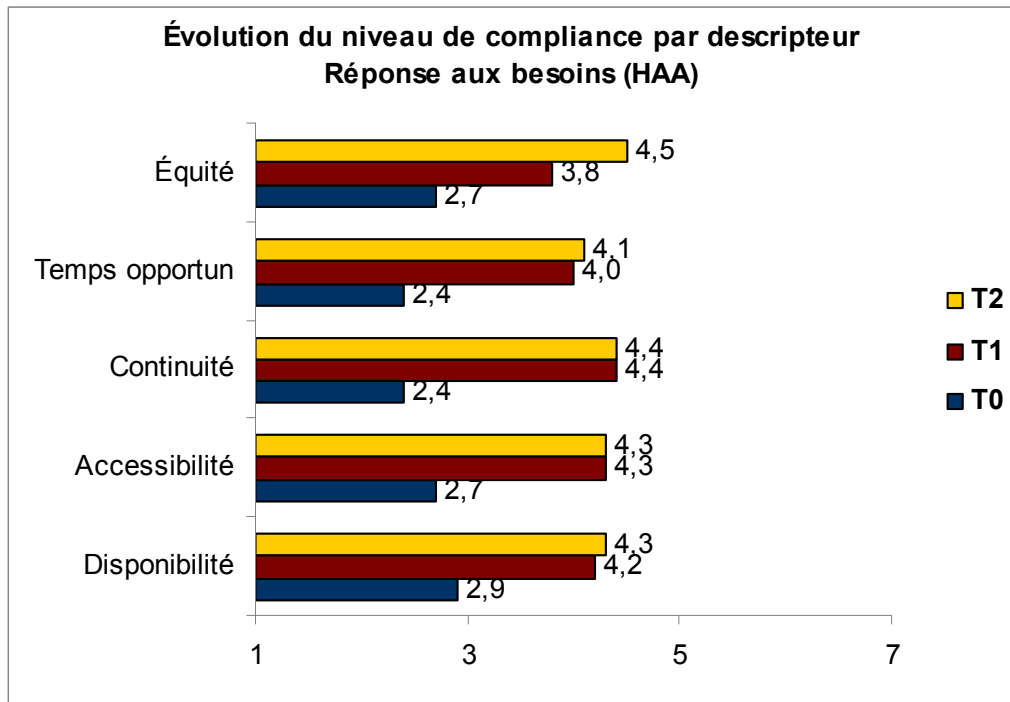
Figure 20
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Compétence du milieu (HAA)



Réponse aux besoins, Figure 21

Il y a cinq descripteurs qui définissent la dimension de la qualité « Réponse aux besoins » : 1) équité; 2) temps opportun; 3) continuité; 4) accessibilité; 5) disponibilité. Il y a eu progression pour tous ces descripteurs. Cette progression est survenue surtout entre la première et la deuxième évaluation. Entre la deuxième et troisième mesure, deux des quatre descripteurs sont restés au même niveau et les variations pour les deux autres étaient de l'ordre de 0,1. Le cinquième « Équité » a progressé de 0,7 ce qui est assez important. Il est le seul à avoir atteint une moyenne de 4,5.

Figure 21
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Réponse aux besoins (HAA)



Cette amélioration générale de la performance organisationnelle a des conséquences directes sur le nombre de recommandations et sur leur degré de sévérité. Le tableau VII démontre l'effet sur les recommandations par dimension de la qualité. Le nombre total a diminué de 103 à 88 et le nombre de celles avec un degré de sévérité élevé de 41 à 26. Il n'est donc pas étonnant que le niveau de compliance aux normes ait progressé. La dimension de la qualité « Compétence du milieu » est celle pour laquelle le nombre de recommandations et le degré de sévérité ont le plus diminué en nombre absolu.

Tableau VII
Performance organisationnelle selon les dimensions de la qualité décembre 2006
(HAA)

Dimension de la qualité	Nombre de recommandations		Sévérité élevée	
	2005	2006	2005	2006
Réponse aux besoins	9	10	2	1
Compétence du milieu	68	55	32	18
Approche centrée sur le client ou la communauté	15	15	4	6
Milieu de travail	11	8	3	1
Total	103	88	41	26

Conclusion

La progression du niveau de compliance reflète la réussite de l'intégration du programme d'agrément à la HAA. Ce lien est solidifié par la diminution du nombre de recommandations et du degré de sévérité élevée qui leur sont associées. Ce phénomène découle du changement et de l'apprentissage organisationnel. Ce changement et cet apprentissage organisationnel se confirme à l'ensemble des équipes et de l'organisme.

Les sept équipes ont amélioré considérablement leur performance dans toutes les sous-sections des normes entre juin 2005 et décembre 2006. Le progrès a été plus marqué entre la première et la deuxième mesure. Il y a eu des progrès entre la deuxième et troisième mesure, mais de moindre importance. Certaines sous-sections ont même régressé légèrement.

Plusieurs des changements mesurés au niveau des équipes concernaient l'ensemble de l'organisation. Ceci s'applique à l'équipe de leadership et partenariat ainsi qu'aux équipes dites de support, c'est-à-dire celles de la gestion des ressources humaines, de

la gestion de l'environnement et de la gestion de l'information puisque de nombreuses exigences normatives associées à ces équipes sont de nature organisationnelle. La gestion des risques, le programme qualité, un système d'appréciation du rendement et la gestion sécuritaire des équipements sont quelques exemples qui peuvent être mises en évidence pour démontrer l'impact que certains des changements rapportés au niveau des équipes concernent l'ensemble de l'organisme.

Bien que moins évidents à première analyse, certains changements effectués au niveau des équipes de soins nécessitent des applications transversales et affectent l'ensemble des équipes cliniques. Ceci est particulièrement vrai pour les politiques et procédures qui s'appliquent aux soins comme celles qui concernent sur les événements sentinelles, le consentement des patients et la gestion des médicaments.

Au niveau organisationnel, les résultats démontrent une progression du niveau de compliance dans toutes les dimensions de la qualité et dans presque tous les descripteurs. Le changement et l'apprentissage organisationnel se sont reflétés de façon marquée puisqu'il y a eu progression notable entre la première et la troisième mesure. La progression entre la première et deuxième mesure est plus grande que celle entre la deuxième et la troisième. Par contre, cette deuxième progression était néanmoins satisfaisante.

5.2 Résultats pour la Ca' Foncella Ospedale di Treviso (CFOT)

Le contexte général

La CFOT devait initialement être le premier établissement à vocation hospitalière à faire l'objet d'une visite d'agrément dans la région de la Vénétie. Pour des raisons d'ordre stratégique, administratif, et technique, les responsables ont décidé de reporter leur participation et de ne pas s'engager immédiatement dans le projet régional de mise en application du programme d'Agrément Canada. C'est ainsi que la CFOT n'a pas participé aux travaux des groupes de discussion qui ont validé

l'applicabilité du programme d'Agrément Canada dans la région. C'est la *San Martino Ospitale di Belluno*, un établissement plus petit, situé un peu plus au nord, qui a représenté les hôpitaux dans ces travaux.

Lorsque la CFOT a réalisé que la *San Martino Ospitale di Belluno* maintenait sa participation, et fort de l'encouragement de la *Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto* (ARSS) qui avait entretemps dégagé quelques ressources pour appuyer le bureau de la qualité, ses dirigeants se sont ravisés et le plus grand établissement hospitalier des environs a fait les efforts nécessaires pour rattraper le temps perdu.

Voici, extraites des notes du chercheur, quelques observations faites au cours de sa première visite dans cet organisme à laquelle il participait, non pas à titre de chercheur ou de visiteur, mais à titre de représentant d'Agrément Canada chargé d'évaluer l'ensemble du projet de la région. Il ne savait pas à ce moment que la CFOT accepterait finalement de participer à ce projet de recherche :

« In general, the Treviso survey was a success. The level of understanding and appropriation of the standards and accreditation processes is surprisingly good.

The teams that have been established are motivated. They are resourceful and the leadership is positive and constructive. Attendance at the interviews is high and distractions are few. The members of the teams are on time for the interviews and are well prepared.

The teams' leaders have all collaborated to the establishment of an appropriate schedule. The interview to which I have assisted are at times challenging because of the language issue. The atmosphere is more relax when the Canadian Italian surveyor is present. People seem more at ease. It should be noticed that the translators are doing a fine job and that we have been able to cover all the topics within the allotted time.

Teams are mainly composed of physicians and nurses. This reflects the structure of the institution and of the Italian system. Obviously an area to develop in we want to succeed in implementing the accreditation philosophy of the program related to having multidisciplinary teams involved in the process. »

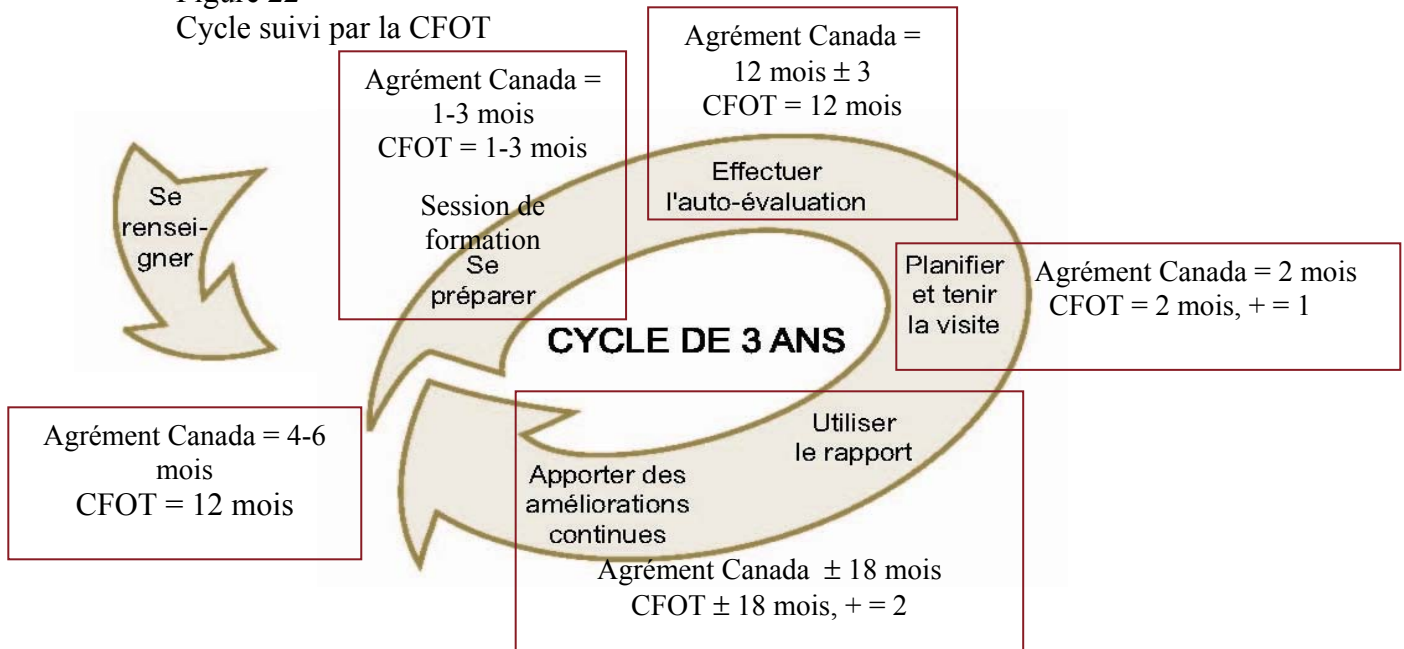
Cycle d'agrément et période de cueillette des données

L'étude de cas de la CFOT s'est déroulée sur une période d'environ 30 mois qui commençait par la visite d'agrément en octobre 2003 et se terminait avec la deuxième série d'entretiens semi-structurés en avril 2006.

Le cycle du programme d'Agrément Canada prévoit une période de trois ans entre le début de la phase « Se préparer » jusqu'à la fin de la phase « Apporter des améliorations ». La CFOT a suivi un parcours qui se rapproche beaucoup des échéanciers tracés par le cycle du programme d'Agrément Canada. La CFOT a décidé d'intégrer le programme d'agrément à l'été 2002 et la visite d'agrément s'est tenue à l'automne 2003, soit environ 15 mois plus tard. Le cycle prévoit une période d'environ 18 mois.

La première mesure du niveau de compliance est celle qui a été prise par l'équipe de visiteurs à l'automne 2003. Cette mesure est appelée $T = 1$. Contrairement à la HAA, il n'y a pas de mesure de départ ($T = 0$). La deuxième mesure du niveau de compliance ($T = 2$) a été prise en juillet 2005 soit environ 18 mois après la visite initiale d'agrément. La figure 22 montre en parallèle le cycle du programme d'Agrément Canada et le cheminement de la CFOT. On constate que la démarche de la CFOT suit parfaitement les étapes et les échéanciers prévus par le cycle du programme d'Agrément Canada.

Figure 22
Cycle suivi par la CFOT



5.2.1 Changement et apprentissage organisationnel

5.2.1.1 Composantes de la réussite d'un changement

5.2.1.1.1 Vision avec acquisition de nouveaux modèles et la compréhension réflexive et nouvelle utopie

Individus

Sur le plan de la vision, les éléments étaient solidement en place à la COFT. Sur le plan de la compréhension réflexive, les répondants ont identifié dans une proportion de 85 % que l'amélioration de la qualité était la raison pour laquelle la CFOT a adhéré au programme d'agrément. Au début de la démarche, 92 % percevaient l'agrément comme un moyen d'améliorer la qualité des services.

L'alignement entre la vision et la compréhension réflexive est crucial, car cette vision d'un nouveau modèle s'appuie sur un outil que les personnes estiment crédible. Il n'y a aucune discordance entre les objectifs et les moyens utilisés pour l'atteindre :

« Le désir d'améliorer la qualité a été le déclencheur qui a poussé l'organisation à s'engager dans le programme d'agrément. Le but, il ne faut pas l'oublier, était d'offrir aux usagers des services de qualité. »

Il y a eu des changements au sein du leadership de la CFOT entre la décision de reporter la participation et de réintégrer le programme. La venue d'une nouvelle direction a facilité le développement de cette vision et la création d'un nouveau modèle :

« Je dois dire que l'administration actuelle est plus convaincue que la précédente : nouvelle direction, nouvelle génération, nouvelle mentalité. »

Presque quatre répondants sur dix (39 %) ont participé à la décision d'adhérer au programme. Le report de la décision de participer au programme a permis aux dirigeants de discuter de la situation avec un plus grand nombre de personnes dans l'organisation :

« Pour la deuxième phase, j'ai été impliqué au maximum. »

Ceux qui n'ont pas été impliqués ne semblaient pas réellement offusqués de ne pas participer à la décision ou de ne pas avoir été consultés. La forte majorité était favorable au projet (87 %) :

« L'organisation a pris cette décision à la suite de celle de la Région. Par contre, je dois dire que notre organisation a toujours voulu participer à un programme d'accréditation. »

L'importance de l'implication des personnes dans la prise de décision s'est confirmée lors des entretiens semi-structurés. Ceux qui avaient été impliqués (5,7) dépassaient en nombre ceux qui ne l'avaient pas été (4,4). Que ce nombre soit supérieur à celui des répondants au questionnaire individuel n'est pas surprenant, car ce sont majoritairement des chefs d'équipe d'agrément qui ont participé aux entretiens semi-structurés.

La grande majorité des répondants (85 %) voyaient le programme d'agrément comme une source potentielle de changement pouvant avoir des répercussions sur leur travail quotidien (76 %) et plusieurs en avaient discuté (89 %) avec leurs collègues. En ce qui concerne les stratégies qui accompagnent le programme d'agrément, 70 % des répondants étaient d'avis que la stratégie de communication était adéquate.

Globalement, les conditions à la CFOT étaient favorables pour entreprendre un changement. La vision était partagée par la base et la direction. Les intervenants désiraient un changement et avaient confiance que le moyen utilisé apporterait les résultats anticipés. Les individus souhaitaient entreprendre l'agrément pour les mener vers une nouvelle utopie.

Équipes

Les équipes n'étaient pas encore formées à cette étape d'intégration du programme d'agrément ce niveau d'analyse ne s'applique pas.

Organisation

L'agrément a été identifié dès le début comme un bon moyen d'apporter des améliorations, et ce, à tous les niveaux de l'organisation. Les quelques mois qui se sont écoulés avant que la CFOT ne s'engage fermement dans la démarche on servi à une réflexion à l'interne et à bâtir la vision autour du projet.

« Il y avait donc un intérêt et une volonté d'améliorer les services et l'organisation l'a démontré dès le début. »

5.2.1.1.2 Compétences : leadership, compétences en gestion de la qualité et des personnes-ressources internes et externes

Individus

Sur le plan des compétences, les gens se considéraient bien préparés (69 %) et jugeaient que les responsables de la démarche l'étaient aussi (89 %). Cela a donc facilité l'appropriation du programme. Malgré cette perception, la connaissance des

programmes d'agrément était généralement très limitée (9,11). Certains connaissaient le programme ISO pour en avoir entendu parler ou avoir assisté à des présentations. D'autres avaient lu quelques articles dans des revues :

« Avant de me lancer dans cette expérience de l'agrément, je ne connaissais pas grand-chose. »

Bien que les répondants aient admis qu'il y avait un manque initial d'expertise, la perception que le personnel avait de la direction compensait en partie pour cette lacune. Il n'y a donc pas eu de confusion générée par cette insuffisance de compétence.

« Nous connaissons assez bien nos directeurs à partir du directeur général qui faisait déjà partie d'une organisation de qualité. Il a mis sur pied un bureau de la qualité. Il lui a donné les instruments nécessaires pour travailler. Les connaissances étaient déjà là. »

Sur le plan du leadership, les intervenants se sont responsabilisés, investis du sentiment qu'ils devaient assumer un rôle reconnu tant par la direction que par les instances régionales :

« Notre organisation est une organisation à l'avant-garde et souvent elle prend des initiatives courageuses. Elle bénéficie d'un rapport privilégié avec la Région. Quand celle-ci nous a demandé de collaborer à ce projet, nous avons accepté tout de suite parce que nous avons vu dans le programme proposé la possibilité d'entreprendre un processus qui mènerait à l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers. »

Équipes d'agrément

Les équipes n'étaient pas encore formées à cette étape d'intégration du programme d'agrément ce niveau d'analyse ne s'applique pas ici.

Organisation

Certaines compétences étaient disponibles (6,10) ou, de l'avis des répondants, se sont développées (2,2). Dans tous les cas, on pense qu'elles peuvent s'améliorer :

« Les compétences sont bonnes, mais elles doivent être améliorées. »

Au moment de l'adhésion, la CFOT manquait d'expertise pointue en matière d'agrément. L'organisation par contre bénéficiait de compétences transversales prêtes à être mises à contribution. Un bureau de la qualité était déjà en place depuis quelque temps. Son expertise était respectée. Les intervenants se sentaient responsabilisés et appuyés. Sur le plan de la compétence, l'organisation, malgré les défis évidents, se sentait prête.

5.2.1.1.3 Incitatifs avec de fortes pressions internes/externes, la décentralisation du pouvoir vers les équipes et la valorisation soutenue des promoteurs

Individus

Le personnel a également exercé de la pression. Le niveau de motivation du personnel a pesé lourd dans la balance :

« Quand j'ai vu la possibilité d'augmenter mes connaissances pratiques et concrètes en m'impliquant dans l'expérimentation d'un nouveau modèle que je connaissais seulement au niveau théorique, j'étais emballée et enthousiaste. »

La motivation du personnel est ressortie comme un des facteurs positifs qui ont facilité l'intégration du programme malgré le fait qu'il s'agissait d'une expérience qui ne pouvait aboutir en une reconnaissance officielle du statut d'établissement agréé :

« J'aimerais souligner le fait que l'organisation a accepté de participer de façon expérimentale à ce projet, tout en sachant qu'à la fin du processus il n'y aura pas une reconnaissance officielle (sinon le certificat qui est en arrière de vous). Cela démontre un haut niveau de motivation et une volonté de réussir tout à l'honneur de l'organisation. »

Parmi les facteurs de motivation à participer au projet d'agrément le plus important a été l'amélioration du système (7,10). D'autres poursuivaient des intérêts plus personnels (3,3). Les intervenants et les professionnels désiraient contribuer à un projet qui apporterait des résultats positifs :

1)

« C'est sûr et certain que tout ce qui offre la possibilité d'amélioration est vu de façon très positive non seulement par la direction, mais aussi par les chaque membre du personnel. Chacun de nous espère toujours améliorer son travail. »

2)

« Quand j'ai vu la possibilité d'augmenter mes connaissances pratiques et concrètes en m'impliquant dans l'expérimentation d'un nouveau modèle que je connaissais seulement au niveau théorique, j'étais emballée et enthousiaste. Je pouvais ajouter à ma connaissance théorique l'expérimentation d'un programme qui me permettait d'acquérir une connaissance pratique qui me manquait. »

Le chercheur a validé une réponse au questionnaire individuel dont les résultats soulignaient une discordance avec les propos recueillis dans les entretiens semi-structurés. La question portait sur les incitatifs mis en place pour encourager la participation; 84% des répondants étaient d'avis qu'aucun incitatif n'avait été mis en place. Après discussion avec des collègues italiens et révision des autres résultats, le chercheur est d'avis que la question a été mal interprétée par les répondants. Plusieurs personnes ont interprété des *incitatifs* comme des avantages ou bénéfices particuliers individuels.

Équipes d'agrément

Quatre personnes sur dix dans les équipes d'agrément (40 %) ont affirmé qu'une stratégie de mobilisation adéquate pour les inciter à s'impliquer avait été adoptée par la direction de l'hôpital. La direction a su mobiliser les employés autour du processus d'agrément (65 %).

Organisation

Les incitatifs de participation au projet sont venus principalement de trois sources : 1) la direction générale; 2) l'instance régionale; 3) les intervenants qui se sont approprié le projet dès le départ.

La décision de participer au programme a été prise à plusieurs niveaux. Plusieurs personnes ont soutenu que la décision a été prise conjointement. La direction

générale (6,6) revient le plus souvent comme l'instance qui a pris la décision, suivie des autorités régionales (5,5) et enfin l'organisme dans son ensemble (3,3). Manifestement, cette décision a été mûrie comme en témoignent ces extraits :

1)

« Après que la Région du Veneto et la Sogess nous aient fourni tout le matériel, et que le directeur sanitaire nous ait illustré le tout, j'ai pris, au nom de l'organisation, la décision de participer au programme. »

2)

« Il y a eu un décret régional qui demandait aux districts de Treviso et Belluno de participer au projet pilote. Nous avons été impliqués à la suite d'une rencontre au niveau de l'organisation. La direction nous a demandé de former des équipes. Le médecin-chef nous a encouragés à faire partie de ce projet-pilote. »

La promotion du projet et les pressions pour y adhérer provenaient aussi bien de l'externe que de l'interne :

« Deux motifs nous ont poussés à participer au programme d'accréditation. Le premier est venu de la part de la Région qui nous a vraiment encouragés à y participer et l'autre est venu de l'organisation qui était fort motivée à participer à un programme qui aurait permis d'améliorer les services offerts aux usagers. »

Les principaux motifs en ordre d'importance décroissant étaient : 1) l'amélioration de la qualité (6,9); 2) le moment est opportun pour l'organisation (5,8); 3) le besoin d'adhérer à des normes de qualité et d'avoir des indicateurs de mesure de la performance (6,8); 4) le rayonnement/image externe (3,3); 5) le besoin d'une évaluation externe (2,3); 6) le besoin de pouvoir faire des changements (2,2).

L'amélioration de la qualité des services est ressortie comme le facteur principalement invoqué (6,9) pour l'intégration du programme d'agrément dans la CFOT :

« Le projet d'accréditation, qui signifie excellence, stimule beaucoup ».

Dans la région de la Vénétie, il est obligatoire de participer à un programme de certification avec des normes minimales. Le programme d'Agrément Canada qui a des normes d'excellences revêtait donc un caractère particulier :

« Le désir d'améliorer la qualité a été le déclencheur qui a poussé l'organisation à s'engager dans le programme d'accréditation. Le but, il ne faut pas l'oublier, était d'offrir aux usagers des services de qualité. »

Le deuxième motif en importance invoqué a été le moment opportun pour l'organisation d'entreprendre cette démarche (5,8). Le fait que la CFOT ait reporté sa participation de quelques mois a certainement influencé les réponses et les commentaires à ce sujet :

« Le projet d'accréditation est tombé à point. »

D'autres y ont vu l'occasion de secouer l'organisation :

« Le programme nous a donné l'enthousiasme nécessaire pour poursuivre nos efforts à un moment où l'organisation était dans une léthargie et se montrait un peu paresseuse pour diverses raisons. »

Le besoin d'adhérer à des normes de qualité et d'avoir des indicateurs de mesure de la performance (5,7) a été le troisième motif en importance :

« Le choix de participer est la conséquence logique du désir de se doter de certains critères qui nous permettent d'évaluer la qualité de nos services. »

La CFOT a aussi voulu profiter de sa participation au programme pour accroître son rayonnement externe et son image :

« On devenait l'exemple pour les organismes sanitaires de la région. »

En résumé, pour ce qui concerne les incitatifs, les pressions internes et externes ont fonctionné à l'unisson. Pour les pressions internes, la direction et les intervenants directement impliqués dans la démarche partageaient un enthousiasme et une volonté de voir le projet prendre forme. Le fait qu'il n'y a pas eu de certificat d'agrément à la fin de l'exercice a suscité quelques commentaires mais n'a pas provoqué une réaction négative majeure.

5.2.1.1.4 Ressources avec les capacités excédentaires des acteurs légitimes, l'espace discrétionnaire d'autonomie et les capacités cognitives rationnelles des acteurs

Individus

Les intervenants ont dit souhaiter disposer de plus de ressources puisque 43 % les considéraient insuffisantes et seulement 34 % suffisantes. Au niveau des chefs d'équipes et de la coordonnatrice de la démarche, les résultats indiquent que la majorité (6,8) considérait les ressources suffisantes et une proportion importante, mais minoritaire était d'opinion contraire (4,5). Des efforts supplémentaires ont été exigés des participants, mais les acteurs avaient la capacité de les fournir :

« On a dû trouver le temps nécessaire pour travailler au projet. Tout le monde a dû faire des sacrifices pour trouver le temps nécessaire pour participer à l'auto-évaluation et au travail d'équipe. »

Équipes d'agrément

D'autre part, comme le démontre le passage suivant, le projet était coordonné par une équipe spécifique. L'ajout de ces ressources a été considéré comme un facteur critique pour la bonne marche de projet :

« Une ressource importante a été le groupe de projet dans le sens que, à la différence de ce que le manuel nous suggérait, au lieu de nommer un coordonnateur, nous avons préféré former une équipe de coordination. Elle était formée de deux personnes à temps plein, ma collègue de l'Office de la qualité et moi, deux personnes à temps partiel qui venaient des départements impliqués dans le projet et une personne de l'extérieur, le docteur Bertollo qui a suivi le projet comme représentant de la SOGESS. Cette équipe de cinq

personnes a été une ressource fondamentale et c'est grâce à elle si le projet est arrivé à bon port. »

Organisation

Les quelques mois de plus, entre février et avril 2003, avant que la CFOT n'intègre officiellement la démarche d'agrément, lui ont servi à mesurer à l'interne le degré de motivation envers le projet. Ces quelques mois ont aussi permis de confirmer les ressources financières nécessaires pour soutenir les activités supplémentaires de coordination à l'interne. Le bureau de la qualité de la CFOT s'est doté de quelques personnes supplémentaires temporaires pour l'appuyer. Ces personnes possédaient une expertise dans le domaine de l'agrément, acquise lors d'une autre phase du projet de la région. Elles ont contribué leur connaissance directe en matière de gestion de projet d'agrément. :

« Nous continuons à nous s'impliquer avec un nouvel élan et en exploitant mieux nos ressources même si elles sont très limitées par rapport au travail à accomplir. »

5.2.1.1.5 Plan d'action avec la visibilité de l'engagement de la direction, les stratégies de diffusion d'apprentissages et d'adhésion, la structure et l'échéancier

Individus

La stratégie de communication adoptée par la CFOT pour expliquer le déroulement de la démarche a été perçue favorablement par les personnes impliquées (70 %). La direction a su mobiliser les employés (65 %) et le plan d'action était considéré comme adéquat par 63 % des répondants :

« La direction de l'organisation a bien accueilli ce projet; elle l'a fait connaître à tout le personnel et elle l'a inséré dans la planification stratégique de l'organisation. »

Équipes d'agrément

Lorsqu'elles ont été formées, les équipes ont contribué au plan d'action (6,9) :

1)

« Il y avait un plan d'action qui a été présenté au début aux équipes et à partir duquel nous avons travaillé. »

2)

« À partir de ces informations, il y a eu plusieurs rencontres et une communication continue entre les différents membres de l'organisation. Il y avait toute sorte d'informations qui allaient de la signification du contenu à la modalité de réalisation de tout ce que le projet avait dans son ensemble. »

Mais, malgré des efforts de communication du plan d'action aux équipes, pour certains, la situation est demeurée moins claire (3,3) :

« Un plan d'action? Malheureusement, je ne l'ai pas vu au début. »

Organisation

Plusieurs facteurs ont contribué à encadrer la démarche notamment le groupe de coordination mentionné précédemment. La visibilité de l'engagement de la direction s'est manifestée et la stratégie de diffusion a été efficace :

« En effet, la direction a commencé à tenir plus compte des résultats du programme d'agrément et, ensuite, elle a reconnu et gratifié les personnes qui y ont participé pour le bon travail accompli. Plusieurs secteurs ont bénéficié de l'expérience du personnel qui a participé activement au programme. Toutes les améliorations dues à l'accréditation ont été insérées dans le document de planification de l'organisation. Ceci est une belle reconnaissance; une démonstration que la direction a tenue compte du travail qui a été fait. C'est cela que tout le monde voulait. Un résultat très positif. »

La reconnaissance s'est aussi manifestée à l'extérieur de l'organisation :

« Nous avons eu de la reconnaissance provenant aussi de l'extérieur de notre organisation. Nous avons été invités à publier un chapitre dans un livre; nous avons publié des articles dans des revues scientifiques importantes. »

Cette initiative a été reconnue tant au sein de l'organisation (8,10) qu'à l'extérieur par les médias (5,5). Cette reconnaissance s'est manifestée à l'échelle de la région (5,5),

du pays et ailleurs (6,7). Certains gestes ont été appréciés par les personnes impliquées dans le projet.

« Le directeur général a réuni tous les directeurs et tout le personnel. Il a fait un bilan de toutes les activités de l'année et il a présenté les résultats obtenus. Il a souligné que le programme d'accréditation a été l'activité la plus importante que l'organisation a réalisée en 2003. J'étais contente et avec moi tous ceux et celles qui avaient travaillé au programme. Nous étions gratifiés. Tous ceux qui étaient présents à la réunion nous félicitaient et nous en étions fiers. »

Le projet a été communiqué ailleurs dans des congrès et réunions sur la qualité.

« Nous avons exposé notre expérience à un congrès à Dallas en 2003. »

La CFOT a développé un plan d'action approprié, avec une visibilité et un engagement de la direction et avec des stratégies internes et externes de diffusion de l'apprentissage. Ce plan d'action était coordonné par un groupe légitime et dûment mandaté.

Les étapes du cycle d'agrément encadrent la démarche et les organisations sont invitées à soumettre un plan d'action. C'est à partir de cette planification que la visite s'organise. Il faut mobiliser une équipe de visiteurs, s'assurer de recevoir les documents d'autoévaluation et autre documentation requise. Il faut prévoir du temps pour la traduction des autoévaluations des équipes. Une telle entreprise n'est pas possible sans un plan d'action avec une série d'étapes et un échéancier à respecter. La CFOT s'est conformée à cette planification et la visite s'est déroulée comme prévu en octobre 2004.

5.2.1.1.6 Transformations de nature i) stratégique avec acquisition de management de la qualité; ii) organisationnelle avec structure, processus, acteurs et trajectoire/performance; iii) relationnelle entre l'organisation et son environnement, changement organisationnel réussi et transformation de l'organisation

Individus

Le mode de fonctionnement de l'organisation et des intervenants de la CFOT a changé :

« Moi, je pouvais connaître très bien mes problèmes mais non pas ceux des autres membres de l'organisation. Avec cette démarche, tout le monde a pu prendre conscience de l'ampleur des difficultés de l'organisation, mais aussi des aspects plus positifs. En effet, je me suis rendu compte qu'il y avait des aspects positifs que je ne connaissais même pas. »

Équipes d'agrément

Le travail d'équipe et l'interdisciplinarité ont fait l'objet de plusieurs commentaires. Les participants ont reconnu le changement et la contribution de l'approche :

« Disons que pour la première fois on retrouvait autour de la même table le chef du département (primario), l'infirmier et d'autres personnes. »

L'organisation et les personnes ont réussi à définir des problèmes spécifiques à résoudre et les moyens pour le faire :

« Ce programme nous a aidés à faire ressortir les situations problématiques et ensuite, nous avons entrepris le parcours d'amélioration. Ce fut une étape fondamentale dans le processus. »

Ceci est souligné dans cet extrait qui fait référence aux relations entre le personnel clinique de niveau différent :

« Je veux ajouter que le rapport que nous avons à l'intérieur de notre équipe entre médecins, consultants et infirmiers s'est beaucoup amélioré. »

Organisation

Parmi les transformations de nature stratégique, l'acquisition d'un management de qualité est celle qui revient le plus souvent. Les témoignages ont été sans nuances :

« Je dis que plus qu'améliorer, nous avons changé notre façon de travailler. Je pense que les priorités ont changé. Le programme d'accréditation nous a fait comprendre que la priorité est d'être capable de développer des modèles systémiques qui impliquent toute l'organisation. En ayant acquis cette conscientisation, il y a certainement eu une amélioration dans notre façon de travailler. »

Ces améliorations se sont rendues au chevet des patients :

« Nous avons pu constater l'amélioration du service offert aux patients. »

Sur le plan du changement organisationnel et de la culture, les gens ont changé leur approche et leur façon de procéder :

« Je dois ajouter l'implication de l'association des patients dans le processus. Sa participation a permis d'améliorer les rapports entre les diverses structures de l'hôpital. Une amélioration remarquable entre les opérateurs, les usagers et les parents des patients. »

Il y a aussi eu des transformations organisationnelles au niveau des structures. La participation au programme d'agrément a été l'occasion d'une mise à jour des politiques et procédures.

« Les informations à l'entrée (admission) du patient. Nous avons préparé un dépliant sur lequel nous avons mis plusieurs informations qui concernent le patient: comment il doit être accueilli, le respect de la confidentialité (pour les données concernant son état de santé). Cette façon de faire, basée sur les normes (et les modèles) apprises durant le programme d'agrément, nous a donné plus de confiance et nous nous sentons vraiment à l'aise. »

Il y a eu aussi des transformations au niveau des relations entre les acteurs. L'organisation a su intégrer le changement et les connaissances acquises (7,13) :

1)

« En ayant amélioré l'organisation à l'intérieur des départements entre le personnel, les médecins, les infirmiers et les dirigeants, c'est l'utilisateur qui en bénéficie grandement. Il y a une retombée directe sur lui. »

2)

« Celui qui me vient à l'esprit est ce que j'appelle l'infiltration multidisciplinaire. Je constate que, après le programme d'accréditation, plusieurs activités et plusieurs projets de type multidisciplinaire ont été mis sur pied. Donc, la logique est de travailler ensemble entre professionnels et non pas individuellement. Un autre objectif atteint peut être le système d'harmonisation de la communication entre les composantes sanitaires et les composantes administratives, grâce à la collaboration réciproque, le partage des connaissances et des besoins de chaque secteur. »

La CFOT a décidé d'établir de meilleures relations avec la communauté et de se doter de mécanismes réguliers de communication afin d'impliquer d'avantage ses clients. Dans une perspective de mettre en évidence cette transformation entre l'organisation et son environnement, nous avons choisi cet extrait qui exprime ce changement :

« Nous pouvons pris conscience de l'importance de faire participer la communauté à ce que nous sommes en train de faire. En effet, la participation s'est développée et continue à se développer de plus en plus. Actuellement, nous utilisons des canaux d'information tels que l'Internet, des circulaires, des bulletins d'information périodiques et des bulletins internes. Nous avons réalisé, à la suite de notre conscientisation, qu'il est très important de communiquer avec nos clients et utilisateurs toutes les activités que nous faisons en vue de réaliser notre programme d'amélioration de la qualité des services. »

Tout comme la HAA, la CFOT avait déclaré que l'objectif premier de son intégration dans le programme d'Agrément Canada était l'amélioration de la qualité des services à la clientèle. L'acceptation du projet par le personnel, avant même la décision d'y participer, a fait en sorte que le niveau d'implication a été rapide et a favorisé le changement organisationnel. Ceci a été critique pour l'intégration du programme d'agrément. La CFOT est une organisation établie depuis plusieurs siècles. La structure et les paliers hiérarchiques doivent être rigoureusement respectés sinon la communication devient plus difficile.

Sur le plan stratégique et dans une organisation aussi stable, il est plutôt intéressant de constater que l'agrément a permis de développer des valeurs partagées par une majorité des participants (68 %) et que le personnel a été mieux en mesure d'évaluer la qualité des services offerts aux usagers (79 %).

« Aujourd'hui, tout le monde a pu s'approprier à cette culture de gestion et on voit clairement qu'il y a eu une augmentation de la sensibilité de tout le personnel de l'organisation envers le patient. »

De plus, le personnel a été en mesure de reconnaître que la direction de l'établissement saisisait mieux les défis gérés par les divers groupes de travail dans l'hôpital.

« La direction a pu comprendre davantage les problèmes qui existent à l'intérieur de l'hôpital entre les différents groupes de travail. »

L'organisation s'est transformée mais un peu plus lentement. Les répondants ont considéré que la démarche a permis de mieux utiliser les ressources (43 %) et de mieux répondre aux besoins de la population (43 %). Bien que ces pourcentages peuvent sembler faibles à première vue, il faut considérer que la CFOT est un gros établissement et qu'il faut donc un certain temps pour effectuer des changements de cette nature.

CFOT 1)

« Les rencontres que nous avons organisées pour le processus d'accréditation nous ont permis d'améliorer notre activité. Elles nous ont permis de mieux exploiter les ressources existantes. »

CFOT 2)

« Disons que la culture individuelle est en train de devenir une culture de l'organisation. Le processus est entrepris. »

Sur le plan des transformations des relations, nous avons aussi constaté l'amorce d'autres changements. L'organisation a amélioré le niveau de conformité en matière

de : coordination à l'intérieur du système de santé, relations de travail et d'assurance d'un milieu sain de travail.

Plusieurs initiatives ont été proposées pour améliorer la qualité des services. Les plans d'action des cinq équipes de soins qui ont fait le suivi des recommandations d'octobre 2004 témoignent de progrès accomplis dans le cas de 34 des 40 recommandations. Parmi les dix initiatives « qualités transversales de la direction » proposées, huit visaient des améliorations qui ont un impact direct sur les usagers. Toutes ces initiatives sont en cours de réalisation.

« La direction de l'organisation a bien accueilli ce projet; elle l'a fait connaître à tout le personnel et elle l'a inséré dans la planification stratégique de l'organisation. Au début, dans le document de planification, on ne parlait pas de qualité de façon spécifique; par contre, on disait que l'organisation était intéressée à implanter des modèles d'amélioration de la qualité. Par la suite, à partir de la définition d'un objectif stratégique très clair (comme celui que nous avons vu à l'objectif numéro 8 qui parle d'améliorer continuellement les services en santé) que nous avons développé un plan triennal de la qualité. »

L'intégration du programme d'agrément a suscité un changement organisationnel et des améliorations de la qualité au sein de la CFOT. Ce changement organisationnel s'est opéré sur divers plans : transformations stratégiques et relations entre l'organisation et son environnement. Plusieurs de ces changements visaient l'amélioration de la qualité des services à la clientèle.

Conclusion

Les individus à la CFOT se sont grandement impliqués dans la décision d'intégrer le programme d'agrément. Ils étaient très motivés. En fait, plusieurs ont même fait des pressions pour que l'établissement participe au projet pilote.

Ils étaient convaincus que le programme d'agrément pouvait contribuer grandement à améliorer la qualité des services. Ils y voyaient des avantages personnels et professionnels, tout en étant conscients que le programme pouvait engendrer des

changements pour leur pratique individuelle. Certains avaient le sentiment que la CFOT se devait d'assumer son rôle de leader régional dans le domaine de l'agrément. Bien que peu connaissent le domaine de l'agrément, ils se considéraient bien préparés et, surtout, ils étaient convaincus que les responsables du projet l'étaient pour mener à bien la démarche.

Les équipes d'agrément ont reconnu l'importance du travail multidisciplinaire. Cela a permis de discuter de la qualité des services et de résoudre des problèmes dans une approche concertée.

Pour ce qui concerne le changement organisationnel, la vision s'inscrivait dans une volonté partagée par les intervenants internes et externes de créer un modèle raffiné, principalement axé sur l'amélioration des services à la clientèle. L'expertise, quoique limitée, était suffisante et des investissements concrets ont été consentis pour la réalisation de l'intégration de l'agrément. Les incitatifs sous forme de pressions externes et internes ont mobilisé les intervenants autour d'une action cohérente. Malgré des ressources limitées, l'engagement et la motivation des membres des équipes ont été des facteurs qui ont contribué positivement à la démarche. Pour ce qui est du plan d'action, il a été mis en œuvre comme prévu et les échéanciers ont été respectés.

Les résultats de la CFOT à partir du modèle d'analyse sur le changement organisationnel démontrent que les conditions pour la réussite d'un changement étaient bien en place lors de l'intégration du programme d'agrément. Malgré son retrait stratégique temporaire au départ, la CFOT s'est engagée dans la démarche et l'a menée à terme et avec succès.

Parce que l'organisation participait à un projet pilote, elle ne pouvait espérer obtenir son statut de reconnaissance d'agrément. Toutefois, cela n'a pas pour autant affecté le changement engendré dans l'organisme. Les individus et l'organisation misaient

possiblement sur une vision à plus long terme dans leur décision de participer au programme.

L'engagement de la direction, en particulier du directeur général, ainsi que celui des membres des équipes d'agrément, a facilité l'intégration du programme d'agrément. La direction a su négocier des conditions avantageuses avant de s'engager. Ceci a permis d'appuyer les efforts des intervenants dans ce dossier. En plus d'obtenir des ressources compétentes additionnelles, la direction a profité de ce délai pour renforcer l'engagement du personnel envers le projet. Il en est résulté une transformation stratégique et organisationnelle de l'établissement et des relations plus soutenues entre ce dernier et son environnement.

5.2.1.2 Composantes du processus d'apprentissage

5.2.1.2.1 Conditions facilitantes : se renseigner et décider d'adhérer au programme d'agrément

Individus

La CFOT a réfléchi pendant quelques mois avant de décider de participer au programme d'agrément. Cette période a permis de susciter la curiosité des intervenants et de les impliquer dans la discussion. Elle a aussi permis de générer de l'enthousiasme chez les membres des équipes quoique le niveau de connaissances sur le programme au moment de s'y joindre était plutôt faible et que ce fait ait été reconnu par la majorité des intervenants (69 %) :

« Pour la deuxième phase, durant laquelle le projet était centré sur l'hôpital, j'ai été impliquée dans la décision de participer. En effet, on m'a demandé si je pensais que l'Office de la qualité pouvait suivre le projet et en même temps, ce que je pensais du projet. »

Équipes

Les équipes n'étaient pas encore formées à cette étape d'intégration du programme d'agrément et ce niveau d'analyse ne s'applique pas ici.

Organisation

La CFOT a utilisé à bon escient les quelques mois entre sa propre intégration au programme d'agrément et celle des autres établissements de la région en établissant plus clairement la nature de sa participation. Cette période a servi notamment à mobiliser les intervenants dans l'organisme et à engendrer un appui important pour le projet. Ceci a créé des conditions facilitantes et positives d'apprentissages dont l'organisation dans son ensemble a su tirer profit.

5.2.1.2.2 Accroissement des connaissances individuelles : se préparer

Individus

L'information a été partagée avec le personnel (9,11) et le moyen privilégié pour ce faire était des réunions au sein de l'organisation au cours desquelles le programme a été discuté en détail :

« Il y a eu des rencontres d'information où le programme a été présenté avec le but et toutes les procédures nécessaires pour le réaliser. »

Cette étape (8,5), ex aequo avec celle de la visite, a été considérée comme la deuxième en importance du cycle d'agrément. C'est à cette étape qu'il importe de créer un environnement propice de façon à mobiliser les individus à la préparation des autres phases, car il faut accroître les connaissances individuelles. Selon le modèle d'analyse de Nonaka, il s'agit de la phase du « Partage des connaissances tacites » :

« Au début, chacun de nous est venu avec ses connaissances sur le sujet. Nous avons partagé ces connaissances et nous les avons raffinées au fur et à mesure que le programme se développait. Nous continuons ce processus d'apprentissage. »

Le taux de participation aux séances de formation a été élevé (82 %). Il semble que les sessions de formation ciblaient des types d'intervenants en particulier, car plus de la moitié (52 %) des répondants ont considéré qu'une partie seulement de leur

personnel a été impliquée. Ceci est normal, compte tenu de l'envergure de l'établissement quoiqu'il aurait été bénéfique qu'un plus grand pourcentage de personnes ait pu bénéficier des formations.

La formation structurée allée au contenu explicite du programme et du processus d'apprentissage en groupe, a été très profitable comme en témoigne ce participant :

« Plusieurs facteurs ont contribué à augmenter notre connaissance : par exemple, le niveau des normes a été relevé. Les processus de formation et d'auto-évaluation nous ont permis de découvrir que les connaissances ne sont pas suffisantes, s'il n'y a pas une prise de conscience, grâce à l'auto-évaluation. »

Équipes

Les équipes n'étaient pas encore formées à cette étape d'intégration du programme d'agrément ce niveau d'analyse n'e s'applique pas ici.

Organisation

Ce niveau d'analyse n'est pas non plus pertinent à cette étape de l'intégration du programme d'agrément. Néanmoins, la direction a sondé l'intérêt du personnel pour une éventuelle participation au programme. L'extrait qui suit démontre l'importance de cet intérêt pour créer des conditions propices à l'acquisition de connaissances par les personnes impliquées dans la démarche :

« Il y a eu plusieurs rencontres, plusieurs contacts avec le personnel et, à la fin, la direction a choisi les membres du personnel qui allaient suivre le programme d'agrément. »

5.2.1.2.3 Partage des connaissances tacites : autoévaluation

Individus

Pour les individus, la phase de l'autoévaluation a été de loin la plus propice à l'acquisition de connaissances (72 %). Elle a été une bonne occasion de partager ses idées (100 %). La participation était importante (98 %).

Équipes d'agrément

Le travail d'équipe a été considéré comme très important. L'autoévaluation a encouragé des discussions ouvertes sur la qualité des services (98 %). Les gens y ont participé activement (98 %). Les connaissances imbriquées à même le programme ont aidé à l'apprentissage (76 %) et ont permis d'identifier les lacunes dans l'organisation (76 %). Le travail d'équipe a encouragé les discussions (98 %).

Le cadre conceptuel et les dimensions de la qualité ont aidé à mieux comprendre (76 %). Les normes ont facilité l'identification des lacunes (76 %). Le programme a été une source de développement de connaissance :

1)

« En effet, tout le monde a compris qu'on ne peut pas dire : «Tout va bien ou tout va mal» si avant on n'apprend pas à s'autoévaluer. »

2)

« Le travail en équipe nous a permis, grâce à la discussion, de mieux connaître le travail des autres et comment ils l'accomplissaient. Le travail en équipe a été l'élément "coagulant". »

De l'avis des répondants, les échanges dans les équipes d'agrément ont favorisé l'ouverture de même que les échanges avec les autres équipes. Ces connaissances ont servi aux équipes d'agrément pour établir les priorités pour la résolution des lacunes identifiées (57 %). Par contre, on a tardé à implanter les changements (46 %). Ceci n'est pas surprenant, la CFOT est un gros établissement et les changements ne peuvent pas s'y opérer aussi rapidement que souhaité.

Organisation

Il n'est pas surprenant que l'étape de l'autoévaluation prenne autant d'importance dans le cycle d'agrément pour ce qui est de l'acquisition de connaissances. Il s'agit de la période la plus intensive et la plus longue. C'est à cette étape que les membres des équipes doivent assimiler le cadre conceptuel du programme d'agrément avec la définition de la qualité, les normes et les critères ainsi que les autres exigences en matière de

documentation requise. Les équipes doivent aussi s'évaluer spécifiquement par rapport à chacun des critères. Elles doivent donc se rencontrer fréquemment, les membres doivent accomplir des tâches entre les réunions et l'échange de connaissances se fait entre les membres et les collègues des autres services.

À cette étape, l'apprentissage au niveau de l'ensemble de l'organisation commence à se manifester, car les ramifications de la connaissance débordent le cadre des équipes individuelles:

« Le fait marquant a été qu'à partir du processus entrepris, nous nous sommes mieux connus entre nous, car nous avons amélioré notre système de communication entre les divers secteurs de l'organisation grâce à tous les contacts que nous avons eus durant la phase d'auto-évaluation. »

5.2.1.2.4 Conceptualisation/Cristallisation : planifier et tenir la visite

Individus

La visite a été considérée comme une occasion propice (81 %) pour les individus et comme ayant permis de prendre conscience de l'importance (69 %) du processus. Elle a servi de temps d'arrêt pour faire un bilan sur l'apprentissage. Bien que la très forte majorité des répondants a considéré la visite comme une expérience positive (83 %), elle n'aurait eu que très peu d'impact sur le renforcement des liens avec la communauté (43 %) ou avec les patients (29 %). Par ailleurs, la visite n'a pas apporté des modifications sur l'organisation du travail (77 %) ou touché à la structure (70 %).

Équipes d'agrément

L'apprentissage a commencé à se concrétiser dans les services ainsi que dans les autres secteurs de l'organisation où les éléments de non-compliance aux normes ont été identifiés. Cependant, les répondants étaient d'avis que les modifications tardaient à se manifester, seulement 23 % ont affirmé que des modifications avaient été mises en place dans leur service et 30 % ont observé des changements dans la structure. Par contre, 46 % ont affirmé qu'une réflexion sur la mise en place d'objectifs concernant la qualité avait été menée pendant cette période. Encore une

fois, il est probable que la taille et la complexité de l'établissement expliquent cet écart de temps entre l'autoévaluation et la mise en œuvre des apprentissages :

« La plus grande déception a été de réaliser qu'il n'y a pas eu de continuité dans le travail d'autoévaluation. Mon équipe est arrivée à une évaluation, mais après qu'est qu'on fait? »

Des indicateurs de performance en matière de qualité ont été déterminés (33 %). Mais certains répondants étaient d'avis que le travail entrepris dans leur service était peu reconnu au sein de l'établissement (30 %). La visite a été l'occasion de réfléchir sur la continuité des soins basée sur une coopération entre les différents services (50 %).

Organisation

L'étape de la conceptualisation/cristallisation vient à la fin de l'autoévaluation et à la fin de la visite d'agrément. Il faut acheminer les résultats de l'autoévaluation et autre documentation à Agrément Canada et à l'équipe de visiteurs pour que le travail de validation puisse commencer. Cette période a été un peu plus longue que d'habitude, car les documents d'autoévaluation ont dû être traduits en anglais avant d'être acheminés aux visiteurs pour que ces derniers puissent les comprendre.

Les enjeux, pour la CFOT, étaient importants et l'étape de la visite a été une occasion d'apprentissage. Par contre, cet apprentissage ne s'est pas matérialisé par des actions concrètes dans les services ou dans l'organisation au cours de cette période. Bien qu'il était difficile de passer à l'action, elle a permis d'établir les priorités (57 %) et de déterminer les actions requises pour opérer les changements et pour remédier aux lacunes identifiées. La valeur des séances de formation a été validée (93 %), et l'interaction avec les visiteurs lors de la visite (91 %) a été jugée comme ayant une valeur d'apprentissage.

5.2.1.2.5 Justification : rapport et certificat d'agrément

Individus

La CFOT n'a pas reçu de certificat d'agrément mais plutôt un certificat attestant de participation qui a été présenté immédiatement à la fin de la visite. Il n'y a donc rien à

signaler ici puisque cette étape a été imbriquée à même la précédente pour ce niveau d'analyse.

Pour ce qui est du rapport d'agrément, il a été largement distribué quoique plusieurs mois après la visite car il a fallu qu'il soit traduit en italien. Ceci a eu pour conséquence que le rapport a eu peu d'effets immédiats sur les individus.

Équipes d'agrément

Les recommandations ont fait l'objet d'une large diffusion (93 %) dans toutes les équipes d'agrément. Le succès a été célébré (46 %) bien que le rapport contenait un nombre très élevé de recommandations. Il comprenait toutefois des commentaires positifs que les gens ont appréciés.

Il faut cependant reconnaître que les enjeux étaient limités par le fait que, peu importe le résultat, la CFOT ne recevrait pas son statut d'agrément. Seul un certificat de participation d'Agrément Canada reconnaissait le travail accompli. En somme, le rapport et les recommandations ont provoqué peu de réactions dans l'immédiat.

Organisation

Pour des raisons techniques et de traduction, le rapport n'a pu être rendu disponible en italien avant plusieurs mois. Quant au certificat de participation il a été émis immédiatement après la visite, donc plusieurs mois avant le rapport. La direction générale a communiqué avec les médias locaux qui ont couvert la nouvelle de façon limitée. Dans la journée qui a suivi, il y a eu deux articles dans les quotidiens locaux. La direction a invité tout le personnel à assister à la rencontre-synthèse avec l'équipe de visiteurs qui a eu lieu la dernière journée de la visite. La salle était comble et la direction a organisé une petite réception immédiatement après cette rencontre avec les équipes d'agrément. Il y avait eu peu d'impact ou d'apprentissage significatif à cette étape pour l'ensemble de l'organisation.

5.2.1.2.6 Réseautage de la connaissance : apporter des améliorations et donner suite aux recommandations

Individus

Les intervenants ont développé des connaissances dans plusieurs domaines et des expertises qu'ils ne possédaient pas auparavant. Les résultats indiquent que la démarche d'agrément a été largement perçue comme une source pour acquérir de nouvelles connaissances, de nouvelles façons de raisonner et de nouvelles habiletés et pratiques (74 %). Ainsi, 89 % des répondants ont affirmé avoir acquis des connaissances sur le plan de l'éthique, 87 % sur le plan de l'approche axée sur le client, 87 %, sur la gestion des risques, 78 % sur le plan de la communication et 65 % en matière de pratique-qualité. Sur le plan de l'évaluation des services, la démarche a permis l'acquisition d'apprentissages (79 %). Les gens ont appris à travailler différemment dans leur quotidien. L'approche au travail a changé :

« Amélioré? Je dis que plus qu'améliorer, nous avons changé notre façon de travailler. Je pense que les priorités ont changé. Le programme d'accréditation nous a fait comprendre que la priorité est d'être capable de développer des modèles systémiques qui impliquent toute l'organisation. En ayant acquis cette conscientisation, il y a certainement eu une amélioration dans notre façon de travailler. »

La démarche a aussi modifié les conventions sociales (35 %) et l'équilibre entre les individus (41 %). Les connaissances acquises ont servi à améliorer la qualité des services aux patients (74 %) et ont eu un impact direct sur la qualité du secteur des répondants (56 %). L'utilisation de ces connaissances à l'échelle de l'organisme a été moins bien intégrée (35 %). La démarche a permis de développer des valeurs partagées par l'ensemble des participants (69 %) et de mieux travailler avec les partenaires (46 %).

Par contre, 65 % des répondants étaient d'avis que les services s'étaient améliorés et que l'organisme était mieux préparé pour faire face aux changements alors que 43 % étaient d'avis que l'établissement pouvait mieux répondre aux besoins de la

population. Cependant, ceux qui pensaient que les clients appréciaient ce travail (8 %) étaient peu nombreux.

Équipes d'agrément

Le rapport de la visite du mois d'octobre 2004 a donné lieu à 104 recommandations aux 14 équipes d'agrément. De ces recommandations, 24 avaient un degré de sévérité élevé. L'année suivante, lors de la visite du chercheur en Juillet 2005, sauf exception, toutes ces recommandations avaient fait l'objet d'un suivi à travers un plan d'action détaillé. Le chercheur a étudié et révisé les plans d'action de 9 des 14 équipes.

Quatorze des vingt-quatre recommandations avec un degré de sévérité élevé avaient été émises à des équipes qui ont soumis un plan de suivi explicite qui a été évalué dans le cadre de cette recherche. Les résultats montrent qu'une des recommandations est totalement implantée et que 10 des 30 activités requises pour implanter ces recommandations le sont aussi. Pour les 20 autres, 50 % des activités requises sont à plus de 75 % réalisées. Seulement quatre activités ne sont pas entamées dont deux concernent le service de la pharmacie.

Organisation

Les recommandations du rapport de visite ont été largement acceptées par la majorité des membres des équipes (93 %) et étaient perçues comme une opportunité de changement organisationnel (72 %). Elles ont aussi aidé à établir les priorités parmi les mesures à prendre par rapport à chaque dimension de la qualité (63 %) et les suggestions des membres des équipes concernant l'amélioration de services ont été prises en considérations (59 %). La très forte majorité avait l'impression d'avoir contribué (95 %).

Afin de donner suite aux recommandations, la direction générale s'est dotée d'un autre plan spécifique qui comprenait 10 initiatives-qualité. Ces initiatives avaient pour la plupart des applications et des répercussions transversales sur l'organisation,

c'est à dire qu'elles s'appliquent à plusieurs services. Elles ont fait l'objet d'un plan d'implantation dont les détails sont rapportés en annexe. Au moment de l'évaluation, le travail était amorcé pour chacune des initiatives et le degré d'implantation variait de 25 à 100 % :

« Nous avons développé un plan triennal de la qualité, à partir du rapport qui nous a été remis lors de la visite pilote. Le modèle que nous avons développé et suivi sera étendu aux autres structures et services de l'organisation. »

5.2.1.2.7 Le type de bureaucratie : facilitant versus coercitif

Individus

La démarche d'adhésion suivie par la COFT démontre que l'administration et le corps professionnel ont collaboré dès le début. L'administration n'a pas imposé sa vision. Elle l'a développée conjointement avec le personnel et celui-ci a été impliqué dans la prise de décision. L'intégration du programme d'agrément était souhaitée par le personnel et la direction s'est assurée de trouver des ressources pour appuyer le bureau de la qualité.

Sur le plan des conditions qui facilitent l'intégration de la démarche, l'enthousiasme du personnel (9,9), de la direction de l'établissement (6,7) et de l'autorité régionale (4,4) a été un facteur important. La direction a aussi été identifiée comme un facteur facilitant par plusieurs.

« La direction actuelle est plus convaincue que la précédente. »

Le personnel n'a pas signalé d'impact négatif au moment de l'intégration du programme d'agrément, mais plutôt le contraire, comme les résultats l'indiquent. Il est permis de croire que certains ont été déçus car il n'y avait aucune certitude que le programme serait, par suite de cette expérience, implanté de façon permanente dans l'établissement. Les répondants ont par ailleurs remarqué que l'agrément ne permet vraiment pas d'avoir plus d'autonomie au travail (30 %). Par contre, ils ont trouvé que la collaboration dans l'organisation s'était améliorée.

« En effet, nous avons compris le pourquoi de certaines situations alors qu'auparavant, nous n'avions pas une vraie perception. »

Équipes

Manifestement la direction a fait confiance aux équipes d'agrément en leur confiant la responsabilité des processus et des systèmes de gestion qui les concernaient. Cette approche a favorisé le développement de bonnes relations et un changement dans la culture de l'organisation (7,15). Ce climat a aussi encouragé le travail d'équipe et l'interdisciplinarité (6,8).

Organisation

Les données recueillies permettent d'établir que la CFOT a agi de façon à faciliter l'intégration de la démarche et que cela a été bien perçu par les intervenants. Elles permettent aussi de constater que les équipes avaient la latitude voulue pour implanter, à l'intérieur de certaines limites, les recommandations reçues.

Par ailleurs, la recherche a confirmé que le style de leadership de la CFOT est de type facilitant. L'intégration du programme d'agrément n'a pas modifié cette approche. Au plus, elle l'a renforcée.

La CFOT s'est de plus engagée dans cette démarche sans contrainte législative.

5.2.1.2.8 Le type d'adhésion : volontaire versus obligatoire

Individus

Près de la moitié des répondants (46 %) étaient d'avis qu'une participation obligatoire à la demande d'agrément peut mener à l'échec. De plus, l'approche volontaire était perçue comme augmentant les chances de réussite (78 %) et la fierté d'y participer (65 %). Les répondants étaient d'avis que malgré les efforts à consentir, l'agrément

en vaut la peine (78 %) et qu'il y a lieu d'encourager la participation avec une approche constructive et volontaire:

1)

« Personnellement, je pense que la participation devrait être volontaire. Si elle devait être obligatoire, je verrais une diminution de la motivation au cours du parcours. En effet, rendre obligatoire la participation peut seulement créer des problèmes. Par contre, une connaissance plus approfondie du programme pourrait stimuler l'enthousiasme à y participer. Il faut présenter le programme d'accréditation de façon à ce qu'il soit perçu comme très intéressant et qu'il stimule la participation de façon volontaire. »

2)

« Je pense que la participation doit être absolument volontaire et non obligatoire. Si quelqu'un veut s'impliquer, il prend l'engagement d'aller jusqu'au bout dans le processus avec ses capacités et beaucoup d'enthousiasme, tandis que s'il est obligé, il ne sera pas motivé. En effet, la motivation la plus importante est le désir d'améliorer la qualité des services. »

La préférence pour une participation volontaire est sans équivoque. C'est dans ce contexte que les intervenants de la CFOT ont été initiés au programme et ce fut un facteur important pour l'appropriation du programme. Les individus se sont manifestement sentis responsables lorsqu'ils ont été mis au défi par la direction générale et l'instance régionale.

Équipes

Ce niveau d'analyse n'est pas pertinent ici et les opinions recueillies lors des entretiens semi-structurés auprès des chefs d'équipes d'agrément ont été captés au niveau d'analyse qui traite des individus.

Organisation

L'organisation a négocié habilement sa participation au projet avec l'instance régionale. Elle a su obtenir des conditions favorables sous forme de ressources additionnelles pour son bureau de la qualité. Ces ressources additionnelles ont facilité la démarche.

Conclusion

L'engagement des individus envers le programme d'agrément s'est manifesté dès la première étape du cycle d'agrément ce qui a créé un climat favorable à l'apprentissage. Les sessions de formation ont été très fréquentées et ont généré de l'apprentissage.

Bien que le niveau de collaboration entre les individus se soit amélioré, une majorité sentaient qu'ils ne bénéficiaient pas d'une plus grande autonomie dans leur travail. Par contre, les individus étaient d'avis que l'établissement était en meilleure position pour faire face au changement et relever les défis éventuels.

Pour les équipes, la phase de l'autoévaluation est celle pendant laquelle l'apprentissage a été le plus significatif. Le travail d'équipe a permis d'évaluer la qualité des services, en identifiant les lacunes. Les discussions se sont déroulées dans un climat convivial qui a favorisé les échanges.

De nouvelles connaissances ont été acquises dans les domaines de l'approche clientèle, de l'éthique professionnelle, de la gestion des risques et de l'évaluation des services. Il en est résulté de nouvelles façons de faire.

Par contre les équipes ont trouvé que les changements auraient pu s'opérer plus rapidement. Les recommandations ont fait l'objet d'une grande attention et des plans d'action pour leur mise en œuvre ont été développés.

L'approche de type facilitant a favorisé la confiance au sein des équipes et le travail interdisciplinaire.

Sur le plan de l'apprentissage, les résultats pour les trois niveaux d'analyse démontrent qu'il y a eu des apprentissages dans le cadre d'une dynamique de transferts entre les individus, les équipes d'agrément et l'organisation. Il y a eu des apprentissages importants pendant la période du réseautage de la connaissance. C'est à cette étape que l'apprentissage a un plus grand impact sur l'organisation. Ces

apprentissages ont été réalisés grâce à une bureaucratie de type facilitant. Les individus étaient par ailleurs d'avis qu'il ne faut pas imposer l'adhésion au programme et qu'une approche de participation volontaire favorise l'engagement et l'appropriation du processus par le personnel.

Les 104 recommandations reçues lors de la visite d'octobre 2004 ont fait l'objet de discussion et le chercheur a pu évaluer les plans d'action de neuf des quatorze équipes. L'analyse de ces plans et de la documentation démontre que l'ensemble de la CFOT a réussi à apporter des améliorations qui se répercutent sur l'ensemble des usagers de l'établissement.

CFOT 1)

« En ayant amélioré l'organisation à l'intérieur des départements entre le personnel, les médecins, les infirmiers et les dirigeants, c'est l'utilisateur qui en bénéficie grandement. Il y a une retombée directe sur lui. »

CFOT 2)

« En effet, nous avons maintenant un laboratoire plus efficace et d'autres activités comme la communication a été améliorée. Je crois que le programme d'accréditation a été à la base de tous les processus d'amélioration des services aux patients. »

5.2.1.3 Niveau de compliance

La première mesure du niveau de compliance a été faite par une équipe de visiteurs d'Agrément Canada au cours d'une visite en octobre 2004, soit environ 12 à 14 mois après que la CFOT eut officiellement intégré le programme. Il ne s'agit toutefois pas d'une mesure de base, car l'organisation était prête pour la visite après avoir complété et acheminé l'autoévaluation des équipes d'agrément tel que requis par Agrément Canada. Cette mesure du niveau de compliance est donc considérée comme ayant été prise à T = 1 et non pas comme celle de base (T = 0) pour la HAA.

La deuxième mesure (T = 2) a été prise en juillet 2005, soit environ 18 mois plus tard auprès de cinq des quatorze équipes d'agrément. Les représentants de cinq équipes

ont été rencontrés et interviewés. De plus la documentation et les plans d'action de ces équipes ont été étudiés pour établir le niveau de compliance.

Les cinq équipes sont : 1) leadership et partenariat; 2) gestion de l'environnement; 3) gestion de l'information; 4) gestion des ressources humaines; 5) médecine. Ces cinq équipes ont été choisies parce qu'elles couvrent une bonne partie des activités de l'organisation, beaucoup plus que toute autre combinaison.

Les écarts entre les résultats de la première et de la deuxième mesure sont présentés dans les figures qui suivent en commençant par les cinq équipes d'agrément suivies de l'organisation. Comme pour la HAA, chaque section de normes est divisée en sous-sections. Le nombre de sous-sections varie selon la section de normes. Elles peuvent aussi être légèrement différentes de celles de la HAA puisqu'une version différente de MIRE a été utilisée pour la CFOT. L'annexe I explique la structure des normes et présente les sections et sous-sections.

Individus

L'évaluation du niveau de compliance aux normes et critères du programme d'agrément ne s'applique pas au niveau d'analyse « individus ».

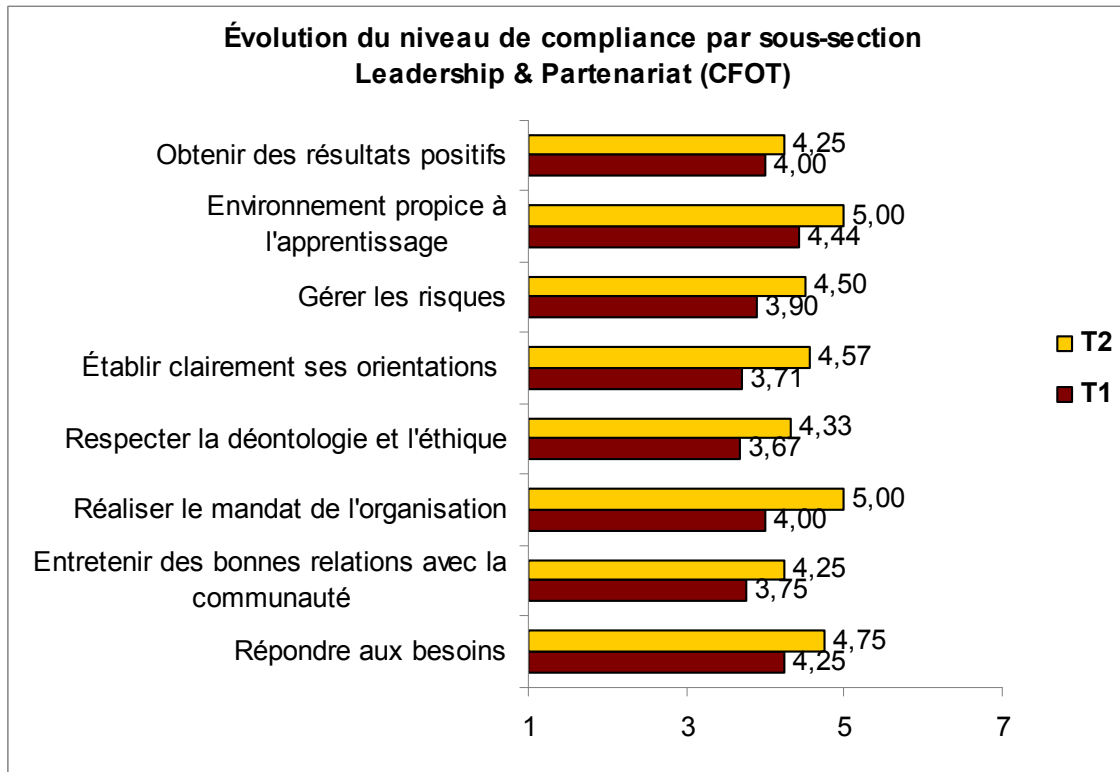
Équipes d'agrément

1) Leadership et partenariat

La figure 23 présente les résultats de l'équipe « Leadership et partenariat ». Cette équipe est responsable de la gouvernance et de la gestion des opérations de l'organisation. Il y a dans cette section 14 normes, 52 critères et 8 sous-sections.

Cette équipe a progressé dans toutes les sous-sections, mais de façon plus significative dans les sous-secteurs « Réaliser le mandat de l'organisme » (1,0), suivi de « Établir clairement ses orientations » (0,86), puis « Respecter la déontologie et l'éthique » (0,66), et enfin « Gérer les risques » (0,60).

Figure 23
Performance détaillée - Équipe de leadership et partenariat par sous-section (CFOT)



L'équipe a reçu huit recommandations lors de la visite d'octobre 2004. Vingt mois plus tard, le plan d'action qu'elle avait développé en réponse à celles-ci démontre qu'il y a eu progrès dans l'implantation de six de ces huit recommandations. Certaines recommandations nécessitent jusqu'à huit activités. Au total, le plan d'action prévoit 30 activités dont 12 ont été entièrement réalisées, 11 le sont dans une proportion de 75 à 100 %, 2 dans une proportion de 50 à 75 %, 4 dans une proportion de 25 à 50 % et une dans une proportion de 0 à 25 %.

La direction générale a aussi identifié dix initiatives-qualité par suite de cette visite d'agrément. Elles sont toutes en lien avec les recommandations, mais comme les répercussions étaient transversales à l'ensemble de l'organisation, l'impact est important et l'implantation plus complexe. Toutes ces activités reliées à ce plan d'action sont bien engagées et le pourcentage d'implantation varie de 25 à 100 %.

Les principales réalisations concernent l'amélioration des activités et des stratégies de communication, la mise en œuvre d'un cadre de référence en matière d'éthique, la planification stratégique, la gestion des risques et enfin la gestion du programme qualité.

L'équipe « Leadership et partenariat » a progressé de façon marquée sur le plan de la compliance aux normes dans les sous-sections qui font référence à l'établissement d'orientations claires pour l'organisme et à la réalisation de son mandat. La direction générale a inscrit sa participation au projet de l'agrément dans sa planification stratégique et a fait de la promotion de la qualité des services un objectif organisationnel.

Pour les initiatives globales en matière de qualité, il a été décidé d'utiliser l'information sociodémographique et populationnelle pour identifier les besoins de la population et ajuster l'offre de services en fonction des besoins.

« Nous avons réussi à nous améliorer en développant la culture de la prépondérance du patient. »

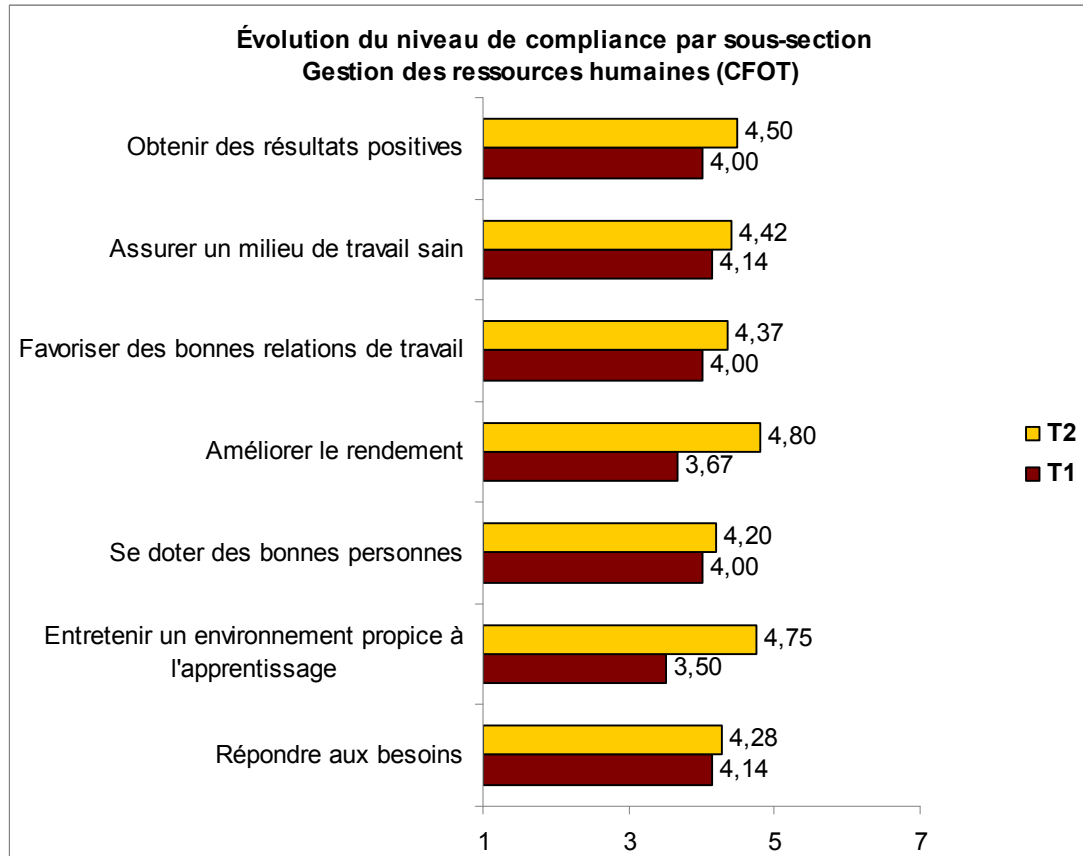
2) Gestion des ressources humaines

L'évolution de niveau de compliance de l'équipe « Gestion des ressources humaines » est présentée à la figure 24. Cette équipe gère l'ensemble des ressources humaines, incluant la planification des besoins, le maintien et l'évaluation des compétences et l'assurance d'une main-d'œuvre qualifiée sur une base continue. Dans cette section il y a 11 normes, 44 critères et 7 sous-sections.

Toutes les sous-sections affichent des variations positives avec des variations importantes dans le cas de « Entretenir un environnement propice à l'apprentissage » (1,25) et « Amélioration du rendement » (1,13). Trois sous-catégories ont dépassé la cote de 4,5 lors de la deuxième évaluation. La variation la moins importante concerne

la sous-section « Réponse aux besoins » (0,14). La variation moyenne dans les sous-sections est de 0,55.

Figure 24
Performance détaillée - Équipe de gestion des ressources humaines par sous-section (CFOT)



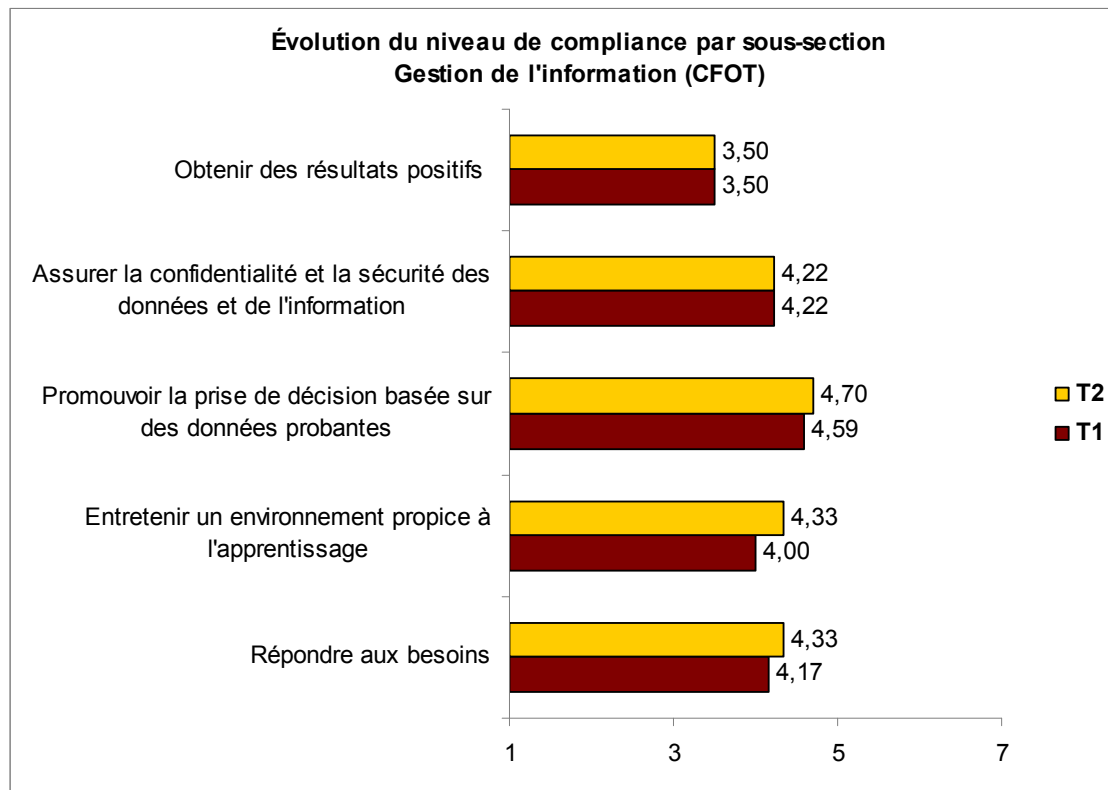
L'équipe a reçu sept recommandations lors de la visite. Le plan d'action démontre des progrès pour six d'entre elles. Le niveau d'implantation est de l'ordre 25 à 50 % pour cinq recommandations et une recommandation est implantée dans une proportion de 75 à 100 %. Les principales réalisations concernent : 1) le développement d'un plan de la gestion des ressources humaines; 2) l'évaluation des processus de gestion; 3) l'octroi de privilèges des médecins; 4) le développement d'un système d'appréciation du rendement; 5) la mise en place de politiques et de procédure sur les plaintes envers le personnel.

3) Gestion de l'information

Les résultats pour l'équipe « Gestion de l'information » sont présentés à la figure 25. Dans cette section il y a 9 normes, 37 critères et 5 sous-sections. Cette équipe est responsable de tous les aspects nécessaires à la prise de décision au plan clinique et administratif ainsi que des aspects de confidentialité notamment dans la tenue de dossiers. Il y a eu des progrès dans le cas de trois sous-sections allant de 0,33 et 0,11. Deux autres sous-sections sont restées au même point. La progression moyenne était de 0,12. Une seule sous-section a franchi la moyenne de 4,5 lors de la deuxième mesure et aucune n'était à ce niveau après la première évaluation.

Figure 25

Performance détaillée - Équipe de gestion de l'information par sous-section (CFOT)



Cette équipe avait atteint un niveau d'implantation de l'ordre de 75 à 100 % pour les cinq recommandations qui lui avaient été faites lors de l'évaluation de juillet 2005.

Les progrès observés concernent : 1) l'amélioration des communications; 2)

l'évaluation des résultats; 3) un meilleur suivi au niveau des commentaires reçus des

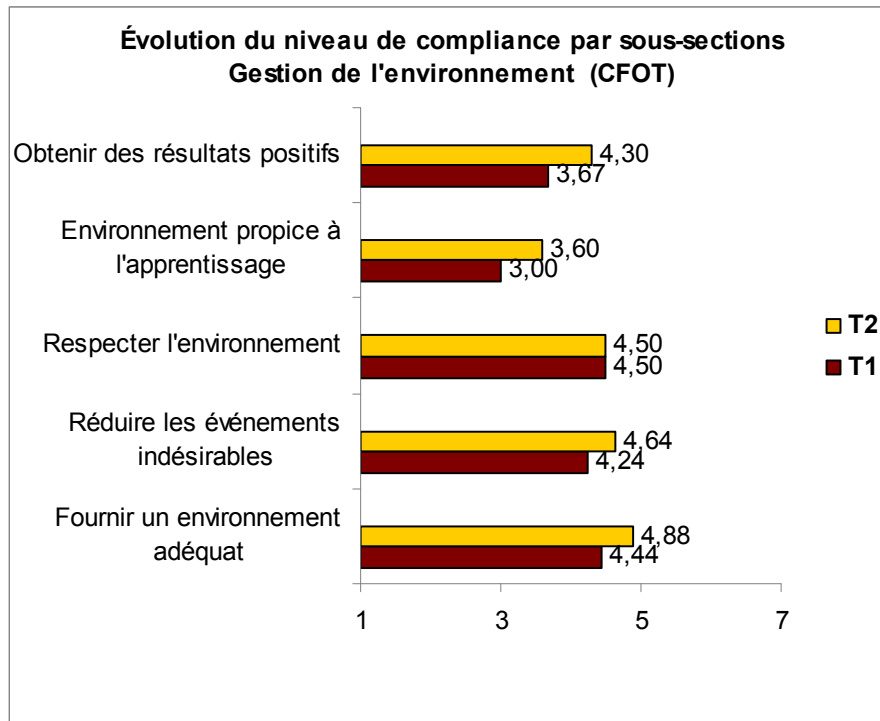
patients et des utilisateurs; 4) la tenue des dossiers; 5) la satisfaction des usagers des services.

4) Gestion de l'environnement

La figure 26 concerne l'équipe « Gestion de l'environnement ». Cette section comprend 8 normes, 35 critères et 5 sous-sections. Cette équipe gère principalement les aspects sécuritaires des lieux et des personnes. On retrouve parmi ses responsabilités la planification et les mesures de prévention en matière de désastre et d'incendie ainsi que la prévention et le contrôle des infections.

Ici il y a eu progression dans quatre sous-sections alors qu'une seule est restée au même point. L'importance de la progression se situe entre 0,63 « Obtenir des résultats positifs » et 0,4 « Fournir un environnement adéquat ». La variation moyenne est de 0,41 alors que deux ont franchi le cap de 4,5 lors de la seconde évaluation.

Figure 26
Performance détaillée - Équipe de gestion de l'environnement par sous-section (CFOT)



Cette équipe avait reçu six recommandations lors de la visite initiale. Elle s'est par la suite dotée d'un plan d'action. Au moment de l'évaluation de juillet 2005, toutes les recommandations avaient fait l'objet de travaux importants. Dans un cas, ils étaient réalisés dans une proportion de 25 à 50 %, dans un autre dans une proportion de 50 à 75 % et dans deux autres cas dans une proportion de 75 à 100 %. Dans deux autres cas, les travaux étaient entièrement réalisés.

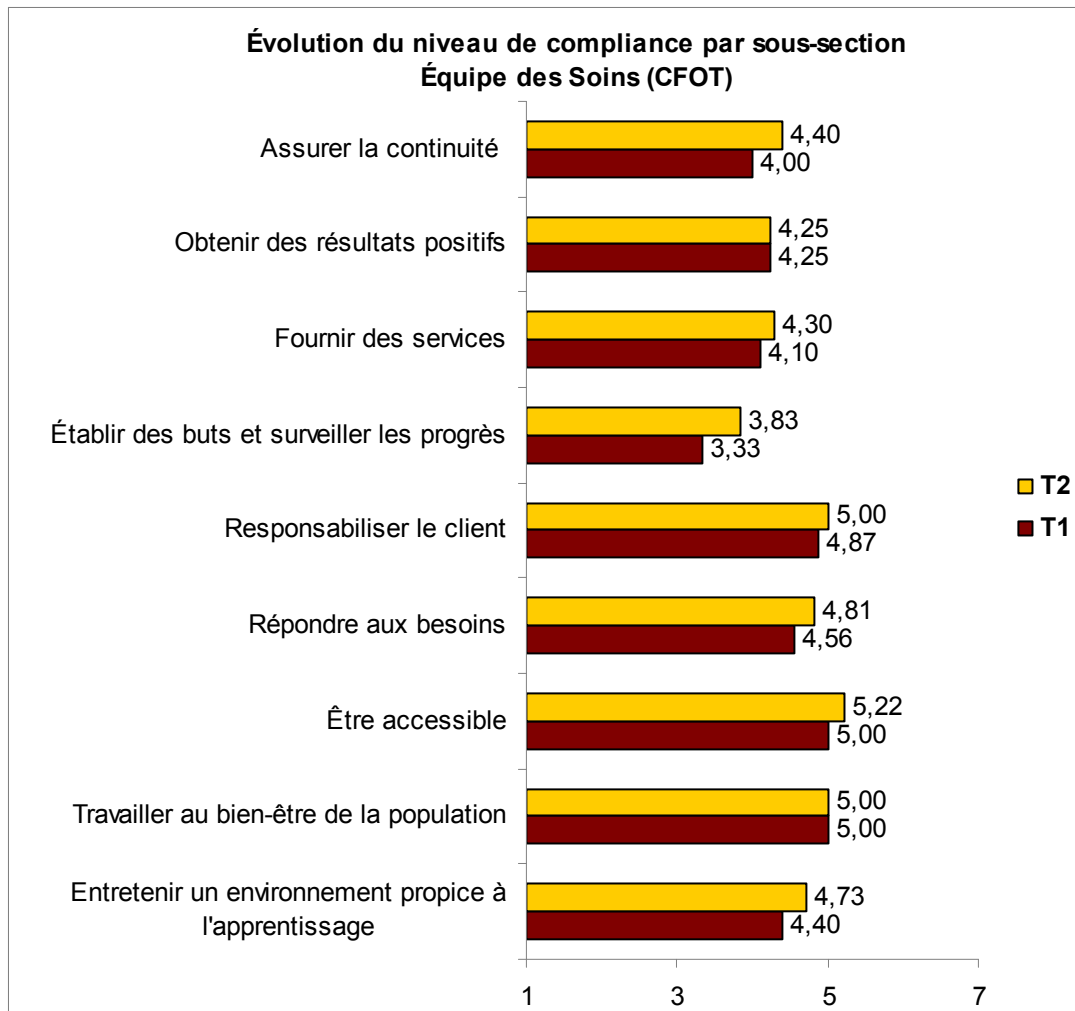
Les progrès accomplis concernaient l'amélioration : 1) des espaces physiques; 2) de la sécurité en matière de transport; 3) de la préparation en situation de désastre et d'urgence; 4) de la mesure des résultats obtenus en matière de gestion de l'environnement.

5) Équipe de soins de médecine

Les résultats de la dernière équipe, « Soins de médecine », sont présentés à la figure 27. Cette section comprend 17 normes, 95 critères et 9 sous-sections. Les normes concernent la démarche de planification des soins et services, la mise en place de pratiques et procédures couvrant la démarche de soins, l'évaluation de la qualité des services offerts en passant par la dotation de mesure ainsi que l'évaluation des résultats et les initiatives d'amélioration.

Il y a des variations positives dans sept des neuf sous-sections. Les variations se situent entre 0,5 pour « Établir des cibles » et 0,13 pour « Responsabiliser les clients ». La variation moyenne est de 0,23. Une seule sous-section a franchi le cap de 4,5 lors de la deuxième évaluation. Par contre, trois des sous-sections se sont classées à un niveau de 5,0 et plus soit : « Responsabiliser les clients » (5,0), « Être accessible » (5,22) et « Travailler au bien-être de la population » (5,0).

Figure 27
Performance détaillée - Équipe de soins de médecine par sous-section (CFOT)



Cette équipe avait reçu un total de 11 recommandations qui ont toutes fait l'objet de suivi. Le niveau d'implantation était : de 0 à 25 % dans un cas, de 25 à 50 % dans un autre, de 50 à 75 % dans quatre cas et de 57 à 100 % dans six autres cas. Les améliorations ont touché les secteurs suivants : 1) la recherche sur les pratiques exemplaires; 2) la prévention; 3) la coordination des services; 4) l'accès aux services diagnostics; 5) l'information aux patients; 6) l'implication des familles; 7) la gestion des situations d'agression; 8) la mise en place de services de support émotionnel.

Conclusion

L'évolution dans le niveau de compliance par rapport aux normes et aux critères démontre que les équipes ont progressé. Toutes les équipes qui ont fait l'objet d'une deuxième mesure ont amélioré leur résultat général, et ce, dans presque toutes les sous-sections des normes. Il n'y a pas eu de régression du niveau de compliance. Seuls cinq sous-sections sont restées au même point sur trente-quatre au total. Les équipes ont poursuivi le travail après la visite d'agrément et ont réussi à implanter des changements dans la qualité des services à la clientèle.

CFOT 1)

« Dans toutes les équipes, il y a eu un accroissement de connaissances. »

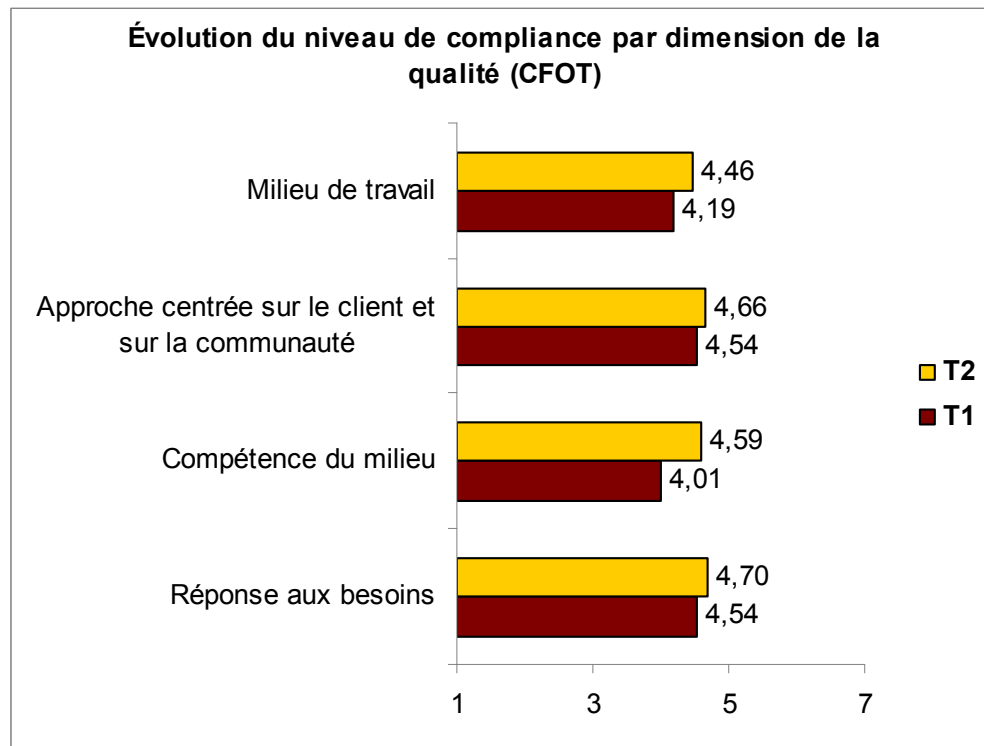
CFOT 2)

« Nous nous sommes assis autour d'une table, entre collègues qui ne se voient qu'occasionnellement et toujours à la course. Le programme nous a donné une occasion de croissance en confrontant nos façons de travailler. À l'intérieur des équipes, il y a toujours des possibilités d'échanges importants. »

Organisation

La figure 28 montre l'évolution de la performance organisationnelle par rapport aux quatre dimensions de la qualité entre les deux mesures de la performance, en comparant les moyennes des pointages obtenus sur l'ensemble des critères qui se rattachent à cette dimension. Nous y constatons une progression pour toutes ces dimensions. La plus importante concerne la dimension « Compétence du milieu » avec 0,58 suivi de « Milieu de travail » avec 0,27, de « Réponse aux besoins » avec 0,16 et de « Approche centrée sur le client et sur la communauté » avec 0,12. La variation moyenne est de 0,26.

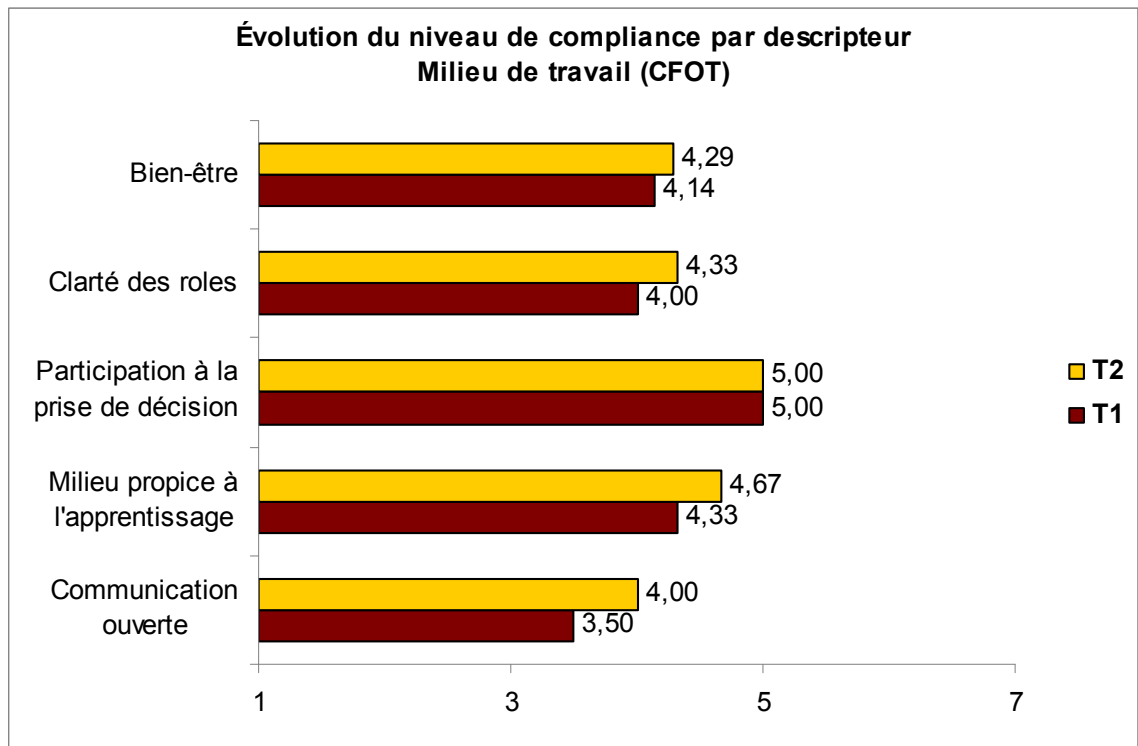
Figure 28
Performance organisationnelle sur les dimensions de la qualité (CFOT)



Milieu de travail

Quatre des cinq descripteurs pour la dimension « Milieu de travail » soit : 1) communication ouverte; 2) clarté des rôles; 3) participation à la prise de décision; 4) environnement favorisant l'apprentissage; 5) bien-être; ont progressé. Les variations les plus significatives concernent « Communication ouverte » avec 0,5, suivie de « Environnement favorisant l'apprentissage » (0,34) et de « Clarté des rôles » (0,33). Seul le descripteur « Participation à la prise de décision » est resté au même point. Cependant, ce descripteur avait une cote de départ de 5,0 ce qui le situait bien au-delà de la cote moyenne de départ de 4,2 pour l'ensemble des descripteurs de cette dimension de la qualité. La moyenne des variations était de 0,34.

Figure 29
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Milieu de travail (CFOT)



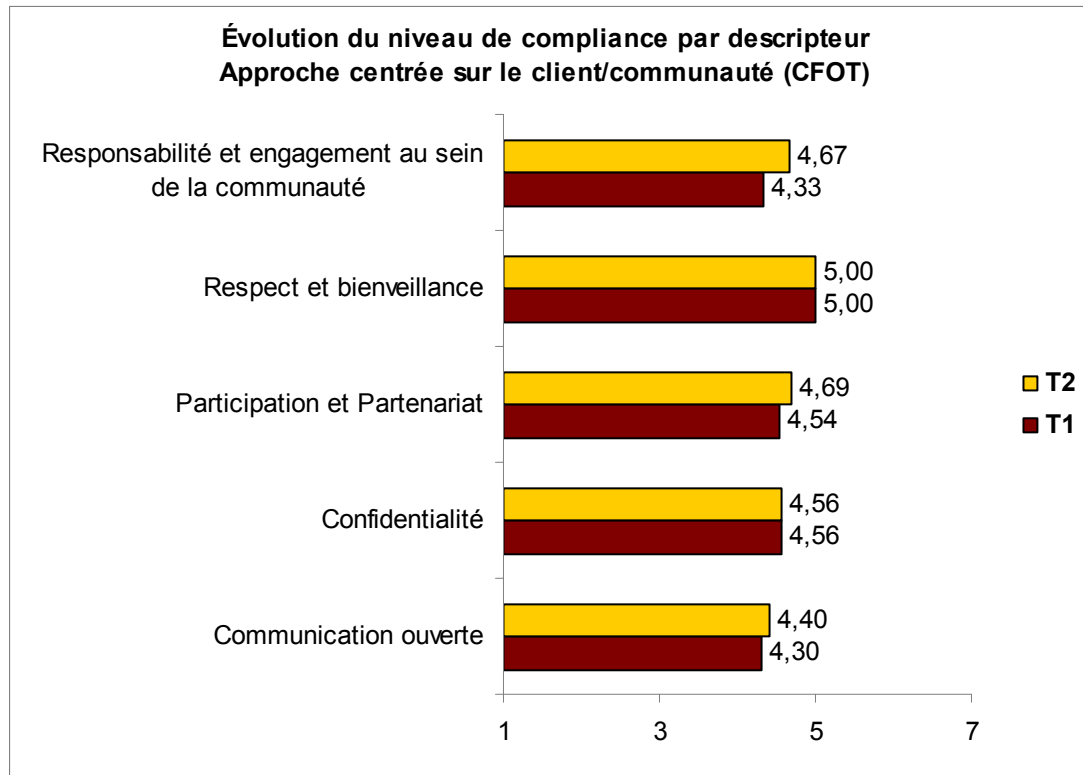
Approche centrée sur le client ou la communauté

Les descripteurs qui se rattachent à la dimension « Approche centrée sur le client ou la communauté » sont aux nombres de cinq: 1) communication; 2) confidentialité; 3) participation et partenariat; 4) respect et bienveillance; 5) responsabilité et engagement au sein de la communauté.

Les variations entre la première et la deuxième mesure indiquent une progression modeste pour deux des cinq descripteurs. « Respect et bienveillance » et « Confidentialité » sont par ailleurs restés au même point. Il y a une diminution de - 0,85 dans « Participation et partenariat ». C'est la seule variation négative observée parmi tous les descripteurs. La progression la plus importante est dans le descripteur « Responsabilité et engagement au sein de la communauté » (0,34) qui a été le seul à franchir le cap de 4,5.

Figure 30

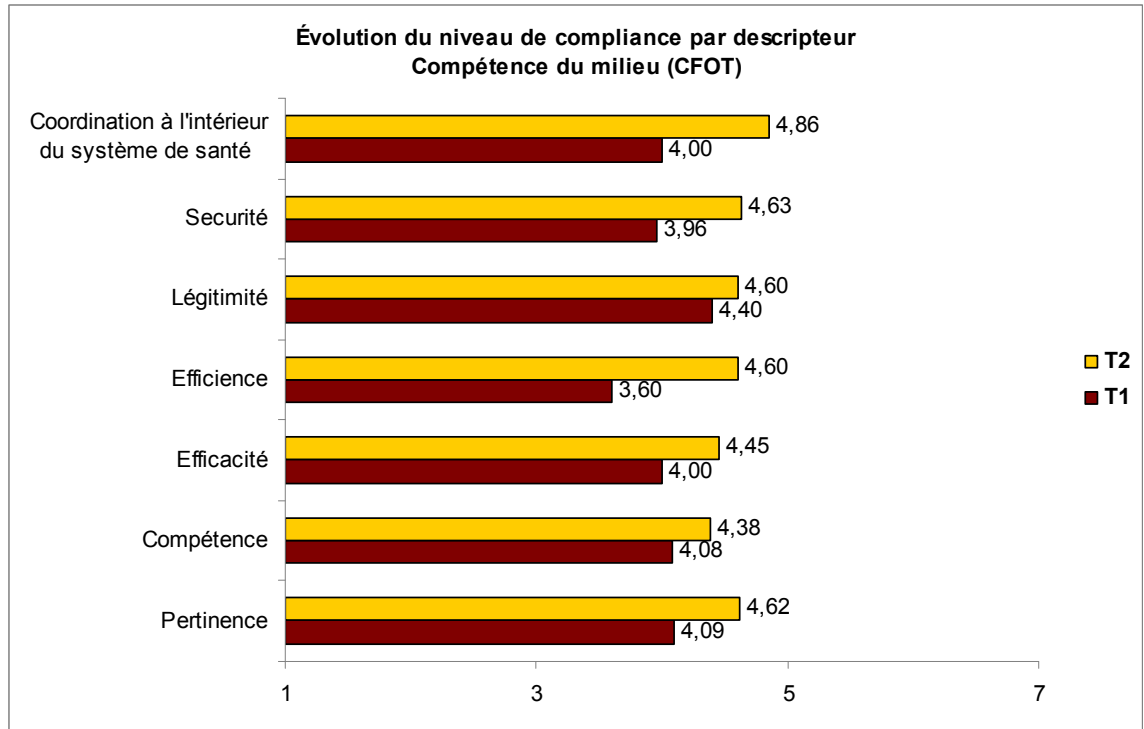
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Approche centrée sur le client ou la communauté (CFOT)



Compétence du milieu

La dimension « Compétence du milieu » est composée de sept descripteurs: 1) coordination à l'intérieur du système de santé; 2) compétence; 3) efficacité; 4) sécurité; 5) légitimité; 6) efficience; 7) pertinence. Il y a eu progression dans tous les descripteurs. « Efficience » (1,0) et « Coordination à l'intérieur du système de santé » (0,86) sont les descripteurs qui ont progressé le plus. Tous, sauf « Compétence » sont au-dessus de la cote 4,5 et une progression pour atteindre ce niveau a été constatée lors de la deuxième mesure.

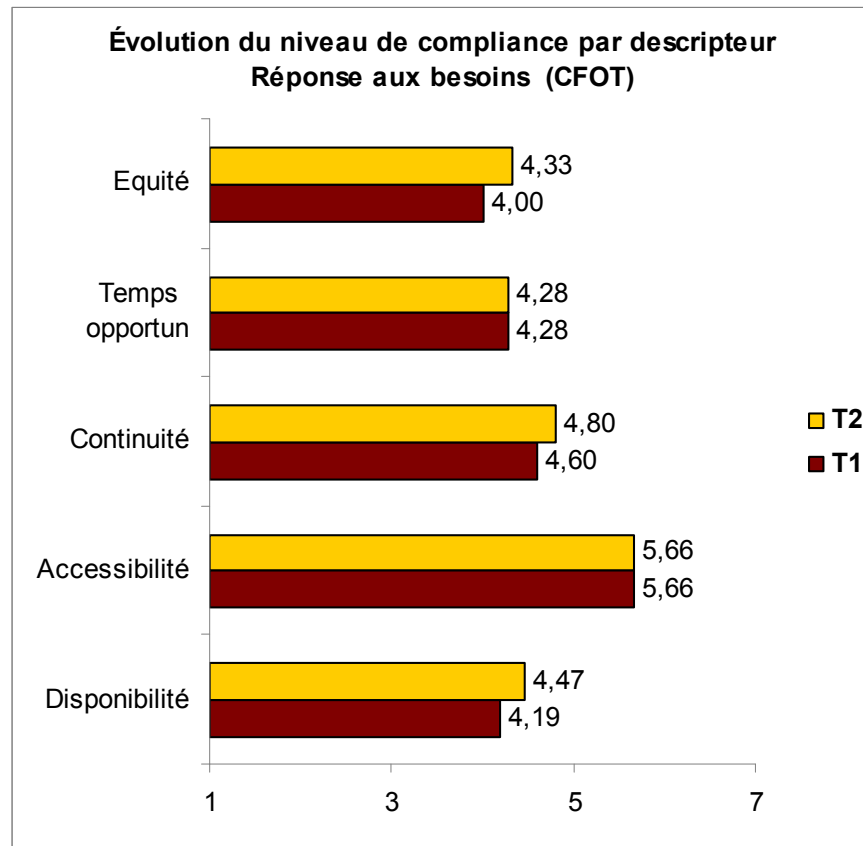
Figure 31
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Compétence du milieu (CFOT)



Réponse aux besoins

La dimension « Réponse aux besoins » se compose de cinq descripteurs : 1) équité; 2) continuité; 3) temps opportun; 4) accessibilité; 5) disponibilité. Il y a eu progression pour trois descripteurs alors que les deux autres affichent un score identique. La plus importante concerne « Équité » (0,33) et la plus faible « Continuité » (0,20). La moyenne est de 0,2.

Figure 32
Performance détaillée sur les descripteurs de la dimension - Réponse aux besoins (CFOT)



L'organisation se situe globalement légèrement sous le niveau de bonne conformité selon l'échelle de Likert et les définitions du programme MIRE qui s'y rattachent. Les critères de reconnaissance d'Agrément Canada établissent que 4,5 est le niveau minimum pour obtenir le statut d'agrément. Ce seuil a été atteint dans la dimension « Compétence du milieu » lors de la deuxième mesure. Pour les autres dimensions de la qualité, la deuxième mesure n'a pas enregistré de changement pour cet aspect de la performance.

Compte tenu de la progression observée entre T = 1 et T = 2 dans les quatre dimensions de la qualité et dans tous les descripteurs sauf un, il est très probable que la variation entre T = 0 et T = 1 aurait été elle aussi positive. De plus l'importance de cette variation aurait été plus grande.

Conclusion

Les résultats démontrent une progression du niveau de compliance au niveau des équipes et de l'organisation dans tous les secteurs d'activités. Bien que la première mesure de performance ait été prise au moment de la visite, donc à T = 1, il y a eu progression enregistrée avec la mesure T = 2 qui a été prise environ 18 mois plus tard.

Toutes les équipes rencontrées ont préparé un plan d'action pour donner suite aux recommandations reçues lors de la première visite. Sauf quelques exceptions, toutes les recommandations ont fait l'objet d'un suivi et ont donné lieu à des changements dans les systèmes et les pratiques de gestion. La mise en place et l'actualisation de ces plans d'amélioration démontrent que les équipes se sont mobilisées et ont généré de changement organisationnel aux seins de leurs services et aussi au niveau de l'ensemble de l'organisme. Tout au long de la mise en place des changements, les équipes ont dû faire des apprentissages au niveau des équipes et aussi au niveau de l'ensemble de l'organisme.

La CFOT a progressé dans chacune des quatre dimensions de la qualité du cadre conceptuel du modèle d'Agrément Canada. Ce résultat se confirme pour 17 des 23 descripteurs. La performance a régressé dans un seul descripteur et les cinq autres sont restés au même point.

« Nous nous sommes motivés durant le processus. Il y a eu une période d'apprentissage. Après nous avons constaté concrètement que le travail que nous faisons en participant au programme d'accréditation nous permettait d'améliorer les services offerts aux patients. Le patient était le centre et cela nous a stimulés davantage à continuer le processus. »

L'équipe de leadership et de partenariat a aussi identifié 10 initiatives qualités pour l'ensemble de l'organisme. Ces dernières ont nécessité des changements et des apprentissages transversaux qui impliquaient tous les secteurs de l'organisme. Ces résultats sont assez impressionnants lorsqu'on considère que la CFOT ne savait pas à ce moment ce qu'il adviendrait de sa participation au programme d'agrément. En

effet le progrès réalisé au niveau de la compliance aux normes s'est produit sur une période d'environ 20 mois, période pendant laquelle, sauf pour la mobilisation des intervenants internes et du bureau de la qualité, il n'y a eu aucun véritable contact structuré avec les représentants d'Agrément Canada.

5.3 Analyse transversale de la HAA et de la CFOT

Introduction

Cette section présente une analyse transversale de la HAA et de la CFOT. Cette analyse s'effectue à partir du modèle théorique sur le changement et l'apprentissage organisationnel par l'entremise des trois niveaux d'analyse que sont les individus, les équipes d'agrément et l'organisation. Les variables étudiées sont présentées suivant une séquence similaire à celle des deux précédentes sections et chercher à contraster ou regrouper les résultats.

Cycle d'agrément et période de cueillette des données

Bien que la période d'étude des organisations s'étendait dans chaque cas sur environ 30 mois, il y a des différences considérables entre la HAA et la CFOT quant aux périodes d'observation en relation avec le cycle d'agrément. L'étude de la HAA débute avec la demande de l'organisme d'intégrer le programme. Il a été ainsi possible de faire une évaluation du niveau de compliance aux normes à $T = 0$, c'est-à-dire avant que le programme ne soit implanté dans l'organisation. Pour la CFOT, la situation était différente, car la première mesure du niveau de compliance a été prise au moment de la première visite d'agrément.

La deuxième mesure du niveau de compliance de la CFOT s'est effectuée à l'extérieur du cadre de la démarche d'agrément, car l'organisme était, au moment de cette évaluation, en attente d'une décision de l'ARSS de Vénétie sur l'engagement de cette agence régionale à poursuivre sa démarche relativement au programme d'Agrément Canada. Contrairement à la HAA, il n'y avait donc pas d'enjeu immédiat pour la CFOT. Pour sa part, la dernière mesure du niveau de compliance de la HAA ($T = 2$) s'est effectuée au moment de la visite régulière du processus

d'agrément. L'enjeu était critique pour la HAA puisqu'une décision sur le statut d'agrément de l'organisation découlerait de cette évaluation.

5.3.1 Changement et apprentissage organisationnel

5.3.1.1 Composante de la réussite d'un changement

5.3.1.1.1 Vision : acquisition de nouveaux modèles, compréhension réflexive et nouvelle utopie

Individus

Les visions de la HAA et de la CFOT sur le plan de la volonté d'intégrer le programme d'agrément avaient plusieurs éléments en commun, tant en matière d'acquisition de nouveaux modèles qu'en matière de compréhension réflexive.

En effet, nous avons constaté, au niveau d'analyse « individus », une grande convergence sur trois aspects fondamentaux. D'abord, les intervenants des deux établissements percevaient l'intégration du programme comme un moyen d'améliorer la qualité des services à la clientèle.

Ensuite, pour ce qui était de l'acceptation du projet d'agrément, il n'y avait aucune résistance ouverte à ce dernier. Ainsi, à la HAA les résultats du questionnaire individuel indiquaient que 51 % des répondants appuyaient activement l'intégration du projet, 3 % s'y opposaient passivement et personne ne s'y opposait activement. À la CFOT, 57 % l'appuyaient activement et aucune opposition active ou passive n'a été rapportée.

Le troisième élément de convergence entre la HAA et la CFOT concerne l'engagement. En plus d'accepter l'intégration du programme, les gens trouvaient des motifs organisationnels et personnels pour contribuer à cette initiative.

HAA:

« It's about the process, and about improving quality of healthcare, and helping you learn for yourself. »

CFOT:

« L'idée d'avoir une évaluation sur le type de travail que nous étions en train de faire nous stimulait beaucoup. Savoir si notre travail était bien fait ou non. Ce désir nous a poussés à participer au programme d'accréditation. »

Équipes d'agrément

Les équipes n'étaient pas encore formées à cette étape d'intégration du programme d'agrément ce niveau d'analyse ne s'applique pas ici.

Organisation

L'engagement du conseil d'administration et de la haute direction constituait un quatrième élément de convergence entre les deux établissements. À Anguilla, la présence du conseil d'administration était plus évidente, mais dans les deux cas, la direction générale appuyait fermement la démarche d'agrément. L'engagement de la direction à la CFOT ne s'est toutefois manifesté qu'avec l'arrivée d'une nouvelle équipe de direction. Selon le bureau de la qualité, la venue du nouveau directeur général a été un point critique pour la participation de la CFOT au projet.

Il n'y a pas de divergences fondamentales entre les deux organismes sur cette composante du modèle de changement organisationnel. Il est cependant intéressant de noter que la stratégie de la CFOT a différé de celle de la HAA. Avant d'accepter de participer au programme d'agrément, la CFOT a pris le temps de s'assurer de l'engagement des intervenants. Ce ne fut pas le cas à la HAA où la décision a été prise par le conseil d'administration et le directeur général. Ils ont su convaincre les intervenants du bien-fondé de cette initiative par la suite. L'approche de la CFOT comportait moins de risques, à l'opposé de celle de la HAA.

5.3.1.1.2 Compétences : leadership, compétences en gestion de la qualité et personnes-ressources internes et externes

Individus

L'intégration de la démarche d'agrément dans une organisation exige que certaines compétences soient développées puisque l'organisation doit apprendre une nouvelle technique de gestion. Il faut donc tenir compte des capacités organisationnelles de générer la compétence en matière d'agrément et d'approche-qualité.

Les compétences de chaque établissement en matière de qualité divergeaient significativement. La CFOT était dotée d'un bureau de qualité fonctionnel avant même le début de ce projet. Il y avait au sein de l'organisation plusieurs centaines de médecins spécialistes et généralistes, des gestionnaires de haut niveau, des infirmières et autres professionnels de la santé. Pour assurer une intégration harmonieuse du programme, la CFOT a fait appel à des personnes possédant une expérience avec le programme d'Agrément Canada et les a intégrées au bureau de la qualité pour la durée de la démarche.

La HAA elle, a embauché une coordonnatrice de la qualité à l'insistance d'Agrément Canada et ce, après que l'échéance initiale de la démarche d'intégration ait été reportée de douze mois. Dans cet établissement il y avait au total dix médecins. Le nombre d'infirmières et autres professionnels de la santé était aussi très limité. Les médecins provenaient de pays étrangers et arrivaient avec des formations et des pratiques différentes.

À la HAA, les individus ont reconnu ces lacunes dans les connaissances de base en matière d'agrément. La stratégie de la direction de l'organisme de décider d'adhérer au programme sans consultation préalable des intervenants était sans doute la meilleure, compte tenu de cette situation et compte tenu du fait qu'il s'agissait d'un nouvel établissement récemment créé.

Par contre, à la CFOT, la direction a stratégiquement décidé d'impliquer le corps professionnel dans la décision d'intégrer le programme d'agrément. En conséquence, dans cet établissement, 69 % des personnes se sentaient bien préparées et 89 % jugeaient que les responsables de la qualité l'étaient aussi, ce qui est très différent des observations faites à la HAA où seulement 27 % des répondants percevaient un niveau de compétence adéquat au moment de l'adhésion.

Équipes d'agrément

Les équipes n'étaient pas encore formées à cette étape d'intégration du programme d'agrément ce niveau d'analyse ne s'applique pas ici.

Organisation

Le leadership est un autre élément de convergence entre les deux établissements. Les deux étaient convaincus que l'agrément offre un moyen pour améliorer les services et les systèmes de gestion et ils se sont impliqués activement dans la promotion de la démarche d'intégration du programme.

Sur le plan organisationnel, la plus grande différence concernait l'utilisation des compétences internes et externes. La HAA était totalement dépendante des compétences externes. Les dirigeants et les membres du conseil d'administration se sont rendus au Canada pour observer une visite d'agrément et suivre une formation offerte par Agrément Canada. La spécialiste en agrément a dû suivre l'organisation de près et insister pendant plusieurs mois pour que la HAA embauche une coordonnatrice du programme d'agrément.

La situation était totalement différente à la CFOT. L'organisme s'est pris en main, car il possédait les compétences de base requises. Le bureau de la qualité a géré le dossier. À l'origine, Agrément Canada avait prévu un soutien local par l'entremise d'une consultante qui assumerait le rôle de spécialiste en accréditation. Très rapidement, la CFOT a jugé que cela n'était pas nécessaire et a demandé de rapatrier cette ressource à l'interne.

5.3.1.1.3 Incitatifs : fortes pressions internes/externes, décentralisation du pouvoir vers les équipes et valorisation soutenue des promoteurs

Individus

Les professionnels de la CFOT ont exercé une certaine pression pour que le programme soit intégré dans l'organisation. Ils voyaient dans l'agrément une possibilité de développer des connaissances utiles pour leur cheminement personnel. Ce fut un facteur positif et facilitant.

Tout en contraste, les professionnels de la HAA n'ont exercé aucune pression en faveur ou en défaveur de l'intégration du programme d'agrément. Sur le plan individuel, ils n'y voyaient que peu de bénéfices. Toutefois, plus la démarche progressait, plus les professionnels de la HAA percevaient ses impacts positifs. Ils ont même assumé un rôle de leaders régionaux et ont présenté les résultats de leur démarche dans des forums et autres activités qui regroupaient des intervenants des îles avoisinantes.

Équipes d'agrément

Cohérente dans sa stratégie, la direction de la CFOT a consulté et sollicité l'intérêt des individus avant même de mettre en place les équipes d'agrément. Ceci a eu un impact très positif, car les personnes se sont senties valorisées par le processus.

À la HAA, la situation était différente. Avec des effectifs de moins d'un peu plus de 100 individus, la formation des équipes a été beaucoup plus difficile. Les pourcentages respectifs du personnel impliqué dans les deux organisations sont aussi très différents, même s'il y avait plus d'équipes à la CFOT (14) qu'à la HAA (7). De plus, au cours de la démarche, la direction de la HAA a dû rappeler à certains de ses cadres l'importance d'assumer un rôle de leader au sein des équipes. Les chefs d'équipe se sentaient par ailleurs moins appuyés, surtout pendant la période qui a précédé l'embauche de la coordonnatrice de la démarche d'agrément.

La CFOT pour sa part, a valorisé le rôle de chef d'équipe et de membre d'équipe. Il s'est ainsi établi un climat de collaboration étroite entre les équipes et le bureau de la qualité. Le bureau de la qualité s'est assuré de donner une visibilité aux équipes et de les appuyer sur le plan administratif et sur le plan de la logistique. De plus, le bureau de la qualité s'est assuré que la direction générale soit accessible aux équipes d'agrément.

Organisation

Alors que la HAA venait à peine d'être créée, la CFOT existait déjà depuis plusieurs siècles. La HAA devait donc prouver sa crédibilité et développer son identité alors que la CFOT n'avait pas à franchir cette étape. En conséquence, la relation de pouvoir de ces deux organismes avec les autorités locales était très différente.

Les pressions externes sur la HAA étaient extrêmement fortes. Le conseil d'administration était sous la constante observation du ministère de la Santé. De plus, la pression venait du fait que le gouvernement s'était formellement engagé à améliorer le système de santé par suite d'une importante réforme. Enfin, les attentes élevées de la population étaient aussi une source de pressions. Les habitants exigeaient de meilleurs services et les enjeux étaient importants. De nombreux citoyens devaient aller à l'extérieur d'Anguilla pour recevoir leurs soins ce qui représentait pour eux des coûts importants.

La HAA a sollicité son intégration au programme sans négociation préalable avec le ministère de la Santé ou Agrément Canada. Elle a dû à la fois démontrer concrètement que la qualité des services allait s'améliorer et qu'une validation serait faite à l'externe. La HAA se devait de gagner du temps dans les premiers mois de son existence et établir sa crédibilité.

La HAA cherchait aussi à créer une certaine entité organisationnelle en se servant de l'agrément comme une démarche autour de laquelle les professionnels, les

intervenants et la direction pourraient faire consensus autour d'objectifs communs et créer un sentiment envers cette nouvelle entité.

Bien que l'autorité régionale de Venise appuyait fermement le projet d'agrément, elle a dû négocier avec la CFOT pour que celle-ci accepte d'y participer. La CFOT s'est d'abord et avant tout assurée d'obtenir des ressources compétentes et nécessaires. Le directeur général de la CFOT a été très ferme à ce chapitre en plus de prendre sa décision après avoir consulté les intervenants internes et s'être assuré que l'autorité régionale accorderait les ressources nécessaires pour mener à bien le projet. Sur le plan moral, et aussi en tant que leader régional, la CFOT devait aussi s'engager publiquement. Quoique moins urgentes qu'à la HAA, les pressions étaient donc aussi très fortes dans ce cas. Son statut de leader régional était remis en cause et les répercussions de ne pas intégrer le programme étaient trop importantes pour que la CFOT puisse y résister très longtemps. Elle a néanmoins profité habilement de la marge de manœuvre qui s'offrait à elle.

En ce qui concerne la convergence, il est intéressant de noter le consensus entre les intervenants internes, la direction et les instances externes. Dans l'un et l'autre cas, tous s'entendaient pour intégrer le programme d'agrément.

5.3.1.1.4 Ressources : capacités excédentaires des acteurs légitimes, espaces discrétionnaires d'autonomie et capacités cognitives rationnelles des acteurs

Individus

Les intervenants des deux organismes souhaitaient avoir plus de ressources pour réaliser le projet ce qui n'est pas surprenant. Objectivement, il faut reconnaître qu'il y avait une différence importante sur ce plan. L'investissement personnel des intervenants de la HAA a été impressionnant comme par exemple ce médecin de famille qui a obtenu l'engagement bénévole des intervenants par des astuces imaginatives. Faute de moyens, il faut trouver des façons de compenser et les intervenants de la HAA ont fait preuve de beaucoup de bonne volonté.

À la CFOT, l'intégration du programme d'agrément a été perçue comme une charge de travail additionnelle mais l'engagement des individus était néanmoins manifeste. On acceptait la charge de travail et on s'est approprié la marge discrétionnaire pour l'assumer.

Équipes d'agrément

Les équipes étaient appuyées dans leurs efforts par la direction et les bureaux de la qualité. Ceci a toutefois créé des tensions importantes au sein de la HAA contrairement à la CFOT. La marge de manœuvre dont s'était dotée la CFOT et son obtention des ressources ont rapporté des dividendes importants. Ce ne fut pas le cas à la HAA ce qui a créé des tensions et occasionné un retard important sur l'échéancier initial.

Organisation

Sur le plan des ressources, il est essentiel de prendre en compte les différences entre la taille et l'origine des établissements. Il faut en effet remettre les choses en contexte pour bien apprécier les convergences et les différences.

La HAA est un établissement à vocation multiple qui offre des services à une population totale d'environ 13,000 personnes dont la principale source de revenus est le tourisme. Anguilla est un pays avec des ressources modestes qui, bien que maintenant indépendant des autorités britanniques, en reçoit encore un soutien important en tant qu'ancienne colonie. La HAA gère six points de services sur l'île, dont cinq cliniques communautaires et un petit campus où sont localisés l'hôpital et le centre de soins de longue durée. Le personnel du ministère de la Santé avant la restructuration comptait environ 100 personnes. De ce nombre, près de 95 % ont été transférées à la HAA. En 2002, le nombre total de médecins était de 10. Il y avait 38 infirmières, 3 dentistes et 3 pharmaciens, 3 techniciens en laboratoires et 5 autres infirmières diplômées en santé publique (Investing in Health for the Future of Anguilla, 2003).

Pour sa part, la CFOT est un hôpital de 700 lits qui offre des services généraux et spécialisés à une population d'environ 100,000 personnes. Par ailleurs, certains services plus spécialisés desservent un bassin de population plus large. Ainsi, l'établissement emploie plus de mille de personnes et compte à son actif une expertise professionnelle considérable avec plusieurs centaines de médecins, d'infirmières et autres types de professionnels de la santé.

Compte tenu de ces contextes très différents, il est quasi impossible de comparer les deux organismes sur le plan des ressources comme en témoignent les deux extraits d'entrevues qui suivent. En effet, le nombre de personnes qui étaient impliquées dans le projet d'agrément au sein de la CFOT dépassait le nombre total des employés de la HAA.

CFOT 1)

« Je peux dire que nos ressources étaient suffisantes et que nous n'en avons jamais manqué tout au long du processus. Nous n'avons pas eu besoin de ressources financières supplémentaires, puisque les équipes ont travaillé dans le cadre de leur horaire régulier de travail. »

CFOT 2)

« Plusieurs personnes ont participé à ce programme. Il y a eu plusieurs équipes qui représentaient des départements et des districts de la santé. En tout, deux cents personnes ont été impliquées parmi les médecins, les infirmiers et le personnel administratif. »

Les deux organismes ont investi des ressources dans le projet en fonction de leurs capacités respectives. La CFOT a réalisé très rapidement qu'il fallait investir, contrairement à la HAA qui a attendu plusieurs mois avant d'embaucher une personne pour s'occuper du dossier de l'agrément.

5.3.1.1.5 Plan d'action : visibilité de l'engagement de la direction, stratégies de diffusion d'apprentissages et d'adhésion, structure et échéancier

Individus

Le personnel des deux organismes s'est senti motivé et impliqué dans la démarche d'intégration. Tant à la HAA qu'à la CFOT, on était d'avis que l'ensemble des mécanismes de communication et de diffusion d'apprentissage était approprié.

Équipes d'agrément

Les équipes d'agrément ont su, dans les deux établissements, mobiliser les autres membres de leur service pour opérer des changements et améliorer les services. De plus les équipes ont réussi à intégrer leur plan d'action dans une stratégie organisationnelle plus globale.

Organisation

Deux aspects divergents ressortent pour les deux organismes. Le premier est l'approche centralisatrice de la HAA versus l'approche plus décentralisée de la CFOT. Le deuxième est la qualité de l'échéancier établi par la CFOT comparativement à celui de la HAA.

La HAA a centralisé la démarche d'agrément autour de la direction générale pendant plusieurs mois. Il faut reconnaître que les choix étaient limités. Ce n'est qu'après avoir eu à reporter d'une année complète la date de la visite que la direction générale de la HAA a décidé d'embaucher une ressource pour l'organisation et la coordination de la démarche.

La CFOT a pris une approche différente au départ en mettant sur pied un comité de coordination qui avait le mandat d'assurer le succès du projet et d'établir un plan d'action. Cette solution s'est avérée la meilleure.

Le deuxième aspect est la qualité de l'échéancier établi. La HAA a dû reporter la visite alors que la CFOT a atteint ses objectifs.

Par contre, il y a des éléments de convergence entre les deux organisations, soit la visibilité de l'engagement des directions et les stratégies de diffusion. Les deux établissements ont donné une saveur locale à ces éléments. Dans les deux cas, ces éléments étaient bien présents.

Les deux établissements ont su par ailleurs intégrer cette initiative dans leur planification stratégique et ont développé une stratégie de diffusion locale et régionale. Le positionnement rapide, clair et complet du conseil d'administration et de la direction sur l'utilisation du programme d'agrément comme moyen et outil de pour assurer la mise en place de service de qualité a assis clairement l'orientation et la vision pour les intervenants et le milieu.

5.3.1.1.6 Transformation : i) stratégique avec acquisition de management de la qualité, ii) organisationnelle avec structure, processus, acteurs et trajectoire/performance et iii) relationnelle entre l'organisation et son environnement, changement organisationnel réussi et transformation de l'organisation

Individus

La participation au programme d'agrément a permis aux individus dans les deux organismes de développer de meilleures capacités de communication et une plus grande connaissance des enjeux dans leur établissement.

Équipes d'agrément

Le travail en équipe et l'interdisciplinarité ressortent comme les éléments de transformation communs les plus forts dans le deux organismes.

CFOT :

« Celui qui me vient à l'esprit est ce que j'appelle l'infiltration multidisciplinaire. Je constate que, après le programme d'accréditation, plusieurs activités et plusieurs projets de type multidisciplinaire ont été mis sur pied. Donc, la logique est de travailler ensemble entre professionnels et non pas individuellement. Un autre objectif atteint peut être le système d'harmonisation de la communication entre les composantes sanitaires et les composantes administratives, grâce à la collaboration réciproque, le partage des connaissances et des besoins de chaque secteur. »

Organisation

La HAA et le CFOT n'ont pas entrepris l'intégration du programme d'agrément avec le même bagage. Leur réalité était différente à bien des égards comme nous l'avons expliqué précédemment. Les trois principaux éléments de différenciation sont : l'âge, la taille et les ressources humaines et financières.

La HAA est une organisation récente, de taille modeste localisée dans un pays dont les moyens financiers sont limités. La CFOT qui existe depuis plusieurs siècles, est un établissement de grande envergure qui emploie plusieurs centaines de professionnels. La CFOT opère dans un pays européen hautement développé. Ce ne sont pas les seules divergences contextuelles, mais elles sont les plus importantes.

Ces éléments font en sorte que les deux organismes ont intégré avec succès le programme d'Agrément Canada sur le plan du changement organisationnel, mais chacun par son propre chemin.

La HAA a utilisé le programme d'agrément comme un véhicule d'intégration lors de sa phase initiale de constitution. C'est pourquoi les résultats démontrent que le programme d'agrément était perçu comme un outil de changement (95 %), comme ayant permis de développer des valeurs partagées par l'ensemble des participants (94 %) et comme ayant contribué à développer le travail en réseau avec les autres partenaires du système de santé. Les éléments du questionnaire individuel qui ciblaient la mise en place d'une culture organisationnelle et de mécanismes de fonctionnement qui identifient l'organisation et certaines de ses caractéristiques de base ont également reçu de très fortes cotes.

La CFOT affiche aussi des cotes élevées pour ces aspects, mais les résultats ne sont pas aussi probants. La HAA, à travers le changement organisationnel introduit par l'intégration du programme, a façonné son identité alors que la CFOT l'a réalignée. Les deux extraits d'entretiens individuels qui suivent démontrent la différence entre les deux établissements. Dans le premier, on a défini l'organisation et dans la

deuxième on l'a renforcée. Le point de convergence entre les deux est le changement organisationnel qui s'actualise pour améliorer la qualité globale de l'institution.

HAA)

« These are persons external to the organization, and are not part of it at all. This process now has brought all of them into the loop. We value just as, we value equally feedback we get from staff, as we get from community partners, and our clients and patients. So you have now a true health system in operation, not a public health system, but a health system, which embraces the private sector, and all of those people that are being part of this process together. So to me that is significant. We would not have had that had this process not entailed. »

CFOT)

« Nous pouvons pris conscience de l'importance de faire participer la communauté à ce que nous sommes en train de faire. En effet, la participation s'est développée et continue à se développer de plus en plus. Actuellement, nous utilisons des canaux d'information tels que l'Internet, des circulaires, des bulletins d'information périodiques et des bulletins internes. Nous avons réalisé, à la suite de notre conscientisation, qu'il est très important de communiquer avec nos clients et utilisateurs toutes les activités que nous faisons en vue de réaliser notre programme d'amélioration de la qualité des services. »

Une autre différence notable entre les deux organismes réside dans le fait que la HAA a été capable d'implanter plus rapidement les changements que la CFOT. Pour la CFOT, l'autoévaluation a entraîné des changements (46 %) ce qui est bien, mais la HAA affiche des résultats beaucoup plus élevés (100 %). Il faut se rappeler que la HAA était nouvellement créée et se devait donc de mettre en place de systèmes et pratiques de gestion. Les équipes ont élaboré des plans d'améliorations suite à l'autoévaluation dans une proportion de 94 % comparativement à 55 % à la CFOT. Le rythme d'implantation des changements était différent.

HAA)

« They had identified five objectives. Number one, they wanted accreditation to serve as a basis for promoting organization transformation and change, and this has definitely been met tenfold. »

L'analyse des résultats démontre que l'intégration du programme d'agrément a servi à créer des résultats sur le plan du changement organisationnel autant à la HAA qu'à la CFOT. Cependant, la nature et le rythme du changement différaient d'un organisme à l'autre.

Conclusion

Sur le plan du changement organisationnel, les deux établissements partagent de grandes similitudes pour ce qui concerne la vision sur l'intégration du programme d'agrément. Les intervenants de la CFOT se sont impliqués plus rapidement en exerçant des pressions avant même la prise de décision de participer au programme d'agrément. Par contre dans un cas comme dans l'autre, il n'y a eu aucune résistance, même passive, à s'engager dans le projet. La majorité des participants favorisaient l'intégration du programme. L'engagement organisationnel était clair et provenait des plus hautes instances de l'organisation soit le conseil d'administration et la direction générale.

En matière de compétences, le leadership organisationnel, bien que différent, est présent et solide. Les compétences ont varié grandement. La CFOT possédait un avantage certain dans ce domaine grâce à la qualité et au nombre de ses professionnels. Il en va de même pour les compétences plus spécifiques en matière de programme-qualité. En effet, la HAA a besoin d'un soutien externe, ce que peut lui procurer en partie Agrément Canada.

La HAA a été récemment créée. Elle devait prouver aux instances externes qu'elle pouvait se gérer avec compétence et être imputable envers la communauté. Elle se retrouvait dans un rôle plus défensif que la CFOT. Toutefois, cette dernière est aussi

soumise à de fortes pressions externes de la part de l'instance régionale. Cependant, sa marge de manœuvre est plus grande. Forte de son rôle d'établissement hospitalier « phare » au niveau régional, elle a su utiliser habilement ce statut pour renforcer le sens des responsabilités de ses intervenants pendant ses discussions avec l'instance régionale.

Avec peu de ressources à sa disposition, en partie parce que localisée dans un pays pauvre et en partie à cause des circonstances entourant sa création, la HAA devait compter sur la bonne volonté de personnes impliquées. L'enthousiasme des individus et de la communauté a compensé en partie ce désavantage. La situation de la CFOT était différente. Déjà bien financée parce que localisée dans une région nantie, ses responsables ont capitalisé sur cette réalité et ont négocié des ressources additionnelles pour appuyer l'intégration du programme d'agrément.

Le plan d'action et l'échéancier initial de la HHA dépassaient ses capacités organisationnelles. Il en est résulté un « faux » départ et une certaine déception chez les intervenants. La démarche d'intégration a nécessité beaucoup plus de temps que prévu. À la CFOT, la planification initiale a été respectée et était soutenue par la vision, les compétences, les incitatifs et les ressources.

L'intégration du programme d'agrément a transformé les deux établissements. Ces transformations se sont opérées sur le plan stratégique et sur ceux des structures et des relations. Cependant, elles ont différé au niveau de l'ampleur et du rythme. La CFOT s'est transformée plus lentement ce qui est compréhensible compte tenu de l'envergure de l'organisme. La HAA, a actualisé plus rapidement les changements. Il faut aussi prendre en compte que sa taille la favorisait par rapport à la CFOT et lui a fourni un terrain propice à l'implantation de nouvelles politiques, procédures et systèmes de gestion. À la HAA, plusieurs politiques et procédures n'étaient pas en place au moment de l'intégration du programme et elles répondaient à des exigences normatives de l'agrément.

5.3.1.2 Composantes du processus d'apprentissage

5.3.1.2.1 Conditions facilitantes : se renseigner et décider d'adhérer au programme d'agrément

Individus

Tant à la HAA qu'à la CFOT, le personnel considérait sans hésiter l'agrément comme un outil pour améliorer la qualité des services et désirait s'impliquer et participer aux séances de formation.

Les dirigeants de la CFOT se sont assurés, dès le début de la démarche d'agrément, de l'engagement des professionnels en les impliquant dans la décision. Ils les ont consultés et leur opinion a été prise en compte. Il en est résulté un intérêt pour le programme et un sentiment d'appropriation de la décision d'y adhérer. Selon les intervenants, la CFOT devait s'engager, car il y allait de l'intérêt de tous. Le projet représentait un moyen d'apprentissage individuel et allait confirmer l'importance du rôle de l'organisation dans la région.

Bien que l'enthousiasme y était moindre, il existait néanmoins des conditions facilitantes à la HAA. En effet, les intervenants considéraient l'intégration du programme comme un moyen d'améliorer les services et comme une occasion d'apprentissage.

Équipes d'agrément

Les équipes n'étaient pas encore formées à cette étape d'intégration du programme d'agrément ce niveau d'analyse ne s'applique pas ici.

Organisation

L'importance relative de cette étape par rapport aux autres étapes du cycle d'agrément est assez semblable pour la HAA (10,5 %) que pour la CFOT (8,5 %). Par contre, une différence importante existe entre les deux organismes au niveau de la

stratégie de motivation et d'engagement du personnel. Les stratégies se sont déployées différemment pour tenir compte des contextes de chacun.

À cause de contraintes externes extrêmement fortes, la HAA avait vraiment besoin du cautionnement externe et de la crédibilité que peut lui procurer le programme d'Agrément Canada. La HAA a sollicité Agrément Canada pour devenir un membre régulier du programme par l'intermédiaire du directeur général qui avait fait des recherches sur les organismes d'agrément qui offrent ce service au niveau international.

La CFOT s'est plutôt fait attendre avant de se joindre au projet-pilote de la région de Venise. La CFOT a retardé sa décision de quelques mois pour mieux négocier les conditions de son intégration dans la démarche et a profité de cette période pour valider l'intérêt pour cette initiative à l'interne. La CFOT a entrepris une consultation pour solliciter la participation du personnel aux équipes d'agrément. Grâce à ses négociations avec l'autorité régionale, elle a su obtenir des ressources pour appuyer les efforts du bureau de la qualité.

De toute évidence, bien que divergentes, ces deux stratégies étaient appropriées, car il en a résulté, dans l'un et l'autre cas, un engagement envers la démarche ce qui a créé des conditions facilitantes et suscité un intérêt grandissant des participants à apprendre comment l'agrément peut être intégré dans une organisation.

Ainsi, les différentes stratégies étaient appropriées au contexte de chaque organisme. Le contexte de la HAA l'empêchait d'aller voir le gouvernement pour des ressources supplémentaires ou même pour l'impliquer officiellement dans ce projet. Elle avait besoin d'établir sa crédibilité et de voler de ses propres ailes. Le conseil d'administration devait prendre ses distances et démontrer aux instances gouvernementales et à l'ensemble de la population qu'il était en mesure désormais de gérer de façon compétente et responsable le système des services de santé anguillais.

Pour sa part, la CFOT jouissait d'une crédibilité établie et manifestement des ressources nécessaires pour attendre le développement de conditions encore plus facilitantes. Les dirigeants se sont même assurés que l'autorité régionale contribue à convaincre le personnel du bien-fondé du projet. L'importance régionale de la CFOT a favorisé aussi une telle approche. La participation au projet-pilote n'était pas offerte à tous les hôpitaux de la région :

« La demande de la part de la Région de participer à ce programme a été un stimulus positif. »

La HAA et la CFOT ont eu des stratégies de départ différentes. Chaque stratégie était appropriée à leur contexte. La convergence entre les deux organismes se situe au niveau des conditions facilitantes et du climat positif pour entreprendre le projet.

5.3.1.2.2 Accroissement des connaissances individuelles : se préparer

Individus

Quoique d'importance relativement similaire par rapport aux autres étapes du cycle d'agrément et malgré sa valeur en terme d'apprentissage, la phase « Se préparer » a pris une coloration et une intensité très différente dans chaque établissement.

Pour la CFOT, cette phase était précise et correspondait, comme le veut la logique, à l'étape des rencontres préparatoires avant l'autoévaluation et aux séances de formation sur le programme d'agrément. Son taux de participation et de mobilisation a été important. Les individus arrivaient avec leur bagage individuel de connaissances qu'ils exploitaient et partageaient avec leurs collègues. Ce fut le début de la dynamique de partage entre individus.

Pour la HAA, on a aussi observé aussi de forts taux de participation et de mobilisation à cette étape. Les individus ont aussi identifié cette étape comme la phase « pré » autoévaluation alors que, dans les faits, elle s'est déroulée de façon non séquentielle pour s'adapter à la démarche suivie par la HAA.

Équipes d'agrément

Les équipes n'étaient pas encore formées à cette étape d'intégration du programme d'agrément ce niveau d'analyse ne s'applique pas ici.

Organisation

Cette étape ne peut être considérée comme propice à l'acquisition d'apprentissage organisationnel pour les deux organismes.

5.3.1.2.3 Partage des connaissances tacites : autoévaluation

Individus

Cette étape est de loin la plus importante dans le cycle d'agrément. Pour la CFOT comme pour la HAA, elle a été la plus fertile en acquisitions de connaissances et en apprentissages.

En plus d'acquérir des connaissances indispensables sur le programme d'agrément et ses assises théoriques et pratiques, les individus s'impliquent dans la démarche et la trouvent enrichissante sur le plan personnel.

Équipes d'agrément

On constate une très grande similitude entre la HAA et la CFOT sur la valeur accordée à cette étape par les équipes de travail. C'est la phase de découverte, mais aussi d'introspection par rapport au travail qui se fait dans les services et les exigences du cadre normatif.

De part et d'autre, les participants s'impliquent. Ils apprennent à travailler ensemble. Ils partagent leurs connaissances dans un climat propice à la discussion en vue de comprendre les exigences du programme et d'apporter des solutions aux lacunes identifiées.

Bien que plus laborieuse dans le cas de la HAA que dans celui de la CFOT, les résultats en ce qui concerne le travail des équipes et l'apprentissage sont très convergents. Le travail d'équipe a encouragé des discussions ouvertes sur la qualité des services offerts, les gens ont échangé leurs idées, appris les fondements du programme d'agrément, identifié des lacunes et se sont investis activement dans le processus.

HAA:

« I'd say me as an individual, I benefited, because I learnt a lot. I learned what it is, how you get there, and the benefits of it. My team and the other teams, they have expressed the same sentiments. They have learned a lot, and it allowed them to have more insight, especially those from the outside, I mean from another team, what incentives, what the health advantage is, and they have learned to appreciate what it's doing you know, because they have more inside information you know, and they recognize the hard work that is involved in getting the policies, and that sort of thing. »

CFOT :

« Moi, je pouvais connaître très bien mes problèmes, mais non pas ceux des autres membres de l'organisation. Avec cette démarche, tout le monde a pu prendre conscience de l'ampleur des difficultés de l'organisation, mais aussi, des aspects plus positifs. En effet, je me suis rendu compte qu'il y avait des aspects positifs que je ne connaissais même pas. »

Donc bien que les contextes étaient très différents, les apprentissages sur le plan des échanges tacites et la mise en commun dans les documents d'autoévaluation ont donné des résultats semblables. Les processus ont par contre été divergents ainsi que le rythme. La CFOT, bien que plus grande et plus complexe, a cheminé beaucoup plus rapidement que la HAA.

Organisation

Les deux organismes considéraient au même degré l'importance de cette étape pour le développement de l'apprentissage et le processus d'agrément. C'est de loin celle qui est reconnue comme la plus importante avec respectivement 57 % pour la HAA et 72 % pour la CFOT. Malgré cette similitude, des différences importantes ont influencé les cheminements respectifs des deux établissements.

Le contexte y joue un rôle primordial. La HAA a affecté un peu moins de quarante personnes aux sept équipes d'agrément. Quelques-unes provenaient de l'extérieur de l'institution et certaines de ces personnes participaient à plus d'une équipe. La démarche était enrichissante car les gens ont appris à travailler ensemble. C'est au cours de la phase d'autoévaluation que les silos et les cloisons entre les services de courte durée, les services primaires et les services de longue durée ont commencé à tomber alors que ces trois équipes de soins devaient intégrer des personnes des autres secteurs dans leur démarche.

Mais le processus a été laborieux et a nécessité beaucoup plus de temps que prévu. La visite régulière d'agrément a été repoussée de douze mois. L'apprentissage s'est fait, mais a nécessité un soutien externe important. La direction a d'ailleurs décidé, après ce report de la visite et à l'invitation d'Agrément Canada, d'ajouter des ressources pour mieux appuyer les équipes.

La CFOT a mis sur pied quatorze équipes d'agrément pour refléter la nature des services offerts par l'organisation. Le nombre de participants directs aux équipes était de 120, bien qu'environ 200 personnes ont été à une période ou une autre, mobilisées par ce projet. L'infrastructure qui appuyait le travail des équipes a été établie dès le départ. Des personnes expérimentées avec le programme étaient disponibles sur place et pouvaient offrir de l'aide et des conseils pour la compréhension des normes et des critères et de la documentation pertinente.

5.3.1.2.4 Conceptualisation/Cristallisation : planifier et tenir la visite

Individus

Un seul aspect ressort sur le plan de la convergence entre la HAA et la CFOT. Les deux organismes ont réservé un bon accueil aux visiteurs d'Agrément Canada et l'interaction avec ceux-ci a été enrichissante. La HAA était légèrement plus enthousiaste que la CFOT à ce chapitre. Les intervenants comprenaient l'importance

de la visite dans le cycle d'agrément. Il s'agissait d'un temps d'arrêt pour faire le bilan sur les réalisations et sur l'apprentissage qui s'était effectué.

Équipes d'agrément

La CFOT a connu une période propice à l'acquisition de connaissances, mais cela ne s'est pas matérialisé en actions concrètes d'amélioration dans les services. Il y a eu un certain relâchement. Ceci était toutefois normal puisque les équipes se trouvaient en mode d'attente.

La situation était très différente à la HAA. Les équipes ont consolidé les acquis précédents et ont profité de cette période pour poursuivre sur leur lancée. Cette période a été fertile pour les apprentissages interéquipes. On a réfléchi sur la mise en place d'objectifs ainsi que sur l'importance d'un continuum dans les soins avec les autres services. Des procédures de prises en charge communes à plusieurs services ont été mises en place et on a apporté des modifications dans l'organisation des services. Pendant cette période, la HAA a continué de renforcer ses liens avec la communauté et avec ses clients.

Organisation

Cette étape a donné lieu à des divergences importantes entre les deux organismes alors que la CFOT connaissait un ralentissement en matière d'apprentissage tandis que la HAA profitait de cette phase pour passer à l'action et implanter des changements découlant de l'apprentissage réalisé.

5.3.1.2.5 Justification : rapport et certificat d'agrément

Individus

Tel que mentionné dans les sections sur chacun des deux établissements, il n'y a rien à signaler à cette étape étant donné les circonstances particulières de chacune d'elles lors de l'intégration de programme d'agrément. Cela aurait pu être très différent si la

démarche s'était déroulée autrement et si l'étape « Rapport et certificat » s'était elle-même déroulée de façon régulière.

Équipes d'agrément

Les deux organismes ont fait circuler les rapports de visite dans les équipes d'agrément et dans l'ensemble des services, mais il n'y a pas eu réellement de résultats remarquables pour cette étape. La CFOT ne savait pas d'ailleurs à ce moment si elle allait poursuivre sa démarche d'agrément.

Organisation

Le rapport de visite consigne des résultats similaires pour les deux établissements. Dans le cas de la HAA, la visite de 2005 n'a pas abouti à une décision d'agrément. Pour la CFOT il n'y a pas eu de certificat d'agrément, mais seulement un certificat de participation.

Pour les deux organismes, ce résultat était décevant quoique tous les deux ont souligné la fin de la visite et la publication du rapport d'agrément par une célébration.

5.3.1.2.6 Réseautage de la connaissance : apporter des améliorations et faire un suivi des recommandations

Individus

Les intervenants ont signalé l'acquisition de connaissances significatives dans des domaines semblables : 1) approche axée sur le client; 2) gestion des risques; 3) pratique qualité; 4) gestion participative; 5) éthique professionnelle.

Dans les deux organisations, le personnel se sentait mieux préparé pour résoudre des problèmes et on était d'avis que les services s'étaient améliorés.

Équipes d'agrément

Les rapports ont donné lieu à de nouvelles façons de faire tant à la CFOT qu'à la HAA. Bien que, de toute évidence, les enjeux étaient différents pour les deux

établissements puisqu'ils étaient fonction de leurs contextes respectifs, la HAA s'est servie du rapport pour apporter des améliorations au niveau des services couverts par les équipes d'agrément dans une perspective d'être mieux préparée pour la visite régulière d'agrément. Les équipes de la CFOT ont aussi apporté de nombreuses améliorations dans leurs processus et systèmes de gestion.

Le nombre de recommandations et leur degré d'urgence ont chuté de façon significative à la HAA lors d'une évaluation subséquente. À la CFOT, nous avons aussi constaté que les recommandations avaient fait l'objet d'une attention particulière de la part des équipes d'agrément et qu'elles ont généré des changements au sein des services.

Organisation

Les données indiquent que cette étape du cycle d'agrément a donné lieu au réseautage de la connaissance autant au sein de la HAA qu'au sein de la CFOT. Les recommandations ont engendré la mise en œuvre d'une série de mesures découlant de l'apprentissage effectué lors des autres étapes. Cette mise en œuvre a nécessité l'acquisition de connaissance additionnelle pour l'implantation des recommandations.

Les mesures implantées étaient tout aussi importantes dans un établissement comme dans l'autre. Bien que très présentes dans l'implantation des changements qui découlent de cet apprentissage, les rôles joués par les directions des établissements étaient différents.

À la HAA, certaines équipes attendaient que le conseil d'administration adopte des politiques et procédures qui avaient été développées par les équipes d'agrément et dont les répercussions touchaient l'ensemble de l'organisation. Le rythme des changements et de l'implantation des mesures a connu un certain ralentissement à ce chapitre et cela a été signalé par les équipes à plus d'une reprise lors de la visite d'agrément de décembre 2006.

À la CFOT, en plus d'encourager l'appropriation des changements par les équipes, la direction a fait preuve d'un leadership actif en développant une série d'initiatives visant à encourager les équipes à s'investir encore davantage dans des domaines dont les répercussions sont transversales à l'ensemble des secteurs de l'organisation. On a rapidement constaté que l'agrément pouvait faire avancer l'organisation et on a intégré la démarche dans les orientations stratégiques globales de l'institution.

Malgré un rythme de changement plus lent à la HAA, le réseautage des connaissances par l'implantation des recommandations a été une source importante de changement; il a permis d'établir les priorités dans les actions à prendre et d'impliquer les membres du personnel dans les solutions dans une mesure plus large que ce qui a été observé à la CFOT. Ceci est probablement relié au fait que les échéances de la HAA étaient plus pressantes, car on se rapprochait de la date de la visite régulière d'agrément au moment de cette évaluation. Ceci n'était pas le cas à la CFOT.

5.3.1.2.7 Le type de bureaucratie : facilitant versus coercitif

Individus

Notre analyse démontre que les deux établissements ont opté pour une démarche de type facilitant quoique ceci était plus évident à la CFOT. La direction de cet établissement a consulté un grand nombre de personnes avant même de prendre la décision de participer au programme d'agrément.

À la HAA, la prise de décision était plus centralisée. La décision d'adhérer au programme a été prise par la direction générale et le conseil d'administration. Faute de ressources, la direction générale a gardé la mainmise sur le projet pendant de nombreux mois avant d'embaucher une coordonnatrice.

Comme nous l'avons démontré, les intervenants des deux organismes souhaitaient l'intégration du programme d'agrément.

Équipes

Les équipes d'agrément ont complété leur autoévaluation sans ingérence de la direction. À la HAA, plusieurs membres de la communauté ont été invités à assumer le rôle de chef d'équipe. Ces personnes ont témoigné qu'elles ont accepté de jouer ce rôle, car, en plus de se sentir appuyées par la direction, elles ont bénéficié d'une écoute attentive et leurs suggestions étaient étudiées sérieusement par la direction et par l'organisation dans son ensemble.

Le climat était aussi encourageant à la CFOT. Les équipes ont apporté des changements dans leurs services tout comme à la HAA. La direction a manifesté son appui et a reconnu l'apport des équipes d'agrément.

Organisation

L'approche et surtout les stratégies utilisées dans les deux cas étudiés étaient différentes, mais respectueuses de la philosophie et des actions posées par une organisation de type facilitant.

5.3.1.2.8 Le type d'adhésion : volontaire versus obligatoire

Individus

Les résultats du questionnaire individuel de la HAA rapportent une forte proportion de participants qui se sont dits d'avis que la participation volontaire accroît les chances d'implanter une démarche avec succès (83 %). Pour la CFOT, cette proportion était de 78 %. Les participants étaient aussi d'avis que la participation volontaire assure un climat positif de travail à la HAA (83 %) et à la CFOT (78 %). En participant volontairement, les gens ont éprouvé de la fierté à améliorer la qualité des services dans une proportion de 97 % à la HAA et de 65 % à la CFOT. À la HAA, 52 % des répondants étaient d'avis que rendre l'agrément obligatoire peut mener à un échec, tandis que cet avis était partagé par 43 % des répondants à la CFOT.

L'extrait d'un des entretiens individuels qui suit reflète bien l'ambivalence qui s'est manifestée à la HAA. Ici, on était d'opinion que l'agrément devrait être obligatoire pour l'organisation, mais que le personnel devrait pouvoir exercer un choix éclairé à partir d'une bonne compréhension du programme. Si le personnel se laisse convaincre, alors la motivation est beaucoup plus grande et les résultats sont meilleurs.

« I think from the organizational standpoint, it should be mandatory. From a personal level, I think while you can be identified by the, according to whoever is in charge, I think if persons are aware of the benefits, and the process, then people would volunteer, but if you force somebody to do it, and my heart and soul isn't in it, then ... »

Il existe une réelle divergence entre la HAA et la CFOT sur cette question du moins dans les données recueillies pendant les entretiens semi-structurés.

« Absolument volontaire! Elle ne peut pas être obligatoire. Ce qui compte est d'être au courant du programme d'accréditation. Si une personne le connaît, elle aura l'intérêt pour s'impliquer à fond. Une organisation peut décider de ne pas participer parce qu'elle n'a pas une idée de ce qu'est un programme d'accréditation. Par contre, si elle était bien renseignée sur un programme de ce type, alors, son choix serait plus conscient, mais il doit être toujours volontaire dans le sens que ces projets doivent être toujours volontaires. Si les intervenants se sentaient obligés de suivre un parcours de ce genre, il est probable que leur motivation serait très faible, tandis que si l'organisation est capable de les impliquer en leur faisant voir tous les avantages d'un tel programme, alors, leur motivation sera très élevée. »

Une analyse plus poussée démontre que les intervenants s'entendent sur les stratégies qui ont le plus de chance de réussir. L'approche volontaire resterait la meilleure car elle facilite l'appropriation et la motivation du personnel qui est un facteur clé dans une intégration réussie du programme d'agrément. Parfois les circonstances font que les organisations n'ont pas le choix que d'intégrer le programme d'agrément. Dans de telles circonstances, il faut que la direction réussisse à convaincre les intervenants et les équipes sur le bien-fondé d'intégrer le programme.

Équipes

Ce niveau d'analyse n'est pas pertinent ici et les opinions recueillies lors des entretiens semi-structurés auprès des chefs d'équipes d'agrément ont été captés au niveau d'analyse qui traite des individus.

Organisation

Bien que les deux établissements ont intégré le programme d'agrément sur une base volontaire, il faut reconnaître que les contraintes externes étaient fortes. Dans les faits, malgré ces contraintes importantes, la HAA et la CFOT ont toutes deux été stratégiques lorsqu'elles ont décidé de participer au programme d'agrément.

À ce chapitre, la HAA s'est donné une marge de manœuvre absolument essentielle face à l'autorité du ministère de la Santé. Ainsi, la qualité des services est désormais évaluée par un organisme externe indépendant et crédible. Le ministère est maintenu à distance. De plus, la HAA a acquis une crédibilité et une légitimité face à la communauté. Ceci est important puisque la HAA est nouvellement formée et est en processus de se forger une identité. Agrément Canada a sa propre réputation mais est aussi associé à un pays généralement reconnu favorablement par la communauté internationale.

La CFOT a aussi été stratégique puisqu'elle a négocié sa participation avec l'ARSS et a obtenu des ressources additionnelles pour intégrer le programme. Cependant tôt ou tard, la CFOT aurait été confrontée à un choix difficile. En refusant catégoriquement de participer au projet d'intégration du programme d'agrément elle se mettait l'ARSS à dos et sa réputation de leader régional était compromise. Heureusement les négociations ont abouti à un compromis et le projet s'est déroulé.

Conclusion

L'analyse transversale sur le plan de l'apprentissage organisationnel démontre, à l'instar du volet sur le changement organisationnel, des similitudes et des divergences entre les deux organismes. Pour chacun des niveaux d'analyse, soit les individus, les

équipes d'agrément et l'ensemble de l'organisation, la HAA et la CFOT ont développé des apprentissages.

Les individus ont acquis des nouvelles connaissances pendant la plupart des étapes du cycle du programme d'Agrément Canada. L'étape de préparation a mieux servi la CFOT probablement parce que les individus ont été plus impliqués que ne l'ont été ceux de la HAA. La CFOT a été très stratégique et a mobilisé les individus très tôt dans la démarche.

Les acquisitions de connaissances sont relativement semblables dans les deux organisations. Elles concernaient l'approche clientèle, le programme qualité, l'éthique professionnelle, la gestion des risques, la gestion participative et l'évaluation des services. Ces nouvelles connaissances ont servi à améliorer les systèmes et pratiques de gestion et la qualité de services.

La prochaine étape était celle de préparation. Les acquisitions de connaissances ont été surtout de nature individuelle et découlaient principalement des sessions de formation sur le programme d'agrément. La participation à ces sessions a été forte avec plus de 90 % des membres des équipes d'agrément dans les deux cas. Pour la CFOT, cette étape a été précise et circonscrite. Elle l'était un peu moins pour la HAA car, à cause du cheminement suivi par l'organisation, cette étape a été interrompue du fait que la visite régulière d'agrément a été reportée, ce qui a allongé la durée de l'étape « préparation ».

L'autoévaluation a été considérée comme la plus significative en termes d'acquisition de connaissances par les deux établissements. C'est à cette étape que les connaissances des équipes se sont développées. Le cadre normatif et le processus suivi ont permis des échanges formateurs et productifs sur la qualité des services pendant lesquelles les membres des équipes d'agrément se sont sentis valorisés. Il en est résulté des changements et la HAA a mieux réussi à les intégrer dans les services. C'est à cette étape que les apprentissages ont commencé à avoir des répercussions

inter-équipes. Ici aussi, la HAA a fait preuve de plus de facilité que la CFOT. Nul doute que la taille et le stade de développement de chacune des organisations ont influencé les résultats observés.

Le rapport et le certificat d'agrément n'ont pas significativement contribué à l'apprentissage organisationnel. Étant donné les circonstances, cette étape a été plutôt une source de déceptions. À la CFOT, il n'y a pas eu de reconnaissance officielle de statut d'agrément puisqu'il s'agissait d'un projet-pilote. La HAA n'étant pas prête pour la visite régulière, cette occasion a tenu lieu de session de formation et n'avait donc pas d'impact sur le statut de l'organisation. Les équipes d'agrément ont été plutôt déçues.

L'étape suivante, « Apporter des améliorations et suivi aux recommandations », a grandement contribué aux résultats observés en matière d'apprentissage. Les individus ont acquis des connaissances spécifiques et l'implantation des recommandations des visiteurs d'Agrément Canada a nécessité le réseautage de la connaissance à travers l'ensemble des deux organisations. Le suivi des recommandations témoigne de résultats concrets en matière d'acquisition de connaissances. Toutes les équipes dans les deux établissements se sont affairées à mettre en œuvre des projets pour donner suite aux recommandations. Pour ce faire, il a fallu développer de nouvelle connaissance et avoir recours à celles acquises au cours des autres étapes du cycle d'agrément.

Nous avons constaté avec intérêt que les stratégies et moyens utilisés font apparaître des différences importantes. Le rythme a été une autre source de différences étant donné les capacités organisationnelles différentes dans chaque établissement.

Le niveau d'acquisition de connaissances à chaque étape du cycle d'agrément a donné lieu à des convergences entre les deux organisations. La phase d'autoévaluation est celle qui a généré les meilleurs résultats en matière d'acquisition de connaissances pour les deux organismes quoique dans une plus large mesure à la CFOT. La phase du suivi des recommandations vient au deuxième rang à ce chapitre.

Le rythme d'acquisition était différent d'un organisme à l'autre, mais l'ensemble des équipes a réussi à adresser plusieurs des éléments nécessitant des améliorations qui leur avaient été signalés lors des visites.

Les deux organismes ont progressé et ont réalisé des apprentissages aux trois niveaux d'analyse.

CFOT 1)

« Je dis que durant toutes les phases, et à tous ces niveaux, il y a eu une acquisition de notions importantes. »

CFOT 2)

« Le fait de connaître les normes que nous devons atteindre nous a amenés à de nouvelles connaissances. Le travail que nous avons exécuté nous a permis d'augmenter nos connaissances. »

En somme, la HAA et la CFOT ont toutes deux démontré des résultats qualité sur le plan individuel et sur ceux des équipes d'agrément et de la performance organisationnelle en matière d'apprentissage. Plusieurs initiatives qualité ont été menées à terme et un nombre encore plus important sont en phase d'exécution. Pour ce qui est des différences, le rythme et la nature des résultats des deux organisations, diffèrent légèrement.

5.3.1.3 Niveau de compliance

Cette section fait une analyse transversale des résultats obtenus dans chacune des deux organisations. Cependant, il y avait des différences importantes dans la stratégie des prises de mesure (HAA = T0, T1 et T2 versus CFOT = T1 et T2) qui exigent que ces données soient interprétées dans leurs contextes respectifs.

À titre d'exemple, la HAA a intégré le programme d'agrément de façon formelle tandis que la CFOT a participé à un projet-pilote qui servait à valider le programme dans la région de Vénétie. Les deux organismes ont utilisé des versions légèrement

différentes du programme MIRE, la CFOT ayant été évaluée avec la version 2002 et la HAA avec la version 2005. Globalement, la différence entre ces deux versions réside essentiellement dans l'élimination des certains critères, dans l'intégration de deux sous-dimensions dans certaines sections des normes et dans l'ajout de deux descripteurs dans la dimension « Qualité de vie au travail » dans la version 2005. Le reste du programme est identique incluant le cadre conceptuel, les dimensions de la qualité et les étapes du cycle d'agrément.

Individus

L'évaluation du niveau de compliance aux normes et critères du programme d'agrément ne s'applique pas aux individus

Équipes d'agrément

1) Leadership et partenariat

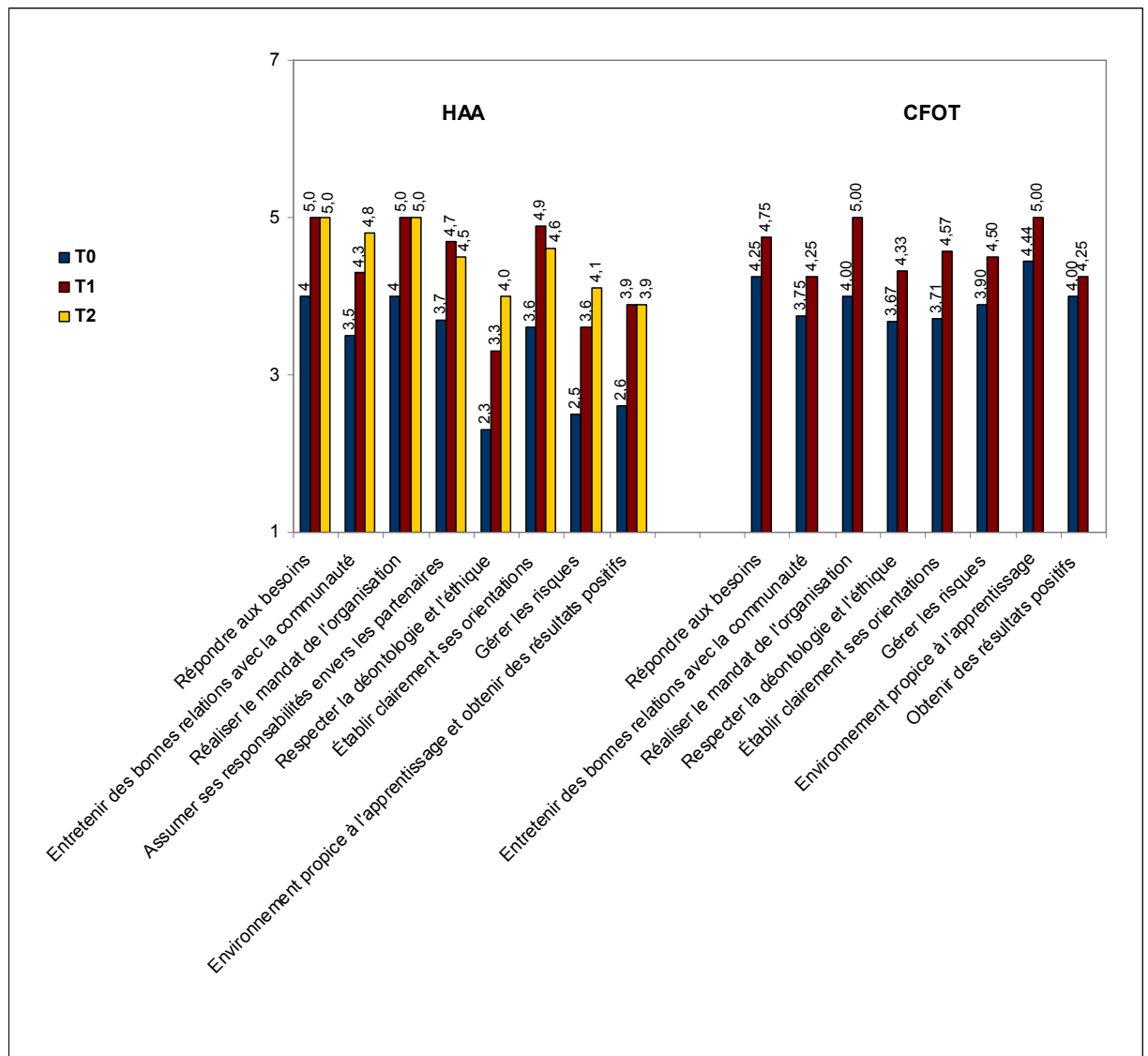
La juxtaposition des résultats dans la figure 33 permet de constater que les sous-sections « Obtenir des résultats positifs » et « Environnement propice à l'apprentissage » ont été intégrées dans la version des normes de 2005 (HAA). De plus une nouvelle sous-section, « Assumer ses responsabilités envers ses partenaires » a été ajoutée. Le nombre de normes (14) et le nombre de critères (52) sont restés identiques d'une version à l'autre.

Pour mieux apprécier l'évolution du niveau de compliance il faut regarder de plus près les résultats entre T = 1 et T = 2 de la HAA et de la CFOT. De façon générale, on constate une progression du niveau de compliance des deux organisations. La CFOT obtient de meilleurs résultats. La progression entre T =1 et T =2 est plus importante à la CFOT qu'à la HAA. La HAA semble avoir atteint un plateau entre T = 1 et T = 2 ce qui n'est pas le cas à la CFOT.

L'équipe « Leadership et partenariat » dans chacune des deux organisations a réalisé des progrès importants dans le suivi des recommandations. Sur ce plan, ces équipes

ont progressé au niveau de : 1) l'éthique; 2) la gestion des risques; 3) l'établissement et la communication de leur mission; 4) la gestion du programme qualité.

Figure 33
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Leadership et partenariat



2) Gestion des ressources humaines

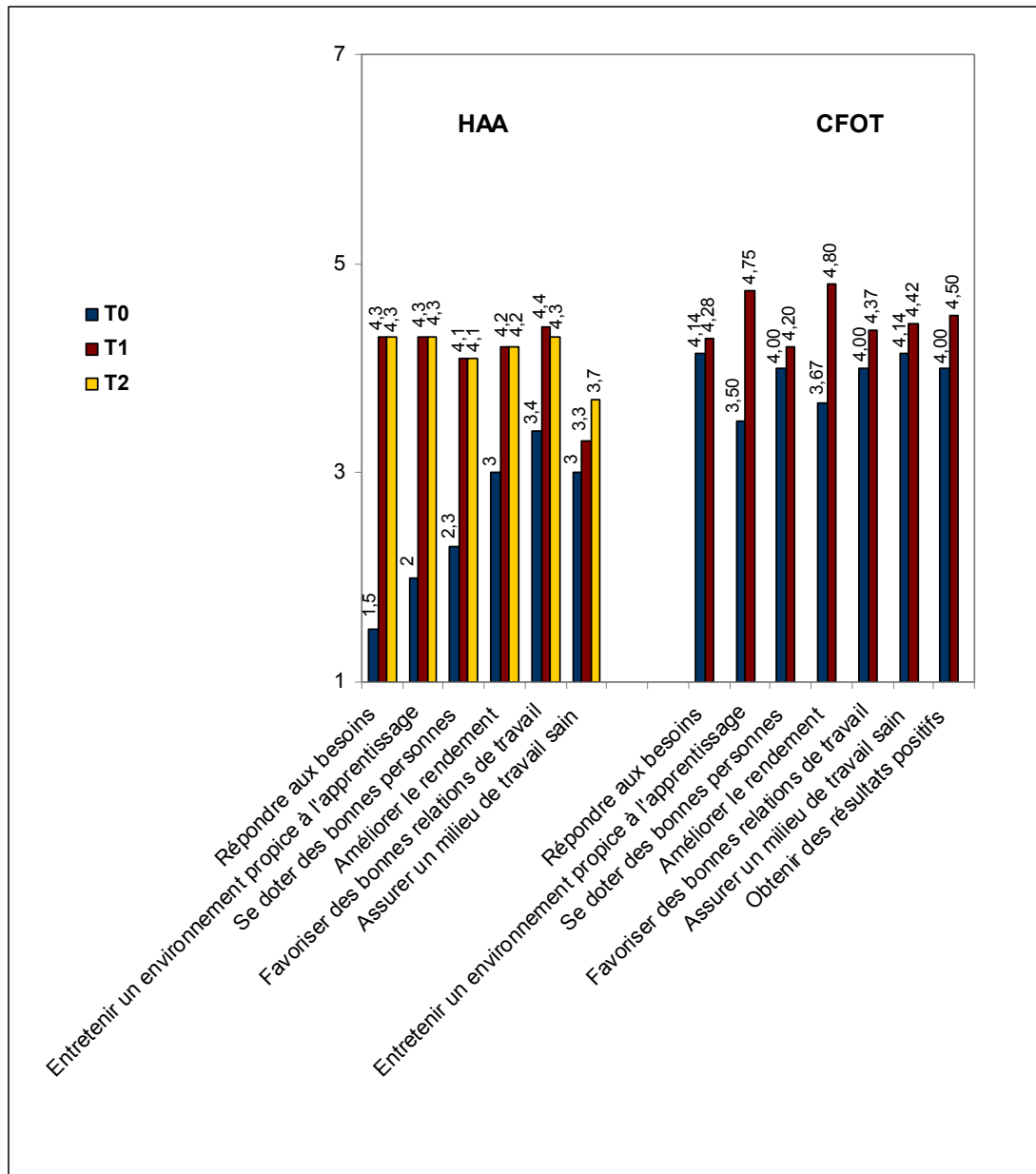
Les sous-sections de normes en ressources humaines ne sont pas tout à fait identiques entre les versions utilisées par la HAA (6) et la CFOT (7). La version 2002 (CFOT) a

une sous-section supplémentaire bien que le nombre de normes soit resté le même (11). Le nombre de critère est passé de 44 en 2002 (CFOT) à 41 en 2005 (HAA).

L'analyse de l'évolution du niveau de compliance de la HAA et la CFOT démontre une progression. La CFOT a progressé dans toutes les sous-sections entre T = 1 et T = 2, ce qui n'était toutefois pas le cas pour la HAA. Les changements les plus significatifs pour la HAA se situent entre T = 0 et T = 1. De façon générale les résultats obtenus à la CFOT sont plus élevés que ceux de la HAA.

Le nombre de recommandations reçues suite à la première visite était plus élevé à la HAA (12) qu'à la CFOT (7). Les secteurs de progrès dans les deux organisations étaient assez similaires : 1) plan pour ressources humaines; 2) processus d'octroi et de renouvellement des privilèges des médecins; 3) mise en place d'un système d'appréciation du rendement du personnel; 4) systèmes reliés à la mise en place d'un climat positif de travail. Il n'y avait pas de différences importantes dans la nature des améliorations apportées.

Figure 34
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Gestion des ressources humaines



3) Équipe de gestion de l'information

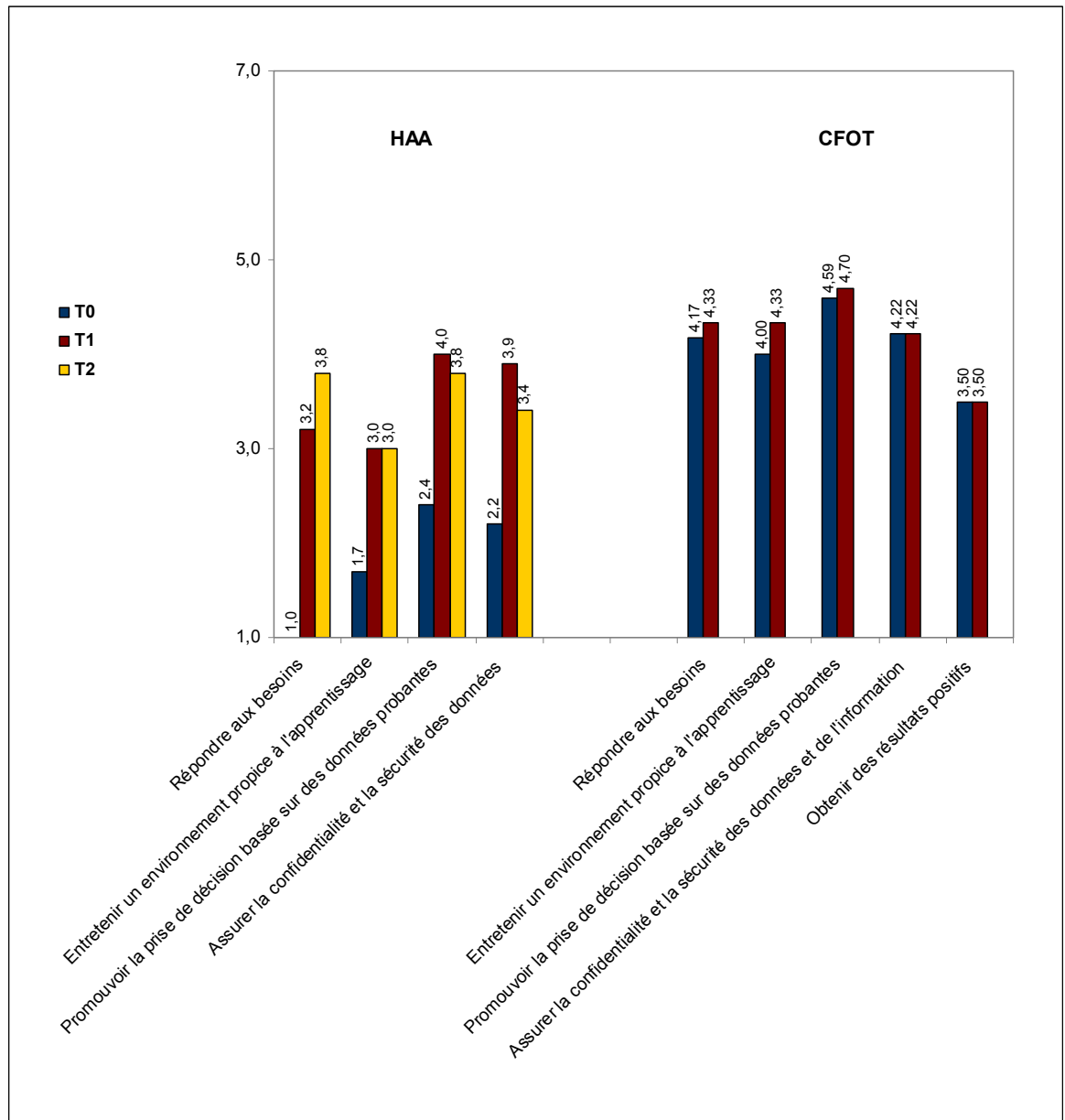
Dans cette section des normes, les sous-dimensions ont été revues entre les deux versions du programme. La version 2005 (HAA) en contient quatre tandis que celle de 2002 (CFOT) en compte cinq. Le nombre de normes (9) reste identique tout comme le nombre de critères (37).

L'analyse des résultats obtenus par la CFOT et par la HAA démontre des niveaux de compliance plus élevés à la CFOT. Une seule sous-section parvient à atteindre la moyenne de 4,0 à la HAA et ce niveau ne s'est pas maintenu à la mesure T = 2. Par contre, sauf une sous-section, la CFOT a atteint ce niveau dès la mesure T = 1. De plus, la CFOT a maintenu ou a amélioré sa performance dans toutes les sous-sections entre T = 1 et T = 2.

La CFOT a aussi fait des progrès par rapport aux recommandations reçues dans le domaine : 1) des communications; 2) de l'évaluation des résultats; 3) des commentaires des patients; 4) de la satisfaction des usagers; 5) de la tenue des dossiers patients.

La situation à la HAA a été plus difficile. Le nombre de recommandations a augmenté de 10 à 18 dont cinq avec un degré de sévérité élevé, comparativement à aucune lors de la mesure T = 1. L'équipe de gestion de l'information à la HAA éprouve certaines difficultés tandis que celle de la CFOT a connu plus de succès.

Figure 35
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Gestion de l'information



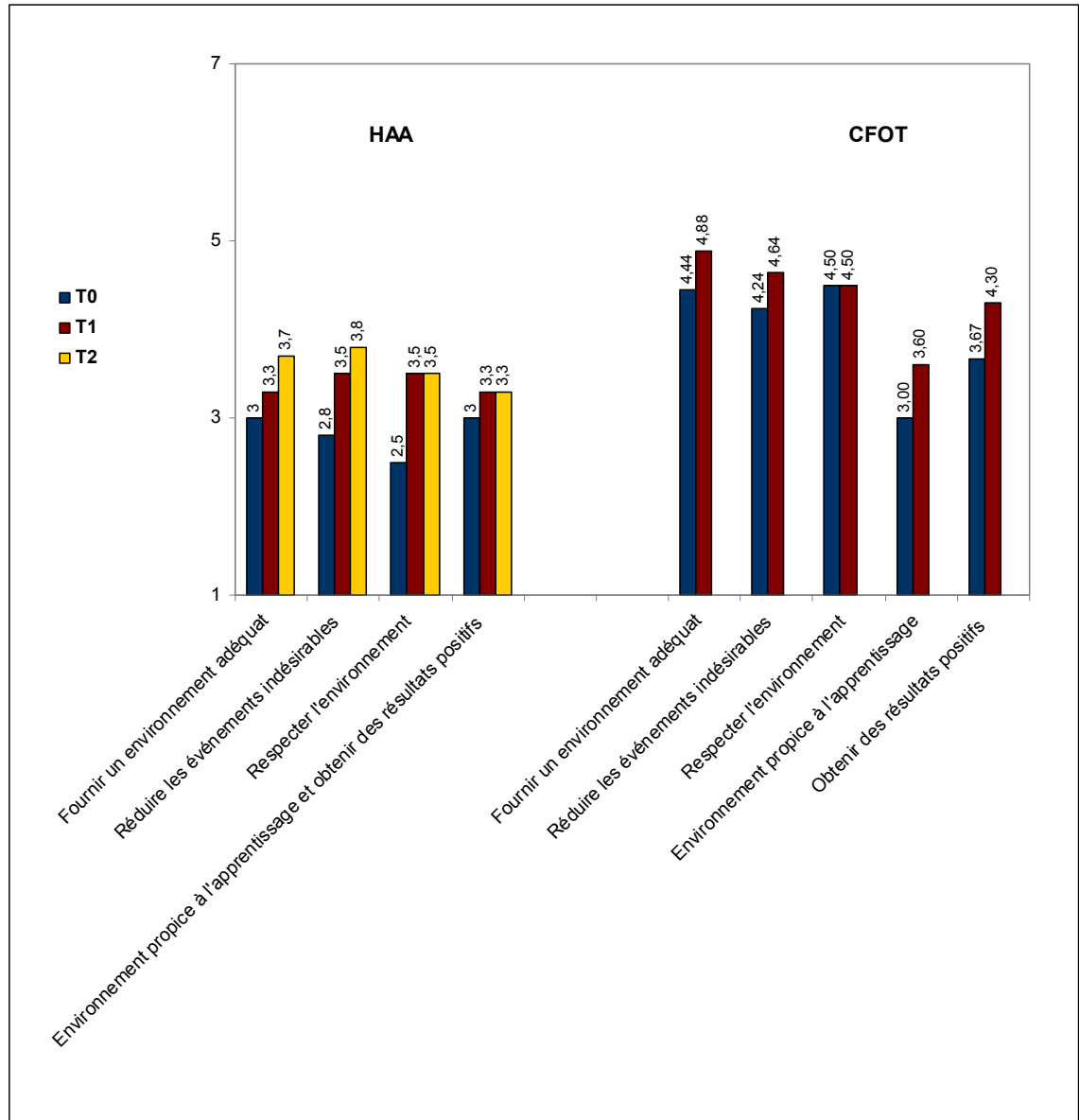
4) Équipe de gestion de l'environnement

Dans cette section des normes, le nombre de sous-sections a été révisé, passant de 5 en 2002 (CFOT) à 4 en 2005 (HAA). Cependant, le nombre de normes (8) et de critères (35) est demeuré constant d'une version du programme à l'autre.

Les deux organisations ont progressé dans leur niveau de compliance aux normes. Les résultats de la CFOT entre T = 1 et T = 2 sont tous positifs sauf pour la sous-dimension « Respecter l'environnement » qui est demeurée au même niveau. Sauf pour cette sous-dimension, les cotes se situaient autour de 4,5 soit à un niveau de bonne compliance. Pour la HAA, quoique la situation se soit améliorée entre les trois mesures, les cotes étaient plus basses que celles observées à la CFOT. Aucune ne dépassait 3,8.

Malgré tout, le nombre de recommandations et leur degré de sévérité ont diminué grandement à la HAA, passant de 19 à 10 au total et diminuant de 9 à 6 pour celles avec un degré de sévérité élevé. La CFOT a donné suite aux recommandations aussi. Par contre, les améliorations concernent des aspects différents. La HAA s'est attardée à la surveillance et à la sécurité des lieux physiques et des équipements tandis que la CFOT a mis davantage d'efforts sur des éléments de planification et de mesure des résultats. La HAA n'était pas encore rendue à cette étape.

Figure 36
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Gestion de l'environnement



5) Équipe de soins

L'analyse transversale des résultats pour les équipes de soins est limitée, car celles dont le niveau de compliance a été mesuré à T = 1 et T = 2 sont différentes d'une organisation à l'autre. À la HAA, il y avait trois équipes de soins en place et dix à la CFOT. Ce nombre reflète la nature et l'ampleur des deux organisations.

Nous avons constaté des améliorations dans toutes les équipes de soins dont le niveau de compliance aux normes a été mesuré à plus d'une reprise. Ici aussi, les cotes étaient généralement plus élevées à la CFOT qu'à la HAA. Plusieurs des cotes pour les sous-sections des normes à la CFOT de l'équipe de soins généraux se situaient au-dessus de 5,0 tandis que les plus élevées étaient de 4,8 à la HAA pour les trois équipes de soins.

Dans les deux cas, les recommandations ont fait l'objet d'un suivi rigoureux. Des améliorations ont été apportées sur le plan des politiques et procédures ainsi que sur le plan des droits des usagers et de la participation des usagers (et celle de leur famille) aux plans de soins. Des améliorations dans la sécurité des patients et du personnel ont aussi été observées dans les deux organisations.

Organisation

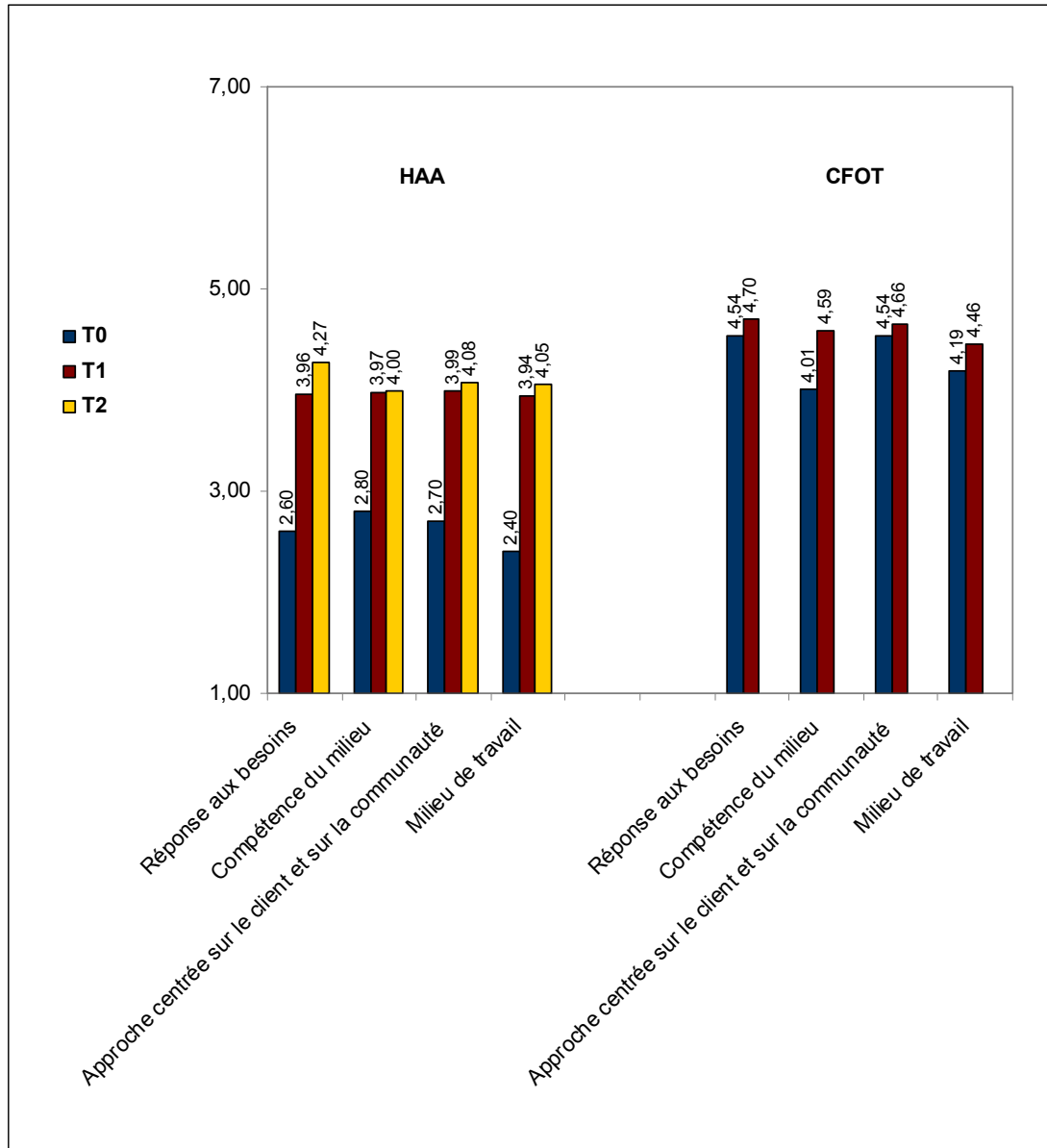
Le cadre de référence de la qualité dans les deux versions du programme utilisées à la CFOT et la HAA reste le même, soit 4 dimensions de la qualité et 22 descripteurs dont chacun est relié à l'une ou l'autre de ces dimensions.

Pour ce qui concerne l'organisation dans son ensemble, la CFOT et la HAA ont toutes les deux progressé à chaque mesure du niveau de compliance aux normes du programme d'agrément. La CFOT a obtenu des pointages moyens plus élevés pour chacune des dimensions. La mesure T = 1 de la CFOT est plus élevée que la mesure T = 2 de la HAA.

La CFOT a obtenu ces résultats sans véritables enjeux c'est-à-dire dans le cadre d'un exercice-pilote qui n'aboutissait pas sur une décision d'agrément. La CFOT a continué de progresser une fois le projet pilote terminé, car l'évaluation, T = 2, s'est effectuée environ 18 mois après la fin du projet. Dans toutes les dimensions de la qualité sauf pour « Milieu de travail », la CFOT s'est classée au-dessus de 4,5.

Pour la HAA, les cotes se situaient entre 4,0 et 4,27 et, bien qu'il y ait eu progression, entre les mesures T = 1 et T = 2, elle a été est modeste.

Figure 37
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Dimension de la qualité



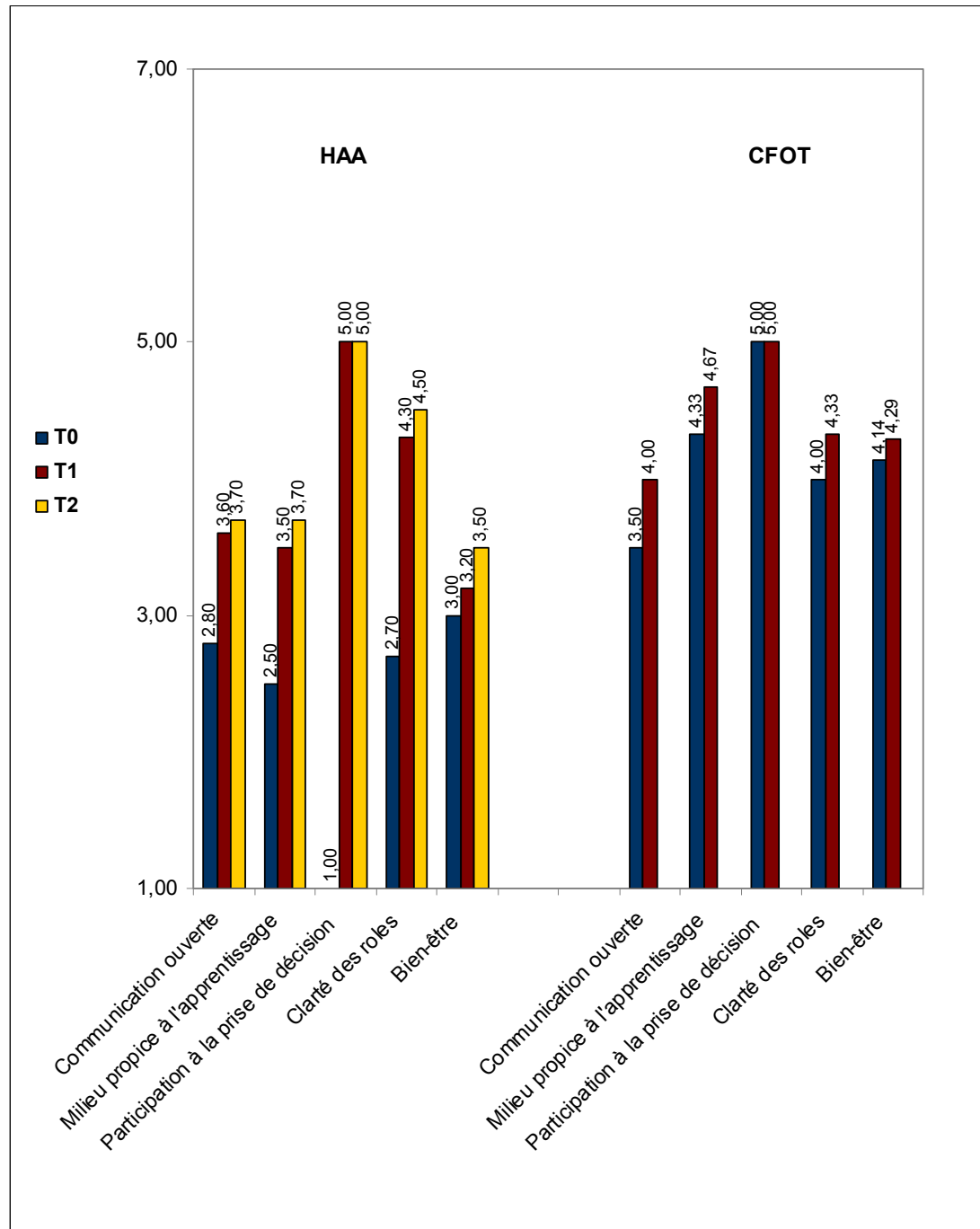
1) Milieu de travail

L'analyse des résultats obtenus en fonction des descripteurs par la CFOT et la HAA démontre des progrès dans chacun des deux établissements. Bien que la CFOT ait enregistré de meilleurs résultats en général, la HAA a néanmoins obtenu une cote légèrement plus élevée (4,5) pour le descripteur « Clarté des rôles » que la CFOT

(4,33). Les deux organismes ont chacun obtenu un pointage de 5,0 pour « Participation à la prise de décision ».

Figure 38

Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Milieu de travail

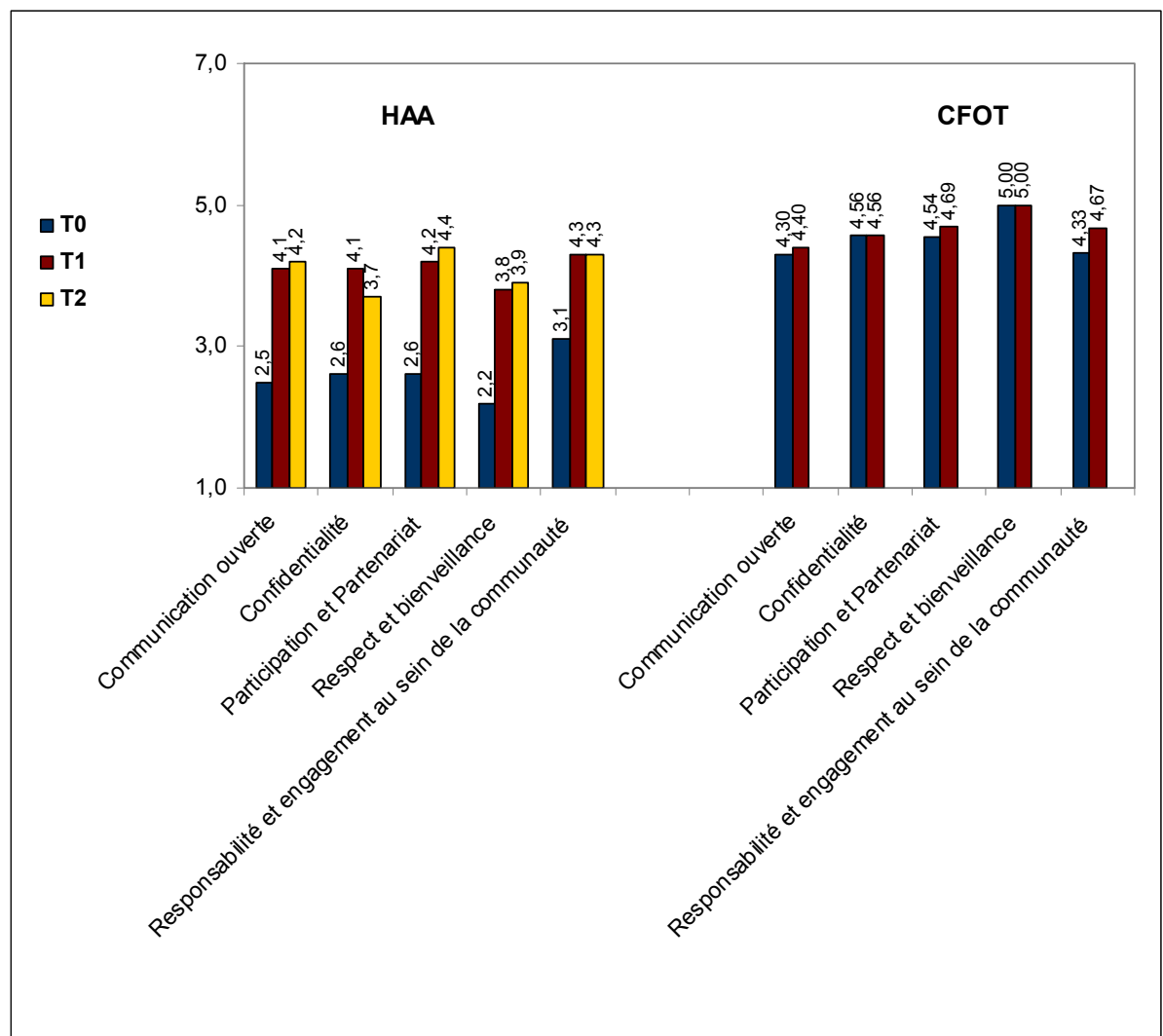


2) Approche centrée sur le client/communauté

La CFOT a obtenu de meilleurs résultats à T = 1 que la HAA à T = 2 pour tous les descripteurs. La HAA, bien qu'elle se soit améliorée d'une mesure à l'autre, a eu des difficultés à réaliser des progrès significatifs entre T = 1 et T = 2. Le même phénomène s'est produit à la CFOT.

Figure 39

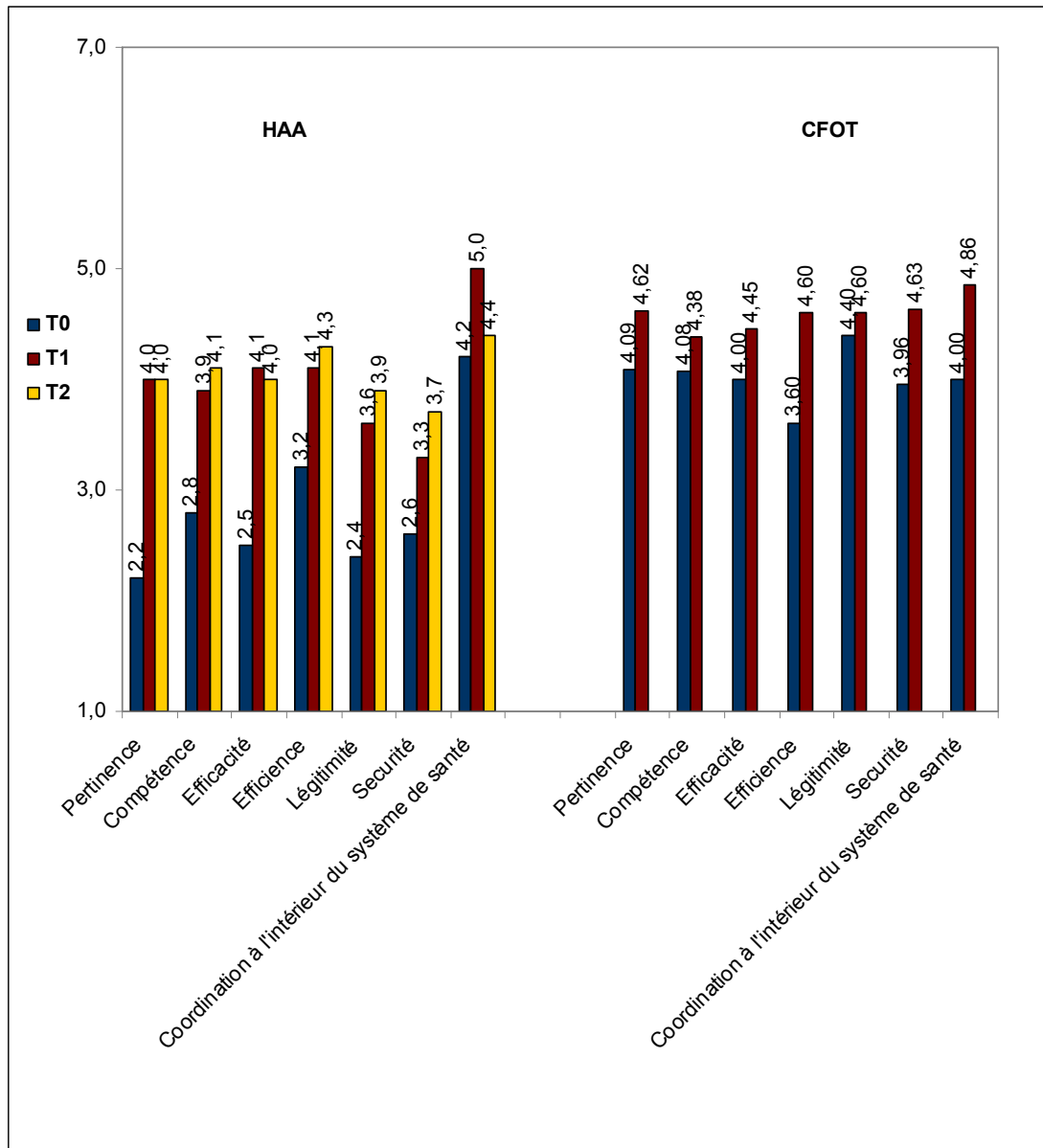
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Approche centrée sur le client/communauté



3) Compétence du milieu

Encore une fois, la CFOT a obtenu de meilleures cotes que la HAA pour tous les descripteurs, bien que la HAA a fait des progrès importants surtout entre $T = 0$ et $T = 1$. Par contre, entre $T = 1$ et $T = 2$ nous avons observé une plus grande difficulté à progresser ce qui n'était pas le cas à la CFOT où il y a eu des améliorations importantes pour plusieurs descripteurs entre ces deux mesures.

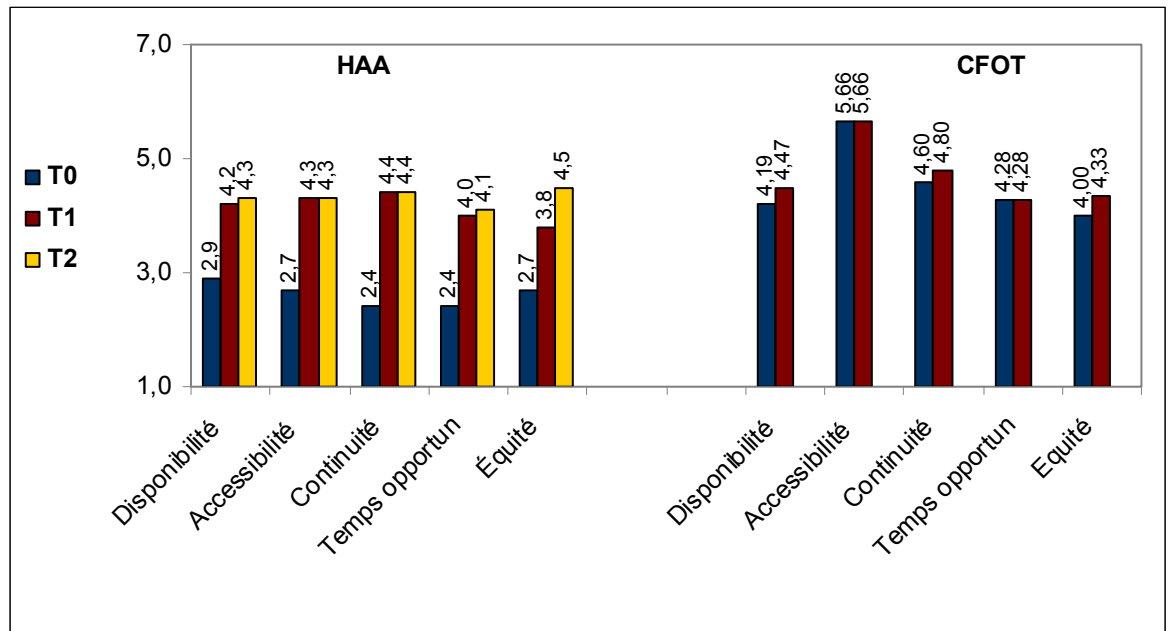
Figure 40
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Compétence du milieu



4) Réponse aux besoins

Les cotes obtenues par la CFOT à T = 1 sont supérieures à celles de la HAA à T = 2. Par contre, la HAA a maintenu et amélioré ses cotes entre T = 1 et T = 2. Pour les deux organisations il y a seulement un descripteur qui atteint une cote moyenne supérieure à 5,0 soit « Accessibilité » (5,66) dans le cas de la CFOT.

Figure 41
Analyse transversale de la HAA et de la CFOT – Réponse aux besoins



Conclusion

La HAA et la CFOT ont affiché des progrès lors des mesures de niveau de conformité tant au niveau des équipes d'agrément qu'au niveau de la performance globale de l'organisation. Ces améliorations progressives du niveau de conformité résultent du changement et de l'apprentissage organisationnel qui sont survenus dans ces organismes au niveau des individus, des équipes d'agrément et des organisations. La progression la plus importante a été enregistrée par la HAA entre T = 0 et T = 1. Ces résultats ne sont pas surprenants puisque la HAA n'avait aucune connaissance sur les programmes d'agrément en plus d'être un organisme récemment constitué. Le niveau de conformité T = 0 était aussi très bas. Dès T = 0, on constate que la HAA a commencé à réaliser du changement et des apprentissages qui se traduisent par une meilleure conformité aux normes et autres exigences du programme d'agrément. Il semble que les sessions de formation sur le programme d'agrément et les éléments qui l'entourent ont donné de bons résultats. La mobilisation des personnes autour de la démarche d'agrément a aussi eu un effet positif sur les résultats obtenus à T = 0. De plus, il était relativement facile de progresser à cette étape compte tenu de l'échelle de mesure utilisée par Agrément Canada.

La mesure équivalente (T = 0) n'a pas été prise à la CFOT. Cette mesure aurait été très utile pour cette partie de l'analyse transversale et il s'agit d'une limite qu'il faut noter. Il y a cependant lieu de croire que la CFOT aurait aussi enregistré une progression importante si une telle mesure avait pu être prise puisque l'intégration du programme d'agrément a apporté des changements importants dans cet organisme au niveau des individus, des équipes du travail et de l'organisme en entier.

Bien que la HAA a progressé lors des trois mesures du niveau de compliance en rapport aux normes du programme d'Agrément Canada, elle n'a pas atteint le seuil moyen (4.5) de bonne compliance pour la très grande majorité des exigences. La CFOT a eu des cotes plus élevées que la HAA. Ses cotes à T = 1 sont, de façon générale, plus élevées que celles obtenues par la HAA à T = 2.

Les résultats de la CFOT (T = 2) ont été mesurés plusieurs mois après la fin du projet-pilote alors que les enjeux pour l'organisation étaient minimes tandis que les résultats de la HAA à T = 2 ont été mesurés au moment de la visite régulière d'agrément. Il faut se garder de conclure trop rapidement que la CFOT a mieux intégré le programme d'agrément. Il est possible que la CFOT ait commencé l'exercice avec de meilleurs systèmes et pratiques de gestion ce qui lui a permis de mieux réussir. L'analyse transversale met aussi en lumière des différences significatives entre les deux établissements sur le plan des compétences et des ressources qui expliqueraient les écarts observés.

Conclusion générale

Cette conclusion générale porte sur l'ensemble du chapitre 5. L'auteur a jugé utile de faire une synthèse globale de ce chapitre compte tenu de son ampleur et de revenir sur des éléments qui semblent plus importants à faire ressortir dans une perspective de changement et d'apprentissage organisationnel.

L'intégration du programme d'agrément a engendré des changements et de l'apprentissage organisationnel dans chacun des établissements qui se sont traduits

pas une amélioration du niveau de compliance aux exigences normatives. Cette progression positive a été mesurée à plusieurs reprises et s'est échelonnée dans le temps. De plus, elle est appuyée par plusieurs réalisations concrètes qui ont amélioré l'ensemble des systèmes et des pratiques de gestion de ces deux organismes. Le changement et l'apprentissage s'appliquent au niveau des individus, des équipes et des organismes. Les mesures de la progression du niveau de compliance ont été validées auprès de chacune des équipes d'agrément et au niveau des organismes en entier. Ces résultats témoignent que l'intégration du programme d'agrément a été réussie dans les deux cas. Le changement et l'apprentissage organisationnel sont directement associés aux diverses étapes du cycle du programme d'agrément selon un processus évolutif. Les résultats obtenus par la HAA et la CFOT les distinguent tout en montrant des zones de convergences.

Le premier élément que nous voulons soulever est en fait un point sur lequel il y a convergence entre la HAA et la CFOT. Il s'agit du partage de la vision sur l'intégration du programme entre la direction et les intervenants. Tous y voyaient des avantages professionnels et personnels. Nous croyons que cette prémisse a été essentielle dans la réussite de l'intégration du programme d'agrément et est une des conditions sine qua non de réussite.

Les stratégies pour aller chercher l'adhésion des intervenants peuvent varier mais, sans un partage et une acceptation suffisante des professionnels du milieu, l'intégration du programme d'agrément ne peut réussir. Ainsi, à la HAA, la direction générale et le conseil d'administration ont fait preuve de leadership en prenant rapidement la décision d'intégrer le programme d'agrément. Par la suite, la direction générale s'est assurée d'aller chercher l'adhésion de l'ensemble du personnel. La direction est allée rencontrer le personnel sur tous les services. De la formation pertinente a été offerte afin de bien faire comprendre le programme et aller chercher l'engagement. Des efforts importants ont été investis pour s'assurer de la participation de la communauté au sein des équipes. Cette stratégie rencontrait les besoins du milieu.

À la CFOT, le contexte était différent. La stratégie du partage et d'adhésion à la vision a été très différente mais aussi un facteur déterminant dans la réussite de l'intégration du programme. L'évolution positive du niveau de compliance supportée par de nombreuses améliorations dans les services et dans l'organisme en témoigne. Les périodes qui ont précédé la décision d'intégrer le programme et de constituer les équipes d'agrément ont servi judicieusement pour établir cette vision commune de la valeur du programme d'agrément

Le deuxième élément porte sur les compétences. L'élasticité au plan des compétences minimales requises pour réussir l'intégration du programme d'agrément est grande et multidimensionnelle. D'une part, le facteur temps peut-être étiré considérablement comme nous l'avons observé avec la HAA. Il est même possible de faire les étapes du cycle d'agrément à plusieurs reprises avant de procéder à la visite d'agrément. Cette stratégie permet de développer des connaissances et des compétences nécessaires à la réussite.

D'autre part, une partie des compétences requises peut-être compensée par l'engagement et le dévouement du personnel. Cela a aussi été démontré dans le cas de la HAA. Enfin, bien que loin d'être idéal, l'absence de compétences internes peut partiellement être compensée par de l'expertise externe comme celle d'Agrément Canada ou de consultants. Cependant, il est évident que l'absence de compétences suffisantes aura des conséquences importantes sur la rapidité et la qualité de l'intégration du programme d'agrément. Le changement et l'apprentissage organisationnel est affecté par les compétences ce qui a des conséquences sur l'évolution du niveau de compliance aux exigences normatives. À la CFOT, nous avons observé une progression positive du niveau de compliance plusieurs mois après l'intégration du programme. Les individus avaient donc intégré les compétences acquises pour améliorer la qualité des services.

Le troisième élément touche le rôle des équipes d'agrément et les phases « autoévaluation » et « utiliser le rapport et apporter des améliorations » du cycle

d'agrément. Ces phases, comme nous avons démontré, ont contribué le plus au changement et à l'apprentissage organisationnel. Le véhicule privilégié pour réaliser ces changements et ces apprentissages a été les équipes d'agrément. Ces équipes se sont avérées de puissants agents de changement. Or, certaines ont mieux performé que d'autres. Pour faciliter l'intégration d'un programme d'agrément il y aurait lieu de mieux comprendre les éléments qui font que certaines équipes obtiennent de meilleurs résultats. Agrément Canada propose un modèle et des paramètres sur la composition et leur rôle. Est-ce le meilleur modèle et comment s'assurer d'optimiser le rendement d'une équipe? Oandasan Ivy et coll. (2006) proposent une série de facteurs organisationnels qui affectent le travail en équipes et qui pourraient améliorer leur fonctionnement. Voilà donc un élément qui mériterait qu'on s'y attarde.

Un autre élément qui ressort de ce chapitre touche l'aspect stratégique relié à la participation d'un organisme à un programme d'agrément. À moins d'être dans un régime totalitaire, l'agrément est un excellent « proxy » (moyen) pour une organisation pour accroître sa légitimité et sa marge de manœuvre face au pouvoir en place. Ce moyen a semblé très efficace lors de la mise en place d'une nouvelle organisation comme nous l'avons démontré à la HAA. Nous avons aussi présenté la stratégie de la CFOT qui a réussi à obtenir des ressources additionnelles en retour de sa participation.

Or, sur le plan stratégique, il y aurait lieu de comprendre comment un organisme peut optimiser sa participation à un programme d'agrément selon ses besoins particuliers qu'elle que soient leur nature. Les deux cas nous ont présenté deux situations différentes, la HAA avait besoins de légitimité et la CFOT de ressources. Pomey (2004) démontre que le programme d'agrément a été un facteur qui a facilité le processus de fusion d'un organisme de santé. Il y a sûrement d'autres circonstances qui mériteraient une compréhension élargie de ce phénomène.

Le cinquième et dernier élément qui émerge des résultats de ces deux cas est la variable dépendante du modèle d'analyse, c'est-à-dire le niveau de compliance aux

normes du programme d'agrément. Bien que nous ayons constaté une progression à chaque mesure du niveau de compliance autant à la HAA qu'à la CFOT cette progression a clairement ralenti entre $T = 1$ et $T = 2$ à comparer à $T = 0$ et $T = 1$. Ce phénomène s'explique probablement par le fait que les individus, les équipes et les organismes ont besoins d'un certains temps pour consolider et institutionnaliser les changements et les apprentissages. Ceci se reflète dans l'évolution du niveau de compliance qui, bien qu'il progresse toujours, ralentit le rythme. Cela semble indiquer un certain plafonnement futur des organismes par rapport à leur capacité d'atteindre des niveaux de compliance plus élevé.

Ceci conclut le Chapitre 5 sur la présentation des résultats individuels et croisés des deux cas étudiés.

CHAPITRE 6 DISCUSSION

L'objectif de ce chapitre est de discuter des résultats de la recherche en fonction de l'analyse individuelle et transversale des cas étudiés. Le chapitre est composé de trois sections.

Dans un premier temps, le modèle théorique est analysé en fonction des résultats obtenus. Il ne s'agit pas de revenir sur le programme d'agrément mais plutôt de porter une attention particulière aux variables intermédiaires (apprentissage et changement) et à la variable dépendante du modèle (niveau de compliance) de façon à discuter des forces du modèle théorique et des améliorations possibles qui peuvent y être apporté.

La deuxième sous-section reprend quelques-uns des paradoxes des programmes d'agrément qui ont été soulignés dans le chapitre I en lien avec le problème de recherche et dans le chapitre 2 en les reformulant à partir des apprentissages qui émergent des études de cas.

La dernière partie de ce chapitre s'intéresse à la validité interne et externe de la recherche.

6.1 Discussion sur le modèle théorique

Rappelons tout d'abord les questions de la recherche dont l'objectif est de permettre une meilleure compréhension de l'intégration du programme d'Agrément Canada dans un établissement de santé :

1. L'intégration de l'agrément apporte-t-elle du changement dans un organisme de santé?
2. L'intégration du programme d'agrément génère-t-elle de l'apprentissage organisationnel?
3. L'intégration du programme d'agrément génère-t-il une amélioration du niveau de compliance et aux autres exigences normatives?
4. Sinon quelles sont les facteurs qui peuvent s'avérer des obstacles ou barrières au changement ou à l'apprentissage organisationnel?

6.1.1 Apprentissage et changement organisationnel

Les deux grandes composantes du modèle d'analyse dans le bloc des variables intermédiaires sont le changement organisationnel et l'apprentissage organisationnel. Le modèle suppose une interaction continue et réciproque entre les deux éléments de telle sorte que l'apprentissage influence directement le changement et vice versa. À cette étape de la recherche et compte tenu des apprentissages que l'auteur a acquis dans cette démarche, il devient intéressant de discuter comment le modèle d'analyse a réussi à capter le phénomène de l'intégration du programme d'agrément.

Mais avant de discuter des variables intermédiaires et sans pour autant revenir longuement sur le programme d'agrément, il apparaît pertinent de mentionner brièvement d'autres approches qui auraient pu être utilisées pour étudier le changement et l'apprentissage organisationnel. La section 2.3 a fait le lien entre la qualité et le programme d'agrément. D'autres options auraient aussi pu être explorées comme le *Quality Improvement Road Map* (Carey et Lloyd 2001). Cet outil est modélisé à l'aide d'un *Process improvement flowchart* dont les nombreuses étapes s'enchaînent et qui, lorsque appliquées rigoureusement, peuvent aboutir en une démarche structurée d'amélioration continue de la qualité. Il existe certaines variantes de ce modèle, tel l'*Activity Network Diagram* ou le *Cause & Effect Fishbone Diagram* (Brassard et Ritter 1994) qui semblent être aussi valables.

Parmi ces autres formules, celle qui semble avoir connu le plus de succès est le *Plan, Do, Study, Act* (PDSA) aussi appelé le *Deming Cycle* (McLaughlin et Kaluzuy 2006) car elle est appliquée par plusieurs organismes de santé. La démarche du PDSA consiste à : 1) déterminer un processus que l'on souhaite améliorer; 2) organiser une équipe de personnes compétentes qui connaît bien le processus en question; 3) le clarifier et l'analyser; 4) mettre en place des changements qui visent à l'améliorer; 5) mesurer l'impact des changements mis en place; 6) contrôler et assurer le suivi.

Cette approche, tout comme les autres mentionnées précédemment, pourrait sans doute être un substitut au programme d'agrément dans le modèle d'analyse de l'étude pourvu qu'elle réponde aux critères établis pour la qualifier d'intervention. Cependant bien qu'elle soit très répandue, les organismes ont plutôt tendance à l'insérer à l'intérieur de leur programme qualité et ne la considèrent pas comme un programme en soi.

En revenant maintenant aux deux grandes composantes dans le bloc de variables intermédiaires, il y a lieu de reconnaître que ces deux composantes ont bien réussi à capter le contexte de l'étude, et ce, malgré que celle-ci concernait deux organismes très différents. La HAA était une organisation nouvellement créée à partir de plusieurs organismes de très petite taille. Même après cette fusion, la HAA demeurait de taille modeste en comptant un peu plus d'une centaine d'employés. Par contraste, la CFOT a été établie il y a plusieurs siècles et est un organisme hospitalier complexe de grande taille. Le modèle d'analyse et particulièrement les deux grands blocs de variables intermédiaires ont démontré que les deux composantes étaient flexibles et robustes puisqu'elles ont pu être adaptées à l'étude d'établissements aussi différents.

Le programme d'agrément en soi n'a pas apporté du changement ou de l'apprentissage organisationnel. Il s'agit au plus d'un outil d'intervention au même titre que d'autres techniques d'intervention comme un programme qualité ou une planification stratégique. Il possède des caractéristiques qui le distinguent mais sans

plus. Tout comme les autres techniques d'intervention, il ne peut rien accomplir sans des processus qui l'actualisent.

Ce sont plutôt les étapes du cycle d'agrément, qui conjuguées au phénomène de socialisation, aux interactions entre les individus et aux autres variables de la composante sur l'apprentissage, ont déterminé les résultats de cette intervention.

D'autre part, les individus se sont engagés dans une démarche qui a mené au changement. Toutefois, le partage d'une vision, des compétences, des ressources et des autres variables de la composante sur le changement organisationnel, aussi indispensables soient-elles, n'était pas suffisant non plus. Il a fallu introduire des sources de connaissances par de la formation et utiliser d'autres moyens attachés au cycle d'agrément, comme la mise en place d'équipes d'agrément, pour qu'enfin la transformation des organismes se réalise.

Bien que flexibles et robustes, ces composantes du modèle d'analyse se sont avérées complexes à gérer au point de vue du nombre de variables, du chevauchement de plusieurs d'entre elles et surtout du fait que les étapes du cycle d'agrément étaient uniquement rattachées à la composante du processus d'apprentissage et non pas à celles du changement organisationnel.

En fait, les concepts d'apprentissage et de changement organisationnel sont tellement imbriqués l'un dans l'autre qu'il aurait été plus efficace, à notre avis, et possible d'arriver aux mêmes résultats en les utilisant de façon intégrée et en y rattachant les étapes du cycle d'agrément. Ceci, en rétrospective, aurait permis une simplification du modèle d'analyse. Ce constat permet donc de repenser le modèle.

Deux facteurs principaux viennent influencer cette possible remodelisation : l'indissociabilité et la temporalité de ces deux composantes. Par suite des connaissances acquises pendant ces deux études de cas, l'auteur soutient la thèse que l'apprentissage et le changement organisationnel ne peuvent se réaliser l'un sans

l'autre, ni indépendamment. Les deux concepts sont de même nature. Le changement organisationnel devient en quelque sorte la conséquence de l'apprentissage dans un cheminement temporel qui s'enchaîne. L'apprentissage entraîne le changement et le changement entraîne l'apprentissage. Regardons comment ces deux composantes du modèle pourraient être reprises en s'inspirant d'un autre cadre d'analyse légèrement différent.

À l'instar de Nonaka (1994), Vera et Crossman (2004) proposent, à partir de 41 cadres d'analyse sur l'apprentissage organisationnel (Crossman et coll., 1999), un modèle d'apprentissage organisationnel basé sur un transfert de l'individu vers des groupes d'individus et enfin vers l'organisation dans son ensemble. Dans ce modèle, le changement organisationnel est plutôt traité comme l'adaptation de l'organisme à son environnement, environnement nécessairement dynamique.

Ce modèle diffère de celui de Nonaka parce qu'il comporte aussi un cheminement inverse, c'est-à-dire une courroie d'apprentissage qui va de l'organisation vers les groupes et enfin vers les individus dans une progression en quatre étapes de nature sociale et psychologique : 1) l'intuitif; 2) l'interprétation; 3) l'intégration; 4) l'institutionnalisation. Tout comme le cheminement du processus d'apprentissage, les étapes sont franchies dans les deux sens. Vers l'avant, le processus permet à l'organisme d'innover et de se renouveler tandis qu'en mode rétroaction, la démarche permet de renforcer ces apprentissages jusqu'à l'institutionnalisation des connaissances. Ainsi, l'organisme apprend et change dans le temps.

Or, cette progression en quatre étapes illustre mieux l'aspect de la temporalité que le modèle de Nonaka. L'intuitif est immédiat. L'interprétation nécessite un certain temps, l'intégration encore plus et l'institutionnalisation, qui est l'étape la plus élevée de la progression, encore d'avantage. L'aspect temporel est critique, car l'intégration d'un programme d'agrément dans une organisation s'étend sur une longue période de temps et, à la limite, à l'infini. Certains organismes font partie du programme d'Agrément Canada depuis presque cinquante ans.

Dans cet ordre d'idées, il est intéressant de regarder les résultats de l'intégration du programme d'agrément sur la base de la durée de la participation. Beaumont (2002) a démontré que les organismes ayant une plus longue expérience de participation au programme d'Agrément Canada réussissaient généralement mieux à implanter les recommandations qui font suite aux visites. Comme les recommandations relèvent des faiblesses déterminées par les visiteurs d'Agrément Canada par rapport au cadre normatif du programme d'agrément, il va de soi que leur mise en œuvre représente un défi en matière de changement ou d'adaptation organisationnelle et qu'un organisme qui réussit mieux à donner suite aux recommandations a développé des compétences et des connaissances.

Nous sommes d'avis qu'en intégrant certaines des variables sur le changement organisationnel à même ce cadre d'analyse et en y positionnant les étapes du cycle d'agrément, il serait possible de développer un modèle d'analyse plus facile à maîtriser. Ceci aurait l'effet de le renforcer par rapport à l'ambiguïté qui existe entre l'adaptation à l'environnement et le changement organisationnel. Un autre avantage de cette approche serait que le modèle pourrait suivre un organisme dans le temps et pendant plusieurs cycles d'agrément puisque l'étape de l'institutionnalisation est un phénomène qui peut requérir de nombreuses années avant de s'implanter dans un organisme. L'institutionnalisation nous semble une étape du processus d'apprentissage et du changement d'un niveau plus élevé que celui du réseautage des connaissances que comportait notre modèle d'analyse. Cette approche pourrait aussi s'appliquer dans un organisme qui est déjà dans le programme d'agrément depuis plusieurs années.

Pour ce qui est des autres variables intermédiaires, c'est-à-dire celles sur le type de bureaucratie et sur la nature de l'adhésion, elles pourraient être traitées comme des éléments contextuels et non comme partie intégrante du modèle d'analyse. Ce faisant, le modèle serait encore plus clair.

Cette discussion ne visait pas à développer toutes les variables intermédiaires d'un nouveau modèle d'analyse, mais simplement à discuter la possibilité d'améliorer celui qui a été utilisé pour cette recherche bien que ce dernier a bien servi nos études de cas. Nous sommes d'avis qu'il est perfectible tout en se rappelant qu'un modèle, aussi bon soit-il, ne peut que représenter une vision limitée de la réalité. Compte tenu de ce qui précède, la recherche d'un modèle amélioré est assurément prometteuse.

6.1.2 Niveau de compliance

La variable dépendante du modèle d'analyse était le niveau de compliance aux normes et critères du programme d'agrément qui a été mesuré à différentes reprises sur une période de quelques années. Cette sous-section discute de l'apport de cette variable sur le modèle d'analyse et de sa signification à la lumière de la littérature sur qui existe sur le sujet.

Il aurait été fort intéressant d'obtenir une mesure de base ($T = 0$) du niveau initial de compliance pour la CFOT pour connaître la situation de départ de cet établissement. Malheureusement, cela n'a pas été possible et ceci limite notre compréhension de l'évolution de niveau de compliance de cet établissement relativement à l'intégration du programme d'agrément.

Comme ce fut le cas à la HAA, nous pouvons supposer avec un certain degré de certitude que le niveau de compliance de la CFOT aurait progressé entre une mesure de base ($T = 0$) et la mesure suivante ($T = 1$) de manière importante. À partir des résultats obtenus à $T = 1$ et $T = 2$ nous pouvons aussi soutenir que cette mesure aurait probablement été plus élevée que $T = 0$ obtenue par la HAA compte tenu que la CFOT existait depuis longtemps.

Dans cette partie de la discussion, il faut aussi considérer la valeur de l'apprentissage et du changement reliée à l'implantation des recommandations, car ces dernières sont

directement liées à une déficience de compliance à une norme ou à un critère du cadre normatif.

Tout comme la progression du niveau de compliance nous avons démontré que les recommandations ont fait l'objet d'un suivi rigoureux de la part des deux organismes étudiés. En fait, cela vient renforcer le constat de la progression du niveau de compliance puisque nécessairement lorsqu'il y a implantation d'une recommandation le niveau de compliance à cette norme est augmenté. Et de ces deux notions, soit l'évolution du niveau de compliance et du suivi découle l'aspect temporel.

Les résultats démontrent une progression constante du niveau de compliance à la CFOT et à la HAA. Ceci confirme les constatations observées dans les recherches effectuées sur le niveau de compliance à des normes et la participation dans un programme d'agrément (Salmon et coll., 2003 et Roy 1969). À première vue, on pourrait être porté à conclure que les organismes qui améliorent leur niveau de compliance dans le temps actualisent le changement et l'apprentissage organisationnel.

Or, les organismes qui participent à un programme d'agrément savent que le niveau de compliance aux normes est mesuré dans le temps et que le suivi (ou le non-suivi) accordé aux recommandations émises dans le rapport de la visite précédente aura un impact sur les résultats.

Cependant Lozeau (1999) soutient que les organismes, grâce à une collusion tactique entre les gestionnaires et les employés, réussissent par des rituels administratifs à feindre l'appropriation du programme qualité, notamment les exigences du programme d'agrément, en simulant, grâce à cette entente, la conformité aux exigences du cadre normatif. Conséquemment, les organismes réussissaient à se faire agréer sans véritablement avoir implanté les changements ou acquis les connaissances requises.

Dans une perspective plus élargie, lors de l'introduction de techniques de gestion, il en découlerait une possible corruption de ces dernières (Denis et coll., 2000 et Lozeau et coll., 2002). Le lecteur se souviendra qu'une typologie de changement organisationnel suite à l'intégration du programme a été modélisée au chapitre 3 à partir de ces constats.

Il y a donc lieu de se demander si, malgré la progression observée à la HAA et à la CFOT dans le temps sur le plan de la compliance aux normes et du suivi des recommandations, l'intégration du programme d'agrément a véritablement induit le changement et l'apprentissage organisationnel.

Popper et Lipshitz (2000) suggèrent que pour déterminer si des apprentissages sont aptes à être productifs, ils doivent être imbriqués dans une culture organisationnelle adéquate. Ils proposent une hiérarchie composée de cinq valeurs. Au sommet de cette hiérarchie se trouve un apprentissage continu sous lequel on peut repérer une information valable, de la transparence, une objectivation des problématiques et enfin une imputabilité. Analysons la capacité du programme d'agrément de satisfaire ces critères.

Les programmes d'agrément sont susceptibles de générer des apprentissages continus puisqu'ils se renouvellent sans cesse comme il a été démontré dans les sections qui portent sur l'évolution des programmes. Ces derniers s'adaptent pour tenir compte de l'environnement et de l'évolution des systèmes de santé.

Ultimement, pour être utiles, il faudrait que les apprentissages, en plus de servir au présent, puissent aussi être utilisés à l'avenir. Or, les intervenants de la CFOT et de la HAA soutiennent qu'ils se sentent bien outillés pour relever les éventuels défis dans l'avenir.

Il est intéressant de regarder les quatre autres valeurs proposées par Popper et Lipshitz (2000). La première porte sur l'information valable et exige que

l'information soit complète, non contaminée et vérifiable (Popper et Lipshitz, 2000). La démarche d'agrément, du moins dans une mise en œuvre de type volontaire, suppose au départ que l'organisation est transparente et que les intervenants, tant internes qu'externes, fonctionnent dans un climat de confiance.

La transparence est actualisée par la mise en place des équipes d'agrément qui permettent des forums d'échanges valables et où des discussions ouvertes peuvent avoir lieu. Ce point a été confirmé par les intervenants dans les deux établissements.

Pour ce qui est de l'objectivation des problématiques, cette valeur est imbriquée à même les normes et exigences du cadre normatif. Les normes sont établies non pas en fonction des besoins d'une organisation en particulier, mais selon un processus objectif basé sur l'état des connaissances au moment de leur élaboration par des groupes d'experts. Les problématiques deviennent les défis posés par l'atteinte des normes.

En dernier lieu, nous avons l'imputabilité. Les programmes d'agrément demandent aux organismes d'être imputables vis-à-vis de : 1) tous leurs membres; 2) leurs partenaires; 3) l'agence d'agrément; 4) eux-mêmes, car ils s'engagent dans une démarche d'amélioration continue.

En s'appuyant sur : 1) les résultats de cette recherche qui démontrent que la HAA et la CFOT ont réussi à intégrer les connaissances acquises pour apporter des changements tangibles qui ont amélioré la qualité de leurs services et de leurs systèmes; 2) les évidences antérieures (Beaumont, 2002) qui démontrent que cette connaissance peut se maintenir et même s'accroître avec le temps; 3) sur les modèles de développement des connaissances (Nonaka, 1994) et (Vera et Crossman, 2004); 4) sur les caractéristiques d'apprentissage utiles (Popper et Lipshitz, 2000), il est possible de conclure que le programme d'agrément pourrait être un outil stratégique de changement et d'apprentissages organisationnels durables pour un organisme de santé.

Ainsi, bien que nous reconnaissons la valeur de l'argument de Lozeau (2000) et de la trajectoire possible d'une technique de gestion dans un organisme (Denis et coll., 2000 et Lozeau et coll., 2002) qui ultimement peut conduire à la corruption de cette dernière nous croyons que l'intégration du programme d'agrément a transformé la HAA et la CFOT.

Nous reconnaissons les arguments de Lozeau. Les évidences le démontrent. Les rapports annuels sur les données agrégées d'Agrément Canada dont il a été fait mention dans un chapitre précédent démontrent que l'implantation d'un programme qualité reste toujours, après plus de quinze ans, l'exigence normative que les organismes de santé canadiens ont le plus de difficulté à satisfaire. Et c'est pourquoi nous ne partageons pas son argumentation sur l'effondrement « tranquille » de la gestion de la qualité (Lozeau 1996). Le titre de cet article est accrocheur, mais comment les programmes qualité peuvent-ils s'effondrer lorsqu'il n'a pas été démontré qu'ils étaient institutionnalisés au moment de leur existence?

Pour revenir à la HAA et à la CFOT, nous voulons qualifier la transformation qui a été évoquée dans les paragraphes précédents. L'organisme qui intègre le programme d'agrément doit surmonter certains obstacles (Beer et coll., 2005) qui sont au nombre de quatre : 1) le pouvoir et la politique lorsqu'utilisés à des fins personnelles et qu'ils sont à la source de l'utilisation inefficace des ressources; 2) les barrières à l'apprentissage organisationnel par le maintien de vieux modèles et l'absence de rétroaction et de communications honnêtes; 3) l'absence d'une direction organisationnelle à cause de communications faibles et inefficaces conjuguées à un manque d'engagement; 4) la résistance au changement avec des pratiques défensives et un silence organisationnel.

Ces obstacles ne sont pas banals puisqu'ils sont toujours le résultat de comportements humains. Conjuguée aux dichotomies soulevées par le type de bureaucratie (facilitant ou coercitif) et d'adhésion (volontaire ou obligatoire) selon leurs caractéristiques qui

ont déjà été présentées, l'intégration d'un programme d'agrément prendra les couleurs du contexte et des acteurs du milieu.

Sur la base de ce qui précède, nous présentons trois possibilités d'intégration du programme d'agrément dans un organisme sur une gamme continue et dont les teintes exactes peuvent varier à l'infini : 1) intégration non stratégique, 2) intégration stratégique partielle et 3) intégration stratégique.

L'intégration non stratégique est plus susceptible de survenir dans un contexte d'une intégration contrainte qui peut se développer dans un contexte de bureaucratie coercitive. Dans de telles conditions, nous évaluons qu'il en résultera, selon la typologie de changement organisationnel (Denis et coll. 2000 et Lozeau et coll., 2002), au mieux, un mariage d'apparence ou plus probablement une corruption/assimilation. Les paradoxes (Pomey et all., 2005) entre le programme d'agrément et la réalité organisationnelle qui font en sorte que les principes fondamentaux des programmes qualité et de l'appropriation des résultats par des autorités sont trop grands pour espérer toute autre forme d'intégration.

Pour une intégration stratégique partielle, il faut au minimum que le type de bureaucratie soit facilitant. Sans cela, une intégration obligée n'a aucune chance de réussite. Il faudra donc un leadership adapté qui saura négocier des conditions acceptables avec l'environnement externe contraignant. Le résultat sera probablement un changement de type adaptation/accommodation quoiqu'il soit aussi possible de réussir une transformation organisationnelle.

L'intégration stratégique partielle s'apparenterait aussi à ce que certains qualifient de changement adaptatif ou réactif (Kloot 1997). Ce type de changement s'apparente à l'acquisition de connaissances suffisantes pour survivre quoique généralement pour des périodes limitées.

L'intégration stratégique est plus complexe et nécessite selon nous une participation volontaire et un type de bureaucratie facilitant. Il peut alors y avoir une transformation de l'organisme. Les deux conditions en soi ne sont pas suffisantes pour une intégration stratégique. Lors d'une intégration stratégique, les connaissances organisationnelles permettent de gérer avec succès de nouvelles situations. L'organisme peut assurer sa pérennité. En d'autres mots, il se régénère.

La CFOT et la HAA se sont dites mieux préparées pour faire face à des défis éventuels par suite de l'intégration du programme d'agrément. De plus, en fonction des définitions retenues pour le changement et l'apprentissage organisationnel aux fins de cette recherche, elles ont réussi l'intégration du programme d'agrément. Cependant, la CFOT et la HAA sont loin d'une intégration stratégique. Il manque l'aspect de la temporalité. Seul le temps pourra démontrer comment ces organismes ont su consolider le changement et l'apprentissage acquis au cours de ce premier cycle pour ensuite les institutionnaliser dans leurs capacités d'adaptation.

Conclusion sur le modèle d'analyse

Le modèle d'analyse qui a été développé pour cette étude de cas s'est avéré approprié. Cependant, considérant les apprentissages effectués par l'auteur au cours de cette démarche, le modèle pourrait être revu et raffiné particulièrement pour ce qui est du bloc des variables intermédiaires qui traite du changement et de l'apprentissage organisationnel.

La variable dépendance du modèle qui est le niveau de compliance a été mesuré à plusieurs reprises dans le temps dans les deux organismes. Ceci a eu comme effet de créer une rétroaction sur les variables du changement et de l'apprentissage organisationnel favorisant ainsi ces derniers.

Bien que ce ne fut pas la situation dans les cas étudiés, cet effet pourrait dans le temps mener entre autres à la corruption de la démarche d'intégration du programme d'agrément dans un organisme.

L'application du modèle d'analyse dans ces deux organisations conjuguée au cumul d'évidences dans le domaine permet de soutenir que le programme d'agrément peut être une technique de gestion stratégique durable de développement et d'apprentissage organisationnel.

L'intégration du programme d'agrément dans la HAA et la CFOT a été qualifiée de réussie mais il est encore trop tôt pour la qualifier de stratégique.

6.2 Paradoxes

Cette section présente deux grands paradoxes du programme d'agrément qui ressortent de l'ensemble de la démarche théorique et empirique. Quelques notions importantes qui s'y rattachent et qui en découlent directement ont été intégrées ce qui permet de réfléchir plus en profondeur sur ces questions.

Le premier est, de l'avis de l'auteur, le paradoxe le plus fondamental du programme d'agrément. La participation doit-elle être volontaire ou mandatée? L'enjeu est primordial, car une participation obligée crée des contradictions importantes entre les fondements philosophiques des programmes qualité et les processus qui entourent la démarche d'agrément. Ainsi, l'attitude et le comportement des visiteurs et des équipes d'agrément seront influencés par une telle participation. La visite ressemblera plus à une inspection (Pomey et coll., 2005) qu'à un moment privilégié d'apprentissage. La réception du rapport d'agrément peut aussi être très différente dans le cadre d'un programme obligatoire. L'organisme visité sera plus porté dans un tel contexte à contester les conclusions, surtout si elles sont négatives.

Le deuxième paradoxe est en quelque sorte un corolaire du premier quoique dans une perspective plus « micro ». Sur une base organisationnelle, le programme doit-il être de type facilitant ou contraignant? En fait le chercheur oriente la discussion sur le style de leadership organisationnel. Comme dans le premier paradoxe, le style de leadership d'un dirigeant d'un organisme peut engendrer des contradictions et des

dissonances entre les fondements du programme d'agrément et l'implantation du programme dans cet organisme particulier. Ceci aura comme conséquences de rendre plus difficile l'appropriation du programme par les intervenants du milieu.

Dans la discussion, ce dernier paradoxe est traité en faisant abstraction du fait que le programme est mandaté ou non. La discussion laisse de côté cet aspect qui aura déjà fait l'objet d'une discussion en profondeur dans la section 6.2.1.

6.2.1 Participation au programme volontaire ou mandaté

Bien qu'elles n'y étaient pas obligées sur le plan législatif, la HAA de même que la CFOT subissaient de fortes pressions de leurs environnements respectifs pour adhérer au programme d'agrément. La HAA devait démontrer sa capacité de bien assumer son nouveau rôle alors que la CFOT a accepté de participer pour ne pas perdre son statut de leader régional. Pour les deux organismes, les conséquences de ne pas participer au programme d'agrément étaient donc importantes.

Ces incitatifs étaient-ils positifs ou négatifs? L'analyse transversale démontre que les deux établissements ont su retirer des avantages de la situation. La HAA a profité de cette pression pour s'affirmer comme entité unique, établir des liens avec la communauté et même développer une allégeance au projet au sein de l'organisation même. Pour sa part, la CFOT a profité de cette pression externe pour susciter l'appui de ses intervenants et les responsabiliser face à ce défi ainsi que pour négocier de meilleures conditions d'adhésion avec l'autorité régionale.

Dans le paradoxe fondamental entre d'une part, le positionnement des programmes d'agrément en tant qu'outil d'évaluation de la qualité et de la prestation de soins et de services sécuritaires dans les organismes de santé et, d'autre part, une démarche obligée que s'approprient les autorités en place, il semble y avoir une marge de manœuvre importante que les organismes peuvent utiliser à leur avantage. Dans les

deux cas étudiés, les autorités n'ont pas eu à exercer leur pouvoir de manière absolue, car la HAA et la CFOT ont assumé leur responsabilité de manière acceptable.

Le paradoxe énoncé précédemment ne peut exister que dans la mesure où les organismes contestent le pouvoir en place ou que s'il y a utilisation abusive de ce pouvoir par l'autorité. Les établissements de santé, tout comme les intervenants, sont soumis quotidiennement à des règles de pratiques et à l'application de législations contraignantes. Pourquoi cela deviendrait-il un empêchement plus grand à la réussite dans une situation d'implantation d'un programme d'agrément que dans d'autres situations? Il n'y a pas vraiment de justification, surtout dans un environnement qui n'a pas connu autre chose qu'une adhésion obligée. Il nous semble que les effets de rendre l'agrément obligatoire aux organismes qui ont un historique de participation volontaire soient plus risqués que pour des établissements qui n'y ont pas été exposés.

L'analogie avec le système de santé québécois est intéressante et pourrait servir comme une excellente illustration de cette situation. Malgré une longue tradition de participation volontaire à des programmes d'agrément, le Québec a adopté la Loi 113 qui oblige l'agrément dans tous les organismes publics et privés. Il est intéressant d'analyser les répercussions possibles de cette décision.

C'est en parallèle qu'Agrément Canada a entrepris de réviser son programme d'agrément. En janvier 2008, le nouveau programme appelé *Qmentum* était lancé. Ce programme se veut une version plus évoluée de son programme précédent et une tentative de l'actualiser par rapport aux nouvelles réalités dans le domaine de la santé. Plusieurs nouveaux éléments ont été introduits.

En plus de réviser toutes les normes existantes, Agrément Canada a introduit de nouvelles mesures de la performance portant sur la sécurité des patients, le climat organisationnel, la culture de sécurité et l'expérience positive de la clientèle. De plus, plusieurs nouvelles sections ont été ajoutées notamment des sections de normes spécifiques sur la gouvernance, les laboratoires de biologie médicale, les banques de

sang, la gestion des médicaments, l'imagerie médicale et la gestion des infections. L'échelle de mesure de conformité a aussi été revue et est plus rigoureuse. Il n'y a plus de gradation dans l'échelle de conformité et l'organisme doit avoir tous les éléments requis faute de quoi il n'est pas considéré conforme. Les organismes doivent répondre à ces nouvelles exigences plus strictes.

L'implantation de ce nouveau programme, *Qmentum*, coïncide donc avec l'entrée en vigueur de cette législation rendant le programme d'agrément obligatoire. L'analyse des statistiques sur les taux d'organismes qui reçoivent des statuts d'agrément conditionnels est en forte progression allant de 51 % en 2004 à 58 % en 2005 jusqu'à 79 % en 2006. Un phénomène similaire semble se manifester avec le nombre d'organismes qui échouent. Entre 2004 et 2005, le taux de refus d'agrément est passé de 1 % à 6 %. Il est retombé à 1 % en 2006. La conséquence est que le pourcentage d'organismes qui reçoivent un statut d'agrément sans condition est en régression constante passant de 48 % à seulement 20 % entre 2004 et 2006 (CCASS 2005, CCASS 2006a et CCASS 2007b). C'est résultats, rappelons-le, sont survenus dans le contexte d'une participation volontaire au programme.

Qu'arrivera-t-il maintenant que la participation est obligatoire? Il est à prévoir que ces données vont poursuivre leur tendance ascendante et que moins d'organismes obtiendront leur agrément sans condition. Ce résultat est inévitable surtout si l'on considère que les établissements qui s'étaient inscrits lorsque la participation était toujours volontaire présentaient un profil plus favorable pour l'agrément que ceux qui doivent maintenant participer par suite de cette législation.

Qui plus est, avec les mécanismes d'analyse systématique des rapports de visites mis en place par le MSSSQ et les agences de la santé et des services sociaux du Québec (ASSSQ) et de l'encadrement des établissements qui performant moins par rapport aux exigences de l'agrément, il est à prévoir qu'il sera plus complexe de maintenir l'approche développementale et d'amélioration de la qualité préconisée lors de la création des premières agences d'agrément.

Dans un tel contexte, le programme d'agrément et les processus qui le soutiennent vont perdre leur nature initiale. Les normes sont influencées de plus en plus par les besoins du législateur qui recherche dans le programme d'agrément des solutions précises à ses préoccupations. L'agrément obligatoire des laboratoires biomédicaux et des banques de sang est un exemple qui démontre précisément que l'action gouvernementale peut influencer le contenu du programme de façon significative.

Les visites d'agrément risquent de devenir des visites de type « inspection » plutôt que des occasions privilégiées de réflexion pour les intervenants et les organismes. Par ailleurs, une visite de type « vérification/inspection », versus une visite d'agrément avec une approche d'amélioration de la qualité, suscitera sans doute des sentiments différents chez les visiteurs des programmes d'agrément. Lorsque les visiteurs savent que les résultats des visites peuvent avoir des répercussions négatives pour les organismes visités, et qu'ils savent que l'information peut être récupérée par les autorités, ils pourraient se sentir en porte-à-faux avec les principes de transparence et de soutien d'une approche d'amélioration de la qualité.

L'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des patients et de la clientèle par le législatif dans la Loi 113 était tout à fait valable. Cependant, les évidences semblent démontrer que le risque de dérapage est grand.

Mais revenons aux deux cas étudiés. Les intervenants de la CFOT et de la HAA étaient d'avis que l'intégration du programme aurait comme résultat d'améliorer la qualité des services. Ce facteur a joué un grand rôle dans leur motivation et leur approche. Bien que les pressions externes étaient fortes, les intervenants ne les ont pas réellement considérées comme négatives. Il a été ainsi beaucoup plus facile d'adhérer à la vision associée au projet. À titre d'exemple, la motivation et l'engagement des intervenants à la HAA ont certainement joué un rôle important lorsqu'est venu le temps de compenser l'absence de ressources pour l'intégration de programme.

Que faut-il conclure de ce qui précède? Premièrement, un environnement qui laisse le choix d'adhérer librement à un programme d'agrément semble propice à ce que la démarche s'avère un succès pourvu que certaines conditions sont en place. Deuxièmement, la prescription du programme aura probablement moins d'effets négatifs dans un environnement qui n'a jamais été exposé à un programme volontaire. L'environnement le moins propice à obliger le programme est sans doute celui qui a une longue tradition d'adhésion volontaire. Le Québec semble, pour l'instant du moins, dans une position difficile mais il répond à des pressions externes afin que les établissements rendent compte de la qualité et de la sécurité de leurs soins et services.

6.2.2. Leadership de type facilitant ou coercitif

Le deuxième grand paradoxe fait le lien avec le premier en introduisant des contraintes dans la démarche d'intégration du programme qui vont à l'encontre même des fondements de ce programme et des principes de l'amélioration de la qualité. Cependant, dans ce paradoxe, ces contraintes sont imposées par l'environnement interne par opposition à l'environnement externe comme pour le paradoxe précédent.

Ces contraintes émanent de la tête dirigeante de l'organisme et consiste en un leadership qui est exercé par la direction générale qui peut-être facilitant ou coercitif. Les deux analyses de cas ont démontré que les directeurs généraux ont joué un rôle prépondérant dans l'intégration du programme. C'est toujours le cas surtout dans un contexte d'adhésion volontaire, car c'est à cette personne qu'incombe la responsabilité de décider d'intégrer ou non le programme. Cette personne est l'autorité finale imputable des résultats de gestion.

L'influence de cette personne est d'une importance capitale sur les résultats. Lozeau (1996 et 2005) soutient que plusieurs têtes dirigeantes filtrent les informations du processus d'agrément pour les utiliser à leur avantage et s'approprient les réalisations des équipes d'agrément. Ceci entraînerait une démobilisation importante des

intervenants. Dans un tel contexte, la démarche qualité n'a pas de véritable chance de succès.

À la phase initiale d'intégration du programme d'agrément, diverses stratégies peuvent être utilisées par le dirigeant de l'organisme pour maximiser les chances de succès. Les directeurs généraux de la HAA et de la CFOT ont adopté des stratégies très différentes pour leurs organismes respectifs. Leur leadership s'est exercé de façon efficace, car sans leur implication le programme n'aurait jamais été intégré harmonieusement bien que leurs styles de gestion étaient très différents.

La démarche a été très centralisée à la HAA avec le soutien constant et très présent du directeur général qui a agi comme coordonnateur de l'agrément pendant plusieurs mois. Bien qu'il était probablement la personne qui en savait le plus sur le programme d'agrément et que sa présence était essentielle au succès de la démarche, il y a des limites au rôle de leader que peut se donner le directeur général. Ainsi, à un certain point, cela a nui au projet et Agrément Canada, par l'entremise de la responsable du dossier, a insisté pour qu'il délègue cette responsabilité. Par contre, malgré son approche plutôt centralisatrice, le directeur général a su intéresser la communauté, établir des liens étroits avec celle-ci en nommant des personnes clés au sein des équipes d'agrément et, par-dessus tout, obtenir l'adhésion et l'engagement du personnel envers le projet.

Le leadership du directeur général s'est exercé différemment à la CFOT. Les stratégies étaient d'un autre type. La direction générale a sollicité l'avis des intervenants quant à la participation au projet d'intégration du programme d'agrément. Elle a invité les gens à signifier leur intérêt à faire partie des équipes d'agrément. Cette approche de leadership peut donner des résultats très positifs car les intervenants se sentent impliquer et valoriser.

Lines (2005) soutient que les communications sociales (*social accounts*) sur l'agent du changement, qui est dans le cas présent le programme d'agrément, sont un moyen

efficace, et ce, surtout si les acteurs ne se sentent pas menacés. Encore plus efficace serait l'implication active des acteurs dans la décision d'implanter l'agent de changement, c'est-à-dire l'intégration du programme d'agrément. Plus le niveau de participation des acteurs aux enjeux stratégiques de l'organisation est important et plus l'apprentissage organisationnel est grand (Lines, 2005). Or, le directeur général de la CFOT s'est laissé en quelque sorte convaincre par son bureau de la qualité et ses dirigeants cliniques du bien-fondé du programme d'Agrément Canada et de la valeur de participer au projet pilote.

La HAA comme la CFOT a fait de l'intégration du programme d'agrément un projet collectif inscrit explicitement dans les orientations stratégiques de l'organisme. Les deux directions générales ont su appuyer clairement cette initiative sans s'approprier le projet aux dépens des intervenants. Il semble cependant que du point de vue des stratégies la démarche de la CFOT a été supérieure et moins risquée. La CFOT a misé juste tant sur l'agent de changement, c'est-à-dire sur le programme d'agrément, que sur l'implication active du personnel. La direction générale a écouté et respecté le milieu.

Les intervenants de la HAA ont été mis devant un fait accompli à la suite de la décision du conseil d'administration et du directeur général. Par contre, la direction générale a réagi rapidement par la suite pour communiquer le projet et le faire accepter en allant rencontrer le personnel, de toutes les unités de service dans tous les sites pour expliquer en quoi consistait le projet et solliciter leur adhésion. De plus, la direction générale a organisé une session de formation sur le programme d'agrément de deux jours pour l'ensemble du personnel. Ces initiatives de communication ont donné des résultats positifs. Une telle démarche aurait été compliquée voire presque impossible à réaliser à la CFOT étant donné l'envergure de cet organisme.

Que faut-il retenir de ces deux approches très divergentes l'une de l'autre et qui se sont néanmoins avérées efficaces dans leurs milieux respectifs. En fait, comment

faire pour déterminer ce qui est un leadership approprié? Après tout chaque organisme possède des caractéristiques qui lui sont propres.

Nous devons premièrement constater que plusieurs stratégies peuvent être adoptées pour réussir l'intégration d'un programme d'agrément ou, présumément, de toutes autres techniques de gestion dans une organisation. Ces différentes stratégies doivent toutefois susciter l'adhésion et l'engagement du personnel.

Cela dit, de nos cas nous pouvons tirer un certain nombre d'enseignement. Premièrement, le milieu exige d'être respecté. Dans les deux cas les directions générales ont respecté les intervenants et leur rôle. La stratégie du directeur général de la CFOT s'est appliquée en amont, car il les a consultés avant d'intégrer le programme et celle du directeur général de la HAA a été appliquée en aval car une fois la décision prise il s'est assuré d'aller rencontrer les intervenants sur chacune des unités pendant leur quart de travail. Voilà une marque définitive de respect et une démarche symboliquement importante aux yeux des intervenants.

Deuxièmement, le personnel acceptera de nouvelles techniques de travail lorsqu'il est convaincu que cela apportera des améliorations au niveau des services et s'il peut y voir des avantages de développement personnel et professionnel. Dans les deux cas, le personnel voyait dans la nouvelle technique un moyen crédible de faire progresser la qualité des services et aussi d'entreprendre une démarche dans laquelle il ferait des apprentissages et une contribution utiles. Pour contribuer, les intervenants ont besoin d'un engagement que la direction générale ne s'accaparera pas les réalisations à des fins personnelles.

Troisièmement, le personnel à tous les niveaux de l'organisation est prêt à s'engager dans un projet collectif qui dépasse l'horizon du service dans lequel il est affecté. Ceci a été démontré dans les deux établissements. Tout d'abord, les intervenants étaient fiers de faire valoir que l'intégration du programme d'agrément faisait partie de la planification stratégique organisationnelle. Ils étaient aussi heureux de

participer et de faire valoir l'importance de travailler avec les collègues des autres équipes et services de l'établissement. Ils étaient particulièrement satisfaits du fait que la participation au projet permettait d'élargir leurs interventions au-delà de leur secteur d'activité immédiat.

Dans les paragraphes qui précèdent nous avons démontré que les stratégies de leadership exercées par les directions générales des deux organismes étaient de type facilitant et que cette approche avait été déterminante dans le succès de l'intégration du programme d'agrément. Par opposition, nous sommes d'avis qu'un leadership de type contraignant apporterait des résultats très différents :

« Ceux qui par leur situation, leur ressources ou leurs capacités (qui sont, bien entendus, toujours personnelles et sociales puisqu'on ne peut percevoir de champs non structuré) sont capables de les contrôler, utiliseront leur pouvoir pour s'imposer face à l'autre. »
(Crozier et Friedberg, 1977)

Imposer un type de leadership contraignant aurait été l'équivalent d'exiger l'intégration du programme d'agrément dans un milieu au même titre que de légiférer cette intégration à l'échelle provinciale ou nationale. Dans un organisme doté d'une bureaucratie professionnelle, soit un organisme dans lequel les professionnels possèdent un niveau élevé d'autonomie de décision, cette approche est vouée à l'échec.

L'importance du leadership dans le changement organisationnel est bien documentée. Mais qu'en est-il du style de leadership qui est exercé par le principal dirigeant d'un établissement et y a-t-il un style qui se prête mieux à l'intégration du programme d'agrément. Vera et Crossman (2004) ont développé, en considérant les styles « transformationnel » ou « transactionnel », une analyse selon laquelle certains gestionnaires seraient plus appropriés pour un organisme en fonction de certaines caractéristiques. Bien qu'il existe un fort corollaire entre les comportements des gestionnaires ayant des styles de leadership transformationnel ou transactionnel, l'intensité de ces comportements varierait de telle sorte que cette classification réussit

à établir une distinction entre les styles de gestion en fonction de caractéristiques primaires.

Ainsi, un gestionnaire de style transformationnel serait plus associé à un leadership basé sur l'innovation, la facilitation, le mentorat et la négociation. Le gestionnaire de style transactionnel est plutôt associé au leadership axé sur les processus internes de coordination et de contrôle et sur des objectifs qualifiés de rationnels, c'est à dire sur des aspects de production et de direction.

De plus, selon le modèle proposé, un organisme récemment mis sur pied comme l'était la HAA, réussirait mieux lorsque dirigé par un leader de style transformationnel. Inversement un organisme plus mature comme la CFOT, profiterait davantage d'un leader de style transactionnel.

Dans les cas étudiés, la situation était à l'inverse. Le style de leader à la CFOT nous apparaît comme transformationnel et celui à la HAA plutôt transactionnel. Selon le modèle de Vera et Crossan (2004), les organismes auraient profité davantage de leaders présentant des styles différents. Comment expliquer alors que les deux établissements aient réussi à intégrer avec succès le programme d'agrément malgré le profil de leurs leaders respectifs? La CFOT et la HAA auraient-elles mieux réussi l'intégration si elles avaient bénéficié d'un style de leadership différent?

Il est bien difficile de répondre à cette dernière question car nous ne possédons pas suffisamment d'évidences théoriques et empiriques. Cependant pour la question précédente, la réponse semble plus évidente. L'intégration du programme a réussi parce que le leadership exercé par les directeurs généraux a été de type facilitant par opposition à un leadership de type coercitif.

6.3 Validité de la recherche

Il est important de démontrer la validité de la recherche et sa contribution en se basant sur un certain nombre de critères préétablis. Ces critères sont la validité interne et la validité externe du devis de recherche avec une série de biais qui peuvent diminuer la valeur de la qualité scientifique (Campbell et Stanley, 1963 et Cook et Campbell, 1979).

Les études de cas ont pendant un certain temps été perçues comme de type quasi expérimental. Cook et Campbell (1979) ont rectifié cette perception et depuis, d'autres travaux sont venus confirmer la validité des études de cas. Yin (1989) a proposé de faire usage de quatre critères: 1) la validité du construit; 2) la validité interne; 3) la validité externe; 4) la fiabilité.

Bien qu'elles reconnaissent une certaine valeur de l'approche traditionnelle fondée sur ces quatre critères, Guba et Lincoln (1990) ont proposé un ensemble d'éléments en parallèle pour venir renforcer ce qu'elles jugeaient comme faisant trop partie du paradigme positiviste pour évaluer des recherches de quatrième génération. C'est donc à partir des critères traditionnels enrichis des travaux de Guba et Lincoln que la validité de cette recherche a été établie.

Le premier de ces critères est la « crédibilité » (*credibility*). Il est le parallèle de la validité externe. Essentiellement, il consiste à établir le concept de l'isomorphisme entre les réalités présentées dans les cas par l'auteur et celles des participants à l'étude. En d'autres mots, il s'agit de démontrer que l'application du modèle d'analyse a produit les résultats rapportés. Pour déterminer la crédibilité, Guba et Lincoln (1990) ont établi six composantes: 1) un engagement prolongé; 2) des observations persistantes; 3) des discussions avec des pairs; 4) l'analyse de cas négatifs; 5) la subjectivité progressive; 6) la validation par les membres.

Dans les deux cas étudiés, le critère « crédibilité » a été respecté. La durée des démarches à la CFOT et à la HAA a été d'environ 30 mois. Avant même que commence l'étude de ces cas, le chercheur avait eu des échanges pendant presque une année complète avec chacun des organismes et leurs représentants. Il connaissait donc le milieu et ses intervenants.

Tout au long du cheminement de son étude, le chercheur a eu des échanges soutenus et réguliers avec ces établissements. Il a passé dans chaque cas trois périodes d'environ une semaine pour recueillir des données et faire des observations.

Grâce aux spécialistes d'Agrément Canada assignés à ces dossiers, le chercheur a pu échanger sur ses observations et écouter les points de vue de ses pairs sur l'évolution et le cheminement de ces établissements. Pendant deux périodes de seize semaines, il a profité du regard critique de stagiaires dans des programmes de maîtrise en administration publique qui étaient mis à contribution pour les aspects théoriques reliés à cette recherche.

La technique la plus critique et la plus importante pour établir la crédibilité d'une recherche est la validation des constats par les organismes étudiés (Guba et Lincoln, 1990). Le chercheur a porté une attention particulière à cette technique.

Dans le cas de la HAA, le chercheur a rédigé plusieurs rapports qui ont été soumis à l'organisme. Certains de ces rapports étaient verbaux, mais appuyés d'une présentation *Power Point*^{MC}. Ces présentations ont été faites au conseil d'administration et à l'ensemble des équipes d'agrément. Elles étaient toujours suivies d'un rapport écrit beaucoup plus détaillé acheminé à l'ensemble des intervenants.

Ainsi, plusieurs rapports ont été acheminés à l'organisme soit : l'évaluation préliminaire de juin 2004, l'évaluation sur le progrès effectué dans la démarche d'agrément en juin 2005, une troisième évaluation sur le niveau de compliance aux

normes et un rapport sur les progrès réalisés par rapport aux recommandations qui a été acheminé en décembre 2006.

Le chercheur a offert de partager toutes les transcriptions des entretiens semi-structurés avec les participants. Personne n'a demandé à les recevoir, mais le chercheur a communiqué avec certaines d'entre elles pour s'assurer que la transcription était fidèle à certaines expressions locales.

Pour ce qui est de la CFOT, étant donné le défi posé par le fait qu'il ne connaît pas l'italien, le chercheur a pris des précautions encore plus grandes pour valider ses constatations. En plus de suivre une démarche semblable à celle décrite ci-dessus pour la HAA, le chercheur a fait trois restitutions formelles avec des intervenants de la CFOT.

La première porta sur des résultats partiels. Elle a eu lieu en avril 2006 dans l'amphithéâtre de la CFOT en avril 2006, devant environ 200 personnes, dont plusieurs membres des équipes d'agrément, du corps médical et de la direction. La deuxième, à partir de données beaucoup plus complètes, s'est déroulée en mai 2007 avec un groupe composé de représentants du bureau de la qualité et de chefs des équipes d'agrément de la CFOT. La troisième s'est tenue en décembre 2007 lors du lancement d'un projet pilote pour plusieurs ARSS de la région de Vénétie. Lors de cette rencontre à l'Université de Treviso, de nombreux intervenants de la CFOT, des ARSS et de l'ARSS étaient présents. Les résultats détaillés ont été présentés. Le projet de recherche a suscité beaucoup d'intérêt et l'ARSS a invité le chercheur à poursuivre sa recherche auprès des organismes qui commençaient leur intégration au programme d'agrément dans le cadre de ce nouveau projet pilote. On peut conclure que l'évaluation de l'intégration du programme d'agrément a été perçue comme crédible.

Le deuxième critère est la « transférabilité » (*transferability*). Il est le parallèle de la validité externe. Il est aussi appelé par certains, la généralisation. Ainsi, un des

critères pour évaluer la validité de la recherche est sa capacité de s'appliquer dans une situation identique. Pour une étude de cas, il est clair que ce critère ne peut s'appliquer de façon absolue puisque les situations ne peuvent se reproduire d'une étude de cas à un autre même avec des situations parfaitement identiques.

Dans une étude de cas, il importe de bien documenter les situations observées pour qu'elles puissent rendre compte des circonstances spécifiques dans lesquelles le projet s'est déroulé, c'est-à-dire le contexte, le temps, la culture, l'endroit et autres particularités. La recherche a permis de bien comprendre les milieux dans lesquels le modèle d'analyse a été appliqué. Le fait de l'avoir appliqué dans deux organismes différents avec des contextes également très différents enrichit d'autant plus la compréhension du modèle par le lecteur. Ainsi, ce dernier pourra s'en servir avec une conception approfondie de la situation lorsque viendra le temps de l'appliquer lui-même.

Le troisième critère est la, « fiabilité » (*dependability*). Il est le parallèle du critère de fiabilité de Cook et Campbell (1979). Ici, il faut faire la démonstration que l'on peut se fier à ce qui a été observé dans le cadre de la recherche et aux données recueillies.

Pour répondre à ce critère, le chercheur a fait appel à de multiples sources de données. En plus des observations faites sur place, quatre autres sources de données ont été mises à contribution. Celles-ci ont servi à renforcer les constats. Il n'y a eu aucune contradiction d'une source de données à une autre.

Le chercheur aurait par ailleurs pu utiliser d'autres techniques pour rendre compte de ses observations. Par exemple, la technique du *Most Significant Change* (MSC) (Dart et Davies 2003) aurait aussi donné de bons résultats. Cette technique d'évaluation s'insère harmonieusement dans une étude de cas, car elle exige une démarche structurée et rigoureuse des personnes impliquées dans le processus afin de déterminer le changement le plus significatif survenu lors d'une intervention. Cette technique comprend sept étapes, plus deux autres qui sont optionnelles, et elle a

surtout été utilisée pour évaluer des projets financés dans des pays en développement. Elle semble particulièrement prometteuse lors de la mise en place d'un nouveau programme national d'agrément. et elle pourrait être utilisée pour un projet de grande envergure.

Le quatrième et dernier critère parallèle est la « conformité » (*conformity*) ou « objectivité ». Dans ces études de cas et, étant donné le rôle que l'auteur exerçait de par ses fonctions à Agrément Canada, ce critère avait une importance fondamentale pour la validité de la recherche. Les éléments invoqués relativement à l'indépendance du chercheur dans un chapitre précédent ne seront pas repris. Par contre, il est critique de faire ressortir d'autres aspects de la recherche pour démontrer que ce critère a été respecté.

Il importe ici de démontrer que les conclusions de la recherche n'ont pas été improvisées par le chercheur qui a constitué un système complet d'archives pour le projet. Ces archives comprennent tous les rapports sur la démarche d'agrément : évaluations écrites des organisations, autoévaluation des équipes d'agrément, plans d'action des équipes d'agrément, rapports de visite d'agrément, questionnaires individuels complétés, cassettes des entretiens semi-structurés, rapports des deux organismes tels soumis à Agrément Canada et plusieurs autres documents.

Par ailleurs, plusieurs personnes ont été mises à contribution dans toutes les phases de cueillette d'information. Pour les questionnaires individuels, les bureaux de la qualité des deux établissements ont été mis à contribution et ont coordonné cette cueillette. La compilation des données a été refaite par des personnes différentes pour s'assurer qu'il n'y avait pas d'erreurs de transcription.

Les entretiens semi-structurés ont été faits par plus d'une personne incluant le chercheur. Les deux autres personnes impliquées ont été dûment préparées et la transcription des informations a été validée et contre validée pour son exactitude. La

segmentation et la compilation des données qualitatives ont été faites dans des démarches parallèles par des personnes différentes.

Les mesures du niveau de compliance ont été prises selon une méthode reconnue pour minimiser les distorsions. De plus, plusieurs personnes ont été mises à contribution dans chaque établissement. Le chercheur a été complètement absent pour au moins une des évaluations du niveau de conformité pour chaque établissement.

Ceci complète la présentation des critères parallèles. À ces derniers s'ajoute une série d'autres jugés importants et connus sous la rubrique « authenticité » (*authenticity*) (Guba et Lincoln, 1990). Ils sont au nombre de cinq : 1) « équitabilité » (*fairness*); 2), « authenticité ontologique » (*ontological authenticity*); 3), « authenticité éducative » (*educative authenticity*); 4), « authenticité catalytique » (*catalytic authenticity*); 5), « authenticité tactique » (*tactical authenticity*). Ces critères visent à assurer que les résultats sont dignes de confiance. Ils sont revus en fonction de la recherche.

Le premier, critère, « équitabilité », réfère à la façon dont la démarche a été menée et comment la participation de l'organisme et des gens a été négociée et obtenue. Dans les deux cas, le chercheur a demandé aux établissements de bien réfléchir avant d'accepter de participer. Autant les organismes que les participants individuels ont pu bénéficier d'explications complètes avant de s'engager. Ils ont été informés qu'il n'y avait aucune conséquence à ne pas participer et qu'ils devaient se sentir entièrement libres de le faire ou non. De plus, par esprit de rigueur, le chercheur est passé par l'entremise des structures internes des organismes pour la distribution des questionnaires individuels et pour programmer les entretiens semi-structurés. Le consentement des organismes a été validé à plus d'une reprise au cours de l'étude de cas afin de s'assurer que ceux-ci voulaient toujours poursuivre la démarche en cours.

Le deuxième critère de cette catégorie est celui de l'« authenticité ontologique ». Ce critère réfère au fait que les acquis récupérés au cours de l'évolution des cas peuvent être captés dans le processus. Dans les deux cas, les participants ont été en mesure de cheminer avec l'intégration du programme d'agrément et cette progression a été reflétée. La façon dont les données ont été recueillies tout au long de la période de trente mois assure que cette évolution a été bien comprise.

Le troisième critère est celui de l'« authenticité éducative ». Il consiste à s'assurer que les participants comprennent et ont une appréciation pour ce que les autres, ceux à l'extérieur de leur groupe d'appartenance, qui participent à une situation semblable peuvent comprendre de la situation. Dans le cas de l'intégration au programme d'agrément, il est difficile de comprendre comment ce critère pourrait concrètement s'appliquer. Cependant, au cours de la démarche, les personnes et les organismes impliqués ont manifestement eu de nombreuses occasions de remettre en question leur démarche. À la CFOT, on a intégré au bureau de la qualité des personnes qui avaient déjà vécu l'expérience de l'agrément. Tout au long de la démarche, les participants ont pu échanger avec de nombreux visiteurs et le personnel d'Agrément Canada pour bien comprendre leur cheminement.

L'« authenticité catalytique » est le quatrième de cette série de critères qui porte sur l'authenticité générale. Il consiste à s'assurer que des actions sont stimulées et facilitées par le processus. La nature même de la démarche de l'intégration du programme d'agrément fait que des actions étaient imbriquées à même le processus.

Le dernier critère est l'« authenticité tactique », qui exige que les intervenants et l'organisme aient un pouvoir d'agir. Nous avons vu que les trois niveaux d'intervenants, les individus, les équipes et l'organisation dans son ensemble avaient le pouvoir d'agir tout au long de la démarche. À tout moment, ils étaient libres d'agir selon leur conscience et d'exercer des choix quant aux solutions à apporter. Ils avaient aussi le choix de mettre fin à leur participation au projet de recherche en tout temps.

Ce chapitre avait pour objectif de discuter des résultats de la recherche, du modèle théorique et enfin de sa validité. Les résultats ont démontré que l'intégration du programme d'agrément a engendré du changement et de l'apprentissage organisationnel. Ces résultats ont été reflétés par une progression du niveau de compliance effectué à diverses périodes dans le temps tant auprès des équipes d'agrément que des deux organismes en entier. Les trois questions de la recherche ont donc été répondues positivement. Le modèle théorique s'est avéré flexible et robuste. Cependant il serait possible de la simplifié pour rendre l'application plus facile. Enfin, la méthodologie et la démarche ont été emprunte de rigueur et ont rencontré les exigences selon les caractéristiques de la recherche.

CHAPITRE 7 CONCLUSION

Nous allons souligner dans cette conclusion quelques unes des réflexions qui ont surgi au cours de cette recherche. Nous désirons les soumettre à titre de questions d'intérêt pour la communauté scientifique et les praticiens qui étudient les programmes d'agrément, l'amélioration de la qualité ainsi que le changement et l'apprentissage organisationnel dans le domaine de la santé.

À cette étape de la recherche, l'auteur se permet, de plus, d'alimenter le débat à partir de ses observations plus personnelles accumulées au cours de sa carrière professionnelle comme gestionnaire d'hôpital, visiteur pour des programmes d'agrément et cadre dans une agence d'agrément. Cinq constats nous sont apparus comme des éléments valables de discussion.

Le premier constat est que les programmes d'agrément peuvent être, pour les organismes de santé, de véritables outils de développement organisationnel durable. Pomey (2004) a d'ailleurs déjà démontré que le programme d'agrément peut supporter un organisme à l'étape de fusion. Il ne s'agit pas pour un organisme de viser la perfection dans son atteinte des normes et autres exigences des programmes d'agrément. Cela est utopique ou du moins nous n'avons jamais constaté une pareille occurrence. Les organismes doivent plutôt se servir des programmes d'agrément comme un cadre de référence qui leur permet de constamment questionner les systèmes et pratiques de gestion en place et d'évaluer leur pertinence.

Un organisme qui veut se développer et se classer parmi les meilleurs de sa catégorie doit démontrer des capacités supérieures d'adaptation. Ceci est essentiel pour les établissements privés, car il en va de leur survie. La situation est moins dramatique pour les établissements publics, puisque souvent l'intervention des instances gouvernementales sauvera l'organisme incapable de s'adapter et le remettra sur la bonne voie. Toutefois, bien que sa survie sera ainsi assurée, il faut néanmoins admettre que son dysfonctionnement organisationnel aura causé de graves préjudices

à la clientèle et la communauté.

Pour progresser, un organisme de santé doit constamment être stratégique et toujours prêt à opérer des changements. Il doit se transformer constamment. Or, les agences d'agrément, du moins les meilleures, s'assurent que leur programme intègre dans leur cadre normatif les enjeux présents et émergents dans le domaine de la santé.

Bien entendu, il ne suffit pas qu'un organisme s'inscrive à un programme d'agrément pour automatiquement assurer sa pérennité et développer des capacités de se renouveler. Plusieurs autres conditions doivent être remplies avant que ces changements ne deviennent réalité. Cependant, nous sommes d'avis que si certaines conditions, dont la plupart sont dans le modèle d'analyse utilisé dans cette recherche, sont remplies, le programme peut s'avérer un outil stratégique complet de changement et d'apprentissage organisationnel.

Nous avons constaté que bien peu d'organismes réussissent à exploiter le plein potentiel des programmes d'agrément. Par contre, ceux qui réussissent à ce chapitre semblent démontrer des capacités supérieures d'adaptation. À l'inverse, les organismes qui connaissent des difficultés chroniques sur le plan de l'accessibilité et de la qualité des services à la clientèle enregistrent généralement des résultats décevants lors de leur visite d'agrément. Par ailleurs, nous n'avons jamais visité un établissement de santé de qualité qui ne participait pas déjà à un programme d'agrément.

Le deuxième constat de notre recherche est qu'il y a lieu d'élargir le champ des connaissances reliées au style de leadership organisationnel nécessaire pour mieux réussir l'intégration du programme d'agrément dans un organisme.

Les deux établissements étudiés ont réussi avec succès l'intégration du programme d'agrément. Cependant, étant donné leurs milieux et leurs positionnements respectifs dans le cycle d'évolution, ces organismes auraient-ils encore mieux réussi avec un ou

des dirigeants ayant des styles de gestion différents? La question vaut la peine d'être posée, car les enjeux peuvent être significatifs pour un organisme considérant que sa réputation peut être sérieusement compromise s'il n'obtient pas un statut d'agrément après l'avoir sollicité.

Les observations faites dans le cadre de la discussion portant sur le style de leadership concernaient exclusivement la direction générale. Cette question est pourtant beaucoup plus complexe et mériterait d'être étudiée dans une perspective élargie qui porterait non pas sur un gestionnaire en particulier, mais plutôt sur le leadership organisationnel dans son ensemble.

Avec son expérience de plus de cinquante visites d'agrément au cours des onze dernières années, le chercheur est d'avis que certaines qualités de leadership sont essentielles à la réussite d'un programme d'agrément. Par contre, ces qualités n'ont pas nécessairement la même valeur d'un organisme à l'autre. En effet, des visites dans des établissements à différentes périodes de leur évolution l'ont amené à conclure que la valeur conjoncturelle de certaines de ces qualités varie en fonction d'autres critères qui sont propres à l'organisme en question. Cette question, bien que complexe, nous semble donc pertinente pour une meilleure compréhension des organismes et des techniques de gestion.

Le troisième constat concerne plus particulièrement les agences d'agrément. Le temps est venu de considérer sérieusement la mise en place de mécanismes qui favoriseront l'intégration du programme d'agrément dans les organismes. Dans les deux cas étudiés, il a été démontré que les établissements ont réussi des transformations organisationnelles significatives et ont par ailleurs développé des connaissances à chacun des niveaux d'analyse.

Pourtant, la CFOT et la HAA ne rencontraient toujours pas après plus de 30 mois suffisamment les exigences du programme pour obtenir un statut d'agrément sans réserve. Ce même constat a été observé ailleurs (Duckett, 1983). Il est donc temps

pour les agences d'agrément de se pencher sur la question de mieux encadrer les établissements qui sont dans leur premier ou deuxième cycle d'agrément. Il est critique de mettre en place des systèmes et des pratiques de gestion des programmes d'agrément qui soutiennent une approche d'amélioration de la qualité. Si les organismes échouent dans leur effort d'obtenir un statut d'agrément, ils auront de la difficulté à voir les programmes d'agrément comme un outil de développement stratégique et encore moins comme une technique de gestion profitable.

Le programme national d'agrément en Afrique du Sud a développé une approche progressive qui permet aux organismes qui intègrent le programme de mieux réussir. Pour sa part, Agrément Canada s'est engagé depuis février 2008 dans une approche semblable selon laquelle les organismes nouvellement inscrits franchissent des étapes vers l'obtention du statut d'agrément. Cette pratique doit être renforcée et étendue dans le monde de l'agrément. Ceci est d'autant plus pertinent dans le contexte de la tendance généralisée de rendre obligatoire la participation à l'agrément. Sans ces mécanismes qui reconnaissent les efforts des organismes et permettent un développement graduel des capacités, il sera très difficile de les convaincre d'intégrer les programmes avec un esprit propice à l'apprentissage et au développement des individus.

Le quatrième constat concerne la valeur de l'adhésion volontaire au programme versus une adhésion obligée. Dans les deux cas étudiés, nous avons démontré la valeur d'une adhésion non obligatoire et non coercitive. L'implication et l'engagement volontaire des intervenants dans le projet d'intégration du programme d'agrément ont eu un impact majeur sur sa réussite.

Cela étant dit, il faut tenir compte de la réalité du monde de l'agrément. La forte expansion des programmes nationaux d'agrément est essentiellement due à l'intérêt des autorités en place. Après une longue période de stabilité entre le début du 20^e siècle et la fin des années quatre-vingt, la situation a évolué de façon remarquable. Il se crée aujourd'hui plus de nouveaux programmes sur une période de cinq ans que

durant les quarante années qui ont suivi la création de la première agence nationale. Il convient de souligner que la longue période de stabilité a été marquée par la création de programmes de type volontaire. Par opposition, la période de forte croissance a donné lieu à l'établissement de programmes obligatoires.

Malgré les nombreuses contraintes et les nombreux défis que cela apporte, il faut reconnaître le côté positif de cet intérêt des autorités pour les programmes d'agrément. Aujourd'hui, grâce à une participation accrue, le monde de l'agrément peut mieux s'organiser autour d'agences telles qu'*ISQua*. Plus de 70 pays participent et s'intéressent aux travaux de cette agence. *ISQua* a développé des capacités qui peuvent appuyer les initiatives de création de nouvelles agences d'agrément et assurer dans une certaine mesure le respect des valeurs fondamentales et traditionnelles des programmes. Elle offre aussi un programme d'agrément pour les agences, ce qui permet une certaine standardisation des programmes.

La récupération des programmes d'agrément par les autorités représente sans contredit une menace pour les fondements sur lesquels les premiers programmes ont été établis. Le risque de dérapage est réel (Pomey et coll., 2005). Il faut donc travailler pour que les programmes préservent certaines des caractéristiques qui en font des outils de développement professionnel et organisationnel et, surtout, pour qu'ils conservent une approche basée sur des principes d'amélioration continue de la qualité.

Le défi consiste à trouver un compromis viable qui va permettre le maintien de ces caractéristiques et dans lequel les autorités trouveront aussi leur compte. Comment peut-on évaluer la qualité et la prestation de soins et de services sécuritaires dans les organismes de santé, et ce, dans un climat de relative confiance, si les résultats servent à contrôler les organismes évalués? Quels avantages doit-on offrir aux organismes pour qu'ils restent honnêtes et ouverts à une évaluation rigoureuse des systèmes et pratiques à améliorer?

Dans ce contexte, les responsables des agences et les tenants de la qualité doivent tabler sur une stratégie en trois volets. La première consiste à convaincre les autorités que la qualité progressera plus facilement avec une approche positive de développement organisationnel. Deuxièmement, il faut convaincre les autorités qu'elles se doivent d'encourager les organismes de santé par des incitatifs positifs même si elles tiennent à obliger l'agrément. À titre d'exemple, il est possible de créer des agences totalement indépendantes pour gérer les programmes nationaux dans lesquels les professionnels et aussi la population seront les seuls imputables du programme et de ses résultats. Troisièmement, il faut sauvegarder les programmes et les processus d'agrément pour prouver aux intervenants et aux organismes que l'agrément, malgré les pressions externes, peut servir à améliorer les services à la clientèle. En préservant l'autonomie des intervenants et en canalisant leur énergie vers l'amélioration de la qualité pour le bien-être de la clientèle, ces derniers y trouveront une source d'intérêt susceptible de les motiver.

Enfin, le dernier constat que nous désirons soumettre englobe en quelque sorte les quatre premiers. Le chercheur se joint à ceux et celles qui font un plaidoyer en faveur de plus de recherche dans le domaine de l'agrément. Il ne s'agit pas d'être critique de la situation actuelle, mais plutôt d'être encourageant. Les programmes d'agrément sont encore très récents. Cependant, les ressources qui y sont consacrées représentent, à l'échelle mondiale, des sommes astronomiques. Il est normal de vouloir savoir comment maximiser à travers l'accroissement des connaissances le rendement de cet investissement afin d'améliorer les compétences organisationnelles en matière de qualité et de sécurité des services de santé.

La méthodologie retenue pour cette recherche, soit celle des études de cas, semble bien se prêter aux exigences du phénomène des programmes d'agrément. Cependant, de l'avis du chercheur, il ne faut pas se limiter à cette approche ou même uniquement à des recherches de types qualitatives. D'autres méthodologies doivent être explorées. Les agences et les organismes ont suffisamment cheminé avec les programmes d'agrément pour étudier leurs impacts dans une perspective historique et

longitudinale. Le cumul et la diversité des évidences sur la valeur des programmes d'agrément ne peuvent qu'enrichir le niveau des connaissances dans le domaine.

BIBLIOGRAPHIE

- Adler, P.S. & Borys, B. (1996). Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive, *Administrative Science Quarterly*, 41, 61-89.
- Agrément Canada (2008). En tête du mouvement pour des soins de qualité, 1958-2008, 125 p.
- Alvesson, M. (2001). Knowledge work: Ambiguity, image and identity, *Human Relations*, Volume 54(7): 863-886.
- Amabile, T.M. (1988). A Model of Creativity and Innovation in Organizations, *Research in Organizational Behavior*, Vol. 10, pp.123-146.
- ANAÉS (2002). <http://www.anaes.fr> maintenant http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/sitemap.
- Agence national d'accréditation des établissements de santé (ANAÉS 2004). Manuel d'accréditation des établissements de santé. Direction de l'accréditation, deuxième procédure d'accréditation, septembre, 143 p.
- Arah, O.A., Klazinka, D., Delnoij, D.M.J. (2003). Ten Asbroek A.H.A., and Custers, T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*; Volume 15, Number 5: pp. 377-398.
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2006). Terms and preferred definition, available on the Internet at <http://www.safetyandquality.org>.
- Babwin, D. (1998). Move Over, JCAHO, *Hospitals & Health Networks*; May 20; 72, 10; ABI/Inform Global pp. 57-58.
- Baker, R.G. (1993). Survey on continuous quality improvement in health care. Department of Health Administration, University of Toronto.
- Baker, R.G. (1997). Survey on continuous quality improvement in health care. Department of Health Administration, University of Toronto.
- Baum, J.A.C. (2003). Organizational Ecology, *Handbook of Organization Studies Part One, Frameworks for Analysis*, 1.3 Organizational Ecology, Sage publications pp. 77-114.
- Babbie, E. (2000). *The Practice of Social Research*, 9th Édition, Wadworth Thomson Learning, 498 p.
- Beaumont, M. (2002). Global Effectiveness of the Accreditation Program for Organization: Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA): Effectiveness and role in CQI Evolution.
- Beaumont, M. (2003). Accreditation, an intervention that can be evaluated, ISQUA, November.
- Bedros, A. (2004). Activity Tracking Sheet for 2004, International Services, Canadian Council on Health Services Accreditation, 2 p.
- Beer, M., Voelpel, S. C., Leibold, M., Tekie E. B. (2005). Strategic Management as Organizational Learning: Developing Fit and Alignment through a Disciplined Process, *Long Range Planning* 38, pp. 445-564.
- Benn, M.C. (1998). L'agrément: le résultat vaut l'investissement en temps et en argent, *World Hospitals and Health Services*, Volume 36, number 2, pp. 21-22.

- Bergman, R. (1994). The trials of accreditation, *Hospitals & Health Networks*; September 5; 68, 17, ABI/Inform Global, pp. 42-49.
- Bogdenich, W. (1998). Prized by hospitals, accreditation hides perils patient face, *The Wall Street Journal*, October 12, 1.
- Brassard, M. & Ritter D. (1994). *The memory jogger, a pocket guide of tools for continuous improvement and effective planning*, GOAL/QPC, first edition, USA, 164 p.
- Brown, S. (1999). Accreditation of ambulatory surgery centers, *AORN Journal*, volume 70, issue 5, pp. 814-822.
- Campbell, D. & Stanley, J. (1963). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally.
- Canadian Council on Hospital Accreditation (1958). *Letters Patterns*, Reference number 157400, December 19th, 1958.
- Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA 2004).
<http://www.cchsa.ca/pdf/AccredList.pdf>
- Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA 2004a). *Evaluation Report, Veneto Region Pilot Project*, February 82 p.
- Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA 2004b). *Health Authority of Anguilla Pre-Survey Visit, June 21st-23rd*, 15p.
- Canadian Council of Health Services Accreditation, International Services (CCHSA 2005). *A National Program of Health Services Accreditation*, mai.
- Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA 2005a). *Anguilla Interim Report, Health Authority of Anguilla, June 2005*, 18p.
- Canadian Patient Safety Institute (2006). *Frequently asked questions*, Available on the Internet at <http://www.canadianpatientsafetyin.com>
- Carey, G. R., & Lloyd, C. R. (2001). *Measuring quality improvement in healthcare, a guide to statistical process control applications*, ASQ Quality Press, 194 p.
- Cartwright, S., Cooper, C. L. & Murphy, L. R. (1996). Diagnosing a healthy organization: A proactive approach to stress in the workplace. In L. R. Murphy, J. J. Hurrell, Jr., S. L. Sauter, and G. Puryear (Eds.), *Job stress interventions*, Washington DC: American Psychological Association, pp. 217-233.
- Carroll, J.G. (1991). Continuous quality improvement and its implications for accreditation standards, *Topics in Health Record Management/March*, pp. 27-34.
- Chowdhury, S. (2001). *The Power of Six Sigma*, Dearborn Trade, 124 p.
- Chowdhury, S. (2002). *The Power of Design for Six Sigma*, Dearborn Trade, 150 p.
- Clayton, V. (1994). JCAHO's relevance is in question, *Modern Healthcare/July 11*, p. 40.
- Collerette, P. & Schneider R. (1996). *Le pilotage du changement, une approche stratégique et pratique*, Presses de l'Université du Québec, 1996.

- Compostella F. (2006). The Veneto Model, ARSS Veneto, Text and Presentation 6 p.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J.-L. et Pineault, R. (1993). L'évaluation dans le domaine de la santé – Concepts et méthodes. Bulletin 33 (1) : 12 -17.
- Contandriopoulos, A., Champagne F., Potvin, L., Denis, J-L et, Boyle P. (1970). Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer. Les Presses de l'Université de Montréal, 1990, 175 p.
- Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (CCAÉS 1992). Normes de soins de courte durée, Hôpitaux communautaires de grande taille et d'enseignement.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2000). Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation, section indicateurs pp. 1-73.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2003). Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation, janvier, 4^e édition, 1431 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2003a). Phase 1 de la stratégie pour la sécurité des patients: Une vision pour un système de santé sécuritaire, mai, 9 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2003b). Rapport annuel 2002, septembre, 14 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2003c). Rapport national de 2002 sur l'agrément des services de santé, Promouvoir l'excellence dans la prestation des soins, décembre, 44 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2004). Rapport annuel 2003, septembre, p. 16.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2004a). Rapport national de 2003 sur l'agrément des services de santé, Promouvoir l'excellence dans la prestation des soins, décembre, 115 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2005). Rapport annuel 2004, septembre, 18 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2005a). Rapport national de 2004 sur l'agrément des services de santé, Regard sur le système de santé canadien, décembre, 109 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2006). Rapport national de 2006 sur l'agrément des services de santé, Regard sur le système de santé canadien, septembre, 123 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2006a). Rapport annuel 2005, septembre, 12 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2007). Phase 2 de la stratégie pour la sécurité des patients: Renforcer les capacités et établir des liens 2007-2010, juin, 9 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2007a). Rapport national de 2007 sur l'agrément des services de santé, Hausser la barre en matière de qualité de santé, septembre, 20 p.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS 2007b). Rapport annuel 2006, septembre, 12 p.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). Quasi-Experimentation : Design and Analysis Issues for Field Settings. Chicago : Rand McNally.

- Cooper, C. L., Dewe, P. J. & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organisational stress. A review and critique of theory, research and applications.* Thousands Oakes CA : Sage, 270 p.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective.* Édition du Seuil, 1977, 500 p.
- Crossman, M., Lane, H., & White, R. (1999). An Organizational learning framework: From intuition to institution. *Academy of Management Review*, 24: 522-538.
- Dart, J. D. & Davies, R. (2003). A dialogical, story-based evaluation tool : the most significant change technique. *American journal of evaluation*, Vol. 24, No. 2, pp. 137-155.
- Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*, MIT Press, Cambridge.
- Denis, J.-L., Langley, A. & Pineault, M. (2000). Becoming a Leader in a Complex Organization *Journal of Management Studies* 37 (8), 1063–1100 doi:10.1111/1467-6486.00217.
- Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med.* Nov; 114(11):1115-8.
- Duckett, S.J., (1983). Changing Hospitals: The Role of Hospital Accreditation. *Social Science and Medicine*, 17 (20), pp.1573-1579.
- Empson, L. (2001). Introduction: Knowledge management in professional firms, *Human Relation*, Volume 54(7): 811-817.
- Flanagan, A. (1997). Ensuring Health Care Quality: JCAHO's Perspectives, *Clinical Therapeutics/Volume 19*, number 6, pp. 1540-1544.
- François, P. et Rhéaume, J. (2001). Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Volume 8, numéro 1, 2001, pp.6-26.
- Gherardi, S., Nicoli, D. et Odella, F. (1998). Towards a Social Understanding of How People Learn in Organizations, *Management Learnings*, 29(3), pp. 273-297.
- Green, J. (1995). *Health Facilities Management*; March, Volume 8, Issue 3, pp. 98, 2 p.
- Greenfield, D. & Braithwaite, J. (2007). *A Review of Health Sector Accreditation Research Literature.* Sydney: Centre for Clinical Governance Research, 57 p.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. F. (1990). *Fourth Generation Evaluation*, Sage Publications, 2nd Printing, *Judging the Quality of Forth Generation Evaluation.* Chapter 8, p. 228-251.
- Haute Autorité de Santé (HAS 2005). *Enquête 2005 sur la perception de la procédure d'accréditation des établissements de santé*, France.
- Hellriegel, D., Slocum, J.W., & Woodman, R.W. (1992). *Management des organisations*, Bruxelles, De Boeck, Université.
- Hirose, M., Imanaka, Y., Ishizaki, T. & Evans E. (2003). How can we improve quality care in Japan? *Health Policy*, 66 pp.29-49.
- Huynh, M. (2008). *Canadian Council on Health Services Accreditation, Research and Product Development*, July 3 p.
- Huynh, M. (2007). *Canadian Council on Health Services Accreditation, Research and Product Development*, July 5 p.

- Investing in Health for the Future of Anguilla, (2003). Situation Analysis, April, 32 p.
- Investing in Health for the Future of Anguilla (2003a). Situation Analysis, July, 40 p.
- Investing in Health for the Future of Anguilla (2003b). A Strategic Plan for Health 2003-2008, July, 63 p.
- Irish Health Accreditation Board (2004). Acute Care Accreditation Scheme, Standards & Guidelines, A Framework for the Continuous Improvement of the Quality and Safety for Patient/Client Centered Care, Second Edition, March 1, 222 p.
- International Society for Quality in Health Care (ISQua 2000). Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation. International Standards for Health Care Bodies, May pp 1-14.
- International Society for Quality in Health Care (ISQua 2007).
<http://www.isquaresearch.com/ResearchList>
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO 1991). Accreditation manual for hospitals, Volume I: Standards, ed, Oakbrook Terrace, Il. 1990: 218-221.
- Kent, C. (1995). Fix it or forget it: The JCAHO crisis. *Medicine and Health* January: 1-4.
- Kloot, L. (1997). Organizational learning and management control systems: responding to environmental change, *Management Accounting Research*, 8, pp. 47-73.
- Kraft, D.P. (1998). Quality of Care and the Accreditation of Health Services: What is the Relationship? *College Health*, volume 37, November, pp. 109- 114.
- Laperrière A. (1994). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Les méthodes qualitatives en recherches sociale : problématiques et enjeux. Actes du colloque du Conseil québécois de la recherche sociale: 45-66.
- Lebrasseur, R., Whissel, R. & Ojha, A. (2002). Organization Learning, Transformational Leadership and Implementation in Canadian Hospitals, *Australian Journal of Management*, December, pp. 141-162.
- Lemieux-Charles, L., Gault, N., Champagne, F., Trabut, I., Sicotte, C. & Zitner D. (2000). Use of Mid-Level Indicators in Determining Organizational Performance, *Hospital Quarterly* Summer, pp. 48-52.
- Lines, R. (2005). How Social Accounts and Participation During Change Affect Organizational Learning, *Journal of Workplace Learning*, Vol. 17 No. 3 2005 pp. 157-177.
- Lozeau, D. (1996). L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité: résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec, *Ruptures*, 3 (2), pp. 187-208.
- Lozeau, D. (1999). Des rituels et des hommes: la gestion de la qualité en milieu hospitalier au Québec, *Administration publique du Canada*, Volume 42, Numéro 4, hiver, pp. 542-565.
- Lozeau, D., (2005). Modernisation de l'État et gestion des ressources humaines, Bilan et perspectives Québec-Belgique sous la direction de Louise Lemire, Denis Proulx et Luc Cooremans, Chapitre 6, p. 101-123.
- Lozeau, D., Langley, A. & Denis, J-L., (2002). The corruption of managerial techniques by organizations, *Human Relations*, May: 55, 5, 537-564.

- Maguerez, G. et coll. (2001). Evaluation of 60 continuous improvement projects in French hospitals, International Society for Quality in Health Care and Oxford Press.
- Marash, S. A. with Berman P. & Flynn M. (2004). Fusion Management, Harnessing the Power of Six Sigma, Lean, ISO 9001 :2000, Malcolm Baldrige, TQM and Others Quality Breakthroughs of the Past Century, QSU Publication Company, 179 p.
- Marques, J. (2007). Change: A Concept of Organizational Learning and Change, Development and Learning in Organizations, Vol. 21 No. 3, pp.6-9.
- Masainiro, H., Imanaka, Y., Ishizaki, T. & Evans E. (2002). How can we improve health care in Japan? Learning from JCQHC Hospital Accreditation, Elsevier Science Ireland Ltd, Health Policy, 66, 29-49.
- Maxell, R.J. (1984). Quality assessment in health, British Medical Journal, pp. 1470-1477.
- Maxwell, R.J. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action, Quality in Health Care; 1: pp. 171-177.
- McLaughlin, C. P. & Kaluzny, A. D. (2006). Continuous quality improvement in health care: Theory, implementations and applications, Third Edition, Jones and Bartlett publishers, 678 p.
- Meyer, W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony: American Journal of Sociology, vol. 83, 1977, p. 340-363.
- Milalik, G.J. & Sherer, M.R. (2000). Understanding the intersection between quality improvement, managed behavioral health accreditation, and the private practitioner, The Psychiatric Clinics of North America, volume 23, number 2, June, pp. 285-296.
- Mintzberg, H. (2003). Structure et dynamique des organisations, Éditions d'Organisation, 16^e tirage, 434 p.
- Morrissey, J. (2002). Changing the rules; with hospital dissatisfied with the accreditation process and its high costs, the JCAHO overhauls its approach. Modern Healthcare, Crain Communications, Inc. pp. 1-3.
- Nonaka, Ikujiro (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Learning, Organization Science, Volume 5, Number 1, February, pp.14-37.
- Oandasan Ivy et coll., (2006) Le travail d'équipe et la collaboration dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 35 p.
- O'Leary D.S. & O'Leary M.R. (1992). From Quality Assurance to Quality Improvement, Quality in Emergency Medecine, Volume 10, Number 3, August pp. 477-492.
- Parasuraman, B., & Zeitham, L. (1985). "Quality Counts in Services, Too," Business Horizons, May-June, pp. 44-52.
- Pinson, M. (1996). Accreditation is Worth the Effort, Corrections Today; 58, 7; Career and Education, p.72.
- Pomey, M. P., (2004). How Canadian Hospitals are Using Accreditation, ISQua Amsterdam, October, Session-C21, Accreditation.

- Pomey, M.P., François, P., Contandriopoulos, A.-P., Tosh, A. & Bertrand, D. (2005). Paradoxes of French Accreditation, *Quality & Safety in Health Care*, 14 IX pp. 51-55, Feb.
- Popper, M. & Lipshitz, R. (2000). *Organizational Learning, Mechanisms, Culture and Feasibility, Management Learning*, Sage Publications, 2000 Vol. 31 (2): 181-196.
- Projet de loi no. 113, (2002). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, Editeur officiel du Québec, 2002, chapitre 71.
- Roberts, J.S., Coale, J.G. & Redman, R.R. (1987). A History of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, *Journal of American Medical Association*, August 21, Volume 258, number 7, pp. 936-940.
- Romano, P.M. (1993). Managed Care Accreditation: The Process and Early Findings, *Journal of Healthcare Quality*, November-December, Volume 15, number 6, pp. 12-16.
- Roy, G. (1969). *Étude des hôpitaux québécois évalués par le Conseil canadien des hôpitaux*. Thèse présentée à l'Institut supérieur d'administration de l'Université de Montréal en vue de l'obtention de grade de maîtrise en administration hospitalière. Bibliothèque de l'Université de Montréal, décembre, 103 p.
- Salmon, W.J., Heavens, J., Lombard, C. & Tavrow, P. (2003). The Impact of Accreditation on Quality of Hospital Care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa, October.
- Salomon, G. (1991). Transcending the qualitative-quantitative debate: The analytic and systemic approaches to educational research. *Educational Researcher* 20(6), pp. 10-18.
- Sayed, E. & Zeid A. (2002). An Ontology-Based Approach on Inter-Organizational Knowledge Transfer. *Journal of Global Information Technology Management*, 5(3), 2002, pp. 32-47.
- Schein, E. H. (1980). *Organizational Psychology*, 3rd edition. Englewood Cliffs, 274 p.
- Schryve, P.M., (2000). The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, *Internal Journal for Quality in Health Care*, Volume 12, Number 3: pp.255-258.
- Scrivens, E. (1995). Klein Rudolf, Steiner Andrea, Accreditation: what can we learn from the Anglophone model? Elsevier Science Ireland Ltd. *Health Policy* 34, 193-204.
- Scrivens, E. (1997). Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment, *Quality in Health Care*; 6: 212-218.
- Scrivens, E. (1998). Widening the scope of accreditation-issues and challenges in community and primary care, *International Journal for Quality in Health Care*, volume10, number 3, pp. 191-198.
- Shaw, C. (2002). Preparatory meeting on the impact of health services on a national health system, Account of a working group, WHO Geneva 19-21 August 2002, 36 p.
- Shaw, C. (2002a). Impact of Accreditation on Health Systems. WHO Expert Advisory Group, Geneva 19-21 August, version 6, 10 p.
- Shaw, C. (2003). Quality and accreditation in health services: a global review. Geneva WHO/ISQua 209 p.

- Shaw, C. (2003a). Toolkit for accreditation programs. Some issues in the design and redesign of external assessment and improvement systems, ISQua, ALPHA Council for the World Bank, 67 p.
- Shaw, C. (2004). Accreditation in European Health Care. A summary of survey results and personal communications including activity data for 1999, 2001 and 2003, First draft, September 47 p.
- Sherman, C.V. (1994). JCAHO's relevance is in question, *Modern Healthcare/July 11*, p. 40.
- Smith, I. (2006). Continuing Professional Development and Workforce Learning-15, *Achieving Successful Organizational Change-Do's and Don'ts of Change Management, Library Management Vol. 27 No 4/5, 2006 pp. 300-306.*
- Stake R. (1994). Case Studies In *Handbook of Qualitative Research*, Chapter 14, Denzin NK and Lincoln YS, Sage Publications: p. 236-247.
- Stalder, R. (1997). Accreditation: a good value for corrections, *Corrections Today; August; 59, 5; Career and Technical Education p. 20.*
- The Anguillan (2004). *Health Authority Moves to Accreditation*, Publishing date 25.06. p. 2.
- Thomas, P.C., Ketrick, R.G., Singsen, B.H. (1992). Quality Assurance and Continuous Quality Improvement: History, Current Practice, and Future Directions. *Delaware Medical Journal, August; 64(8):507-13.*
- Vera, D. & Crossman, M., (2004). Strategic Leadership and Organizational Learning, *Academy of Management Review, Vol. 29, 222-240.*
- Viswanathan, H. & Salmon, W. (2000). Accreditation Organizations and Quality Improvement. *The American Journal of Managed Care, Volume 6, Number 10, pp. 1117-1130.*
- Westphal, W., Gulati, R. & Shortell, S.M. (1997). Customization or Conformity? An Institutional and Network Perspective on the Content and Consequence of TQM, *Administration Science Quarterly, vol. 42, p. 336-394.*
- Whiteduck Consulting Ltd. (2004). *The Community Health Centre Accreditation Process, A Qualitative Evaluation, October, 44 p*
- Williams, S.C., Schmaltz, S. P., Morton, D.J. M.S., Koss, R.G. M.A. & Loeb, J. (2005). Quality of Care in U.S. Hospitals as Reflected by Standardized Measures, 2002-2004. *The New England Journal of Medicine 353; 3, July 21, pp. 255-264.*
- Yin, R. K. (1989). *Case Study Research Design and Methods. Applied Social Research Methods Series, Volume 5, Sage Publication, 2nd Edition, Designing Single and Multiple Case Studies, Chapter 2, pp. 27-60.*

Annexe I

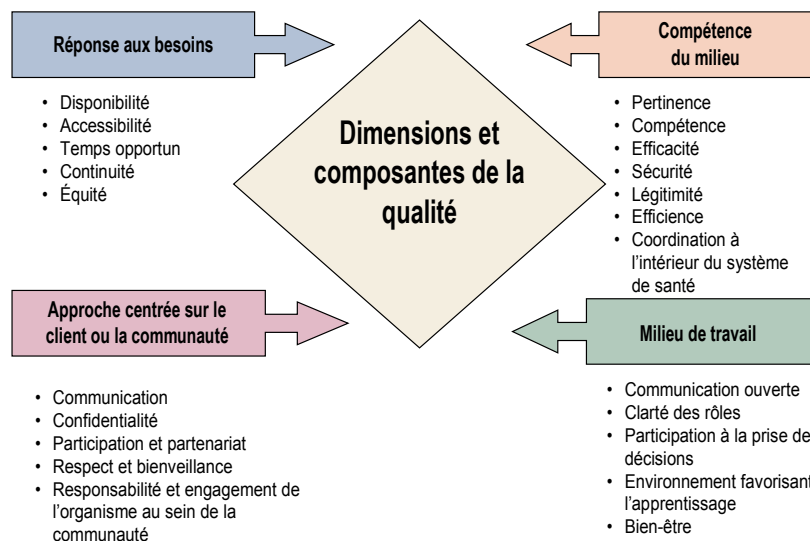
*Programme Mesures implantées du
renouveau de l'évaluation (MIRE)*

ANNEXE I PROGRAMME MESURES IMPLANTÉES DU RENOUVEAU DE L'ÉVALUATION (MIRE)

Cette annexe présente : 1) les quatre dimensions de la qualité ainsi que les composantes qui s'y rattachent; 2) la structure des normes; 3) un exemple d'une norme; 4) les composantes d'évaluation; 5) un extrait du rapport d'agrément qui montre une synthèse du niveau de compliance aux normes et critères selon les dimensions de qualité; 6) de l'information sur l'échelle de mesure utilisée; 7) l'échelle de mesure et la définition des principes d'évaluation.

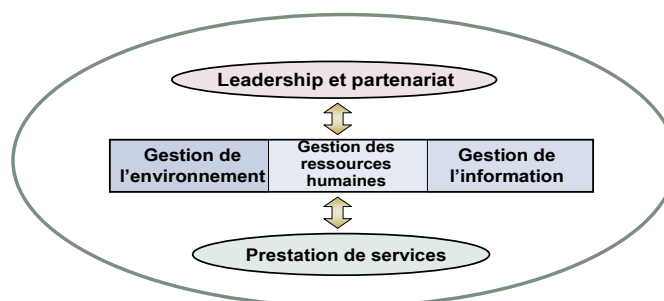
La définition de la qualité constitue le fondement de MIRE et un cadre conceptuel à partir duquel on mesure la qualité dans les organismes. La qualité y est définie à l'aide de quatre dimensions soutenues par 22 composantes, chacune apportant une précision à une des dimensions de la qualité. La figure 1 présente ces quatre dimensions ainsi que les composantes qui s'y rattachent.

Figure 1
Définition de la qualité: dimensions et composantes selon le programme MIRE



Par la suite, le programme se divise en sections portant sur les fonctions principales de l'organisme. Celles-ci sont illustrées à la figure 2.

Figure 2
Structure des normes MIRE



Chacune de ces sections se compose de plusieurs sous-sections. La section sur le leadership et partenariat porte sur les fonctions de gouvernance et comporte neuf sous-sections : 1) réponse aux besoins; 2) entretenir de bonnes relations; 3) réaliser le mandat de l'organisme; 4) assumer ses responsabilités envers ses partenaires; 5) respecter la déontologie et l'éthique; 6) établir clairement ses orientations; 7) gérer les risques; 8) entretenir un environnement propice à l'apprentissage; 9) obtenir des résultats positifs. Au total, ces sections comportent 14 normes et 52 critères.

La section sur la gestion de l'environnement se divise en cinq sous-sections : 1) fournir un environnement adéquat; 2) réduire les événements indésirables; 3) respecter l'environnement; 4) entretenir un environnement propice à l'apprentissage; 5) obtenir des résultats positifs. Elle contient 8 normes et 34 critères.

La section sur la gestion de l'information couvre l'obtention, la gestion et la protection des données et de l'information. Elle contient cinq sous-sections : 1) réponse aux besoins; 2) entretenir un environnement propice à l'apprentissage; 3) promouvoir la prise de décision basée sur des données probantes; 4) assurer la

confidentialité et la sécurité des données et de l'information; 5) obtenir des résultats positifs. Cette section se compose de 9 normes et de 37 critères.

La gestion des ressources humaines concerne toutes les fonctions allant de la planification de la main-d'œuvre au développement des ressources dans un milieu de travail propice. Cette section se divise en sept sous-sections : 1) réponse aux besoins; 2) entretenir un environnement propice à l'apprentissage; 3) se doter des bonnes personnes; 4) améliorer le rendement; 5) favoriser de bonnes relations de travail; 6) assurer un climat de travail sain; 7) obtenir des résultats positifs. Les 11 normes se définissent par 44 critères.

La section « Prestation des services » se compose de plusieurs sections particulières à la nature des services offerts par l'organisme évalué. Elles sont au nombre de 15 et visent la plupart des services offerts par les organismes de santé.

À titre d'exemples on peut mentionner les lésions cérébrales acquises, les soins de courte durée, les services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu, la procréation médicalement assistée, les soins ambulatoires et autres. Elles renferment généralement environ 9 sous-sections et en moyenne de 80 à 85 critères.

La figure 3 fournit un exemple d'une norme et illustre le cadre normatif du programme MIRE. La norme 1 tirée de la section « Prestation de services- Soins de courte durée » se situe dans la sous-section « Entretien d'un environnement propice à l'apprentissage ». Le critère 1.1 est le premier énoncé qui couvre cette norme et énonce les activités nécessaires pour atteindre ce but. Ce critère fait partie de la dimension de la qualité « Réponse aux besoins » sous la composante « Disponibilité ».

On peut aussi remarquer que l'organisme évalué doit soumettre de la documentation requise. Cette exigence n'existe pas pour tous les critères, mais uniquement lorsque cela est jugé nécessaire. Dans la colonne de droite on note l'échelle de mesure de

Likert à sept niveaux. L'organisme s'octroie une cote. Cette dernière est confirmée ou invalidée par les visiteurs externes d'Agrément Canada lors de la visite d'agrément.

Figure 3

Soins de courte durée

ENTRETIEN D'UN ENVIRONNEMENT PROPICE À L'APPRENTISSAGE ET OBTENIR DES RÉSULTATS POSITIFS

- 1.0** *L'équipe planifie et élabore ses services de façon continue afin de répondre aux besoins actuels et futurs des populations desservies, et d'obtenir les meilleurs résultats possibles.*

Objet de la norme

L'équipe utilise ses connaissances et son expérience pour élaborer des services conformes aux normes et aux guides de pratique fondés sur des données probantes en vigueur, le cas échéant. La planification et l'élaboration des services sont adaptées aux besoins des populations desservies par l'équipe. Les services sont adaptés à mesure que les populations ou que les données probantes changent afin de s'assurer qu'ils demeurent pertinents.

L'équipe recueille et utilise de l'information sur les besoins des populations qu'elle sert ou qu'elle peut être appelée à desservir. Les populations sont celles qui ont des problèmes de santé spécifiques ou qui risquent d'en avoir.



- 1.1** L'équipe dispose d'un processus qui lui permet d'évaluer régulièrement l'ensemble des besoins des populations desservies en matière de services.
- Pour mieux prévoir les besoins en matière de services, l'équipe recueille de l'information sur les déterminants de la santé, l'état de santé des populations desservies, leurs capacités et les risques auxquels elles sont confrontées.

Documentation requise

Décrire les populations desservies par l'équipe.

Évaluation de l'organisme

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

SO

Évaluation du visiteur

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

SO

Points forts

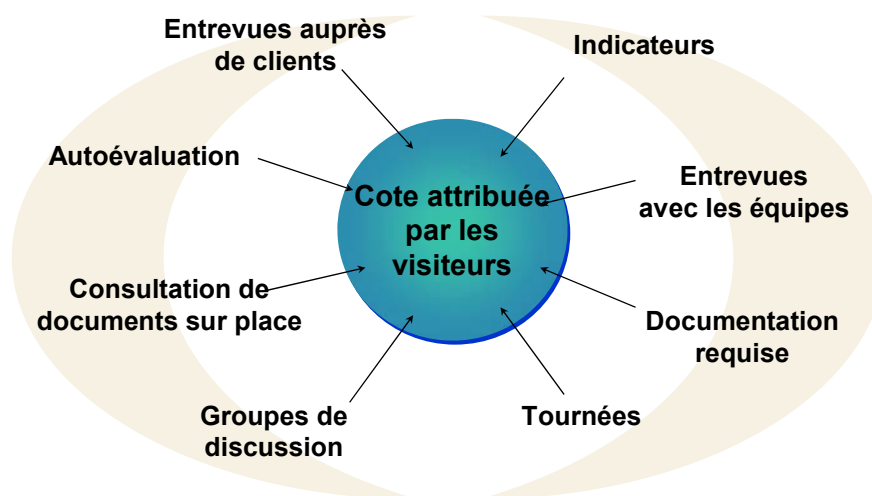
À INSÉRER DANS LE LOGICIEL

Possibilités d'amélioration

À INSÉRER DANS LE LOGICIEL









Au cours de la visite sur place, l'équipe de visiteurs évalue chacun des critères. L'évaluation repose sur plusieurs éléments. Il y a une rencontre avec l'équipe qui a rempli la section pertinente des normes, des entrevues avec des clients, des rencontres avec des groupes de discussion et des tournées sur les lieux. Les visiteurs consultent aussi l'information contenue dans l'autoévaluation, les indicateurs utilisés et la documentation. La figure 4 présente les éléments sur lesquels repose l'évaluation.

Figure 4
Composantes de l'évaluation des visiteurs



Les données compilées servent à dresser un portrait de la qualité telle qu'évaluée par l'équipe de visiteurs. Les résultats sont consignés dans un rapport de visite que l'établissement peut utiliser pour procéder à des améliorations. La figure 5 fournit un exemple de l'aperçu global du niveau de conformité aux dimensions de la qualité.

Figure 5
Aperçu du niveau de conformité selon les dimensions de la qualité

	Faible	Passable	Bon	Excellent	Présent								
	1	2	3	4	5	6	7	rapport	TR	R	R	0-T	R
 Réponse aux besoins								5.58					
 Compétence du milieu								5.62	2	1	1		
 Approche centrée sur le client ou la communauté								5.87	2		2		
 Milieu de travail								5.33					

Par ailleurs, les normes et critères contenus dans les diverses sections couvrent l'ensemble des activités importantes et donnent un aperçu de la qualité des principales fonctions de l'organisme. Pour ce faire, le cadre conceptuel d'évaluation de la qualité des soins développé par Donebadian et basé sur la structure, les processus et les résultats a servi de référence. Cette méthode a déjà été utilisée par Maxwell pour l'*Audit Commission* en Angleterre en 1992.

Le programme MIRE a été mis en œuvre en janvier 2001. Entre 2001 et 2007, il y a eu cinq versions de ce programme. Le programme d'agrément est révisé annuellement pour tenir compte des commentaires reçus des experts dans le domaine, pour tenir compte de l'évolution du domaine de la santé et pour faire des ajustements par suite des travaux de recherche effectués à Agrément Canada. Tout en maintenant le cadre conceptuel et la définition de la qualité constants, les principales modifications entre la version 1 et la version 6 ont été : 1) le nombre de descripteurs est passé de 22 à 23; 2) le nombre de critères a diminué graduellement, certains par suite d'une évaluation psychométrique et des observations du milieu; 3) en 2006 des pratiques organisationnelles en matière de sécurité des patients ont été introduites; 4)

des sous-sections ont été intégrées dans des sections de normes pour en diminuer le nombre total.

Échelle de mesure et définition des principes d'évaluation

Le programme MIRE utilise une échelle de mesure de Likert à sept niveaux (1-7).

Cette échelle permettrait de maximiser la validité des données, favoriserait une application plus consistante et faciliterait la présentation des données agrégées.

Tableau I
Définition de l'échelle de mesure

Définitions

Des définitions sont fournies pour les cotes 1, 3, 5 et 7.

1 Non- conformité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'équipe ne répond à aucune des exigences du critère.
3 Conformité partielle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'équipe répond à certaines des exigences du critère. ▪ L'équipe n'en est qu'au début de la mise en œuvre de certaines exigences. ▪ L'équipe répond aux critères de façon irrégulière. ▪ Il n'existe pas beaucoup de preuves démontrant qu'on répond à ces exigences.
5 Bonne conformité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'équipe répond à la plupart des exigences du critère. ▪ La plupart des exigences sont entièrement mises en œuvre. ▪ L'équipe répond à la plupart des exigences de façon constante. ▪ Il existe de bonnes preuves démontrant qu'on répond à ces exigences sans toutefois qu'une évaluation ait encore pu être faite sur une période donnée.
7 Excellente conformité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'équipe va au-delà des exigences du critère. ▪ Toutes les exigences ont été mises en œuvre au cours du cycle de trois ans. ▪ L'équipe va au-delà des exigences de façon constante. ▪ Des preuves démontrent que des améliorations ont été apportées à partir de données probantes. La démarche de l'équipe s'avère un exemple d'une réalisation hors-pair.

Ces définitions reposent sur quatre principes fondamentaux :

1. Conformité : Mesure selon laquelle un organisme se conforme aux exigences du critère
2. Mise en œuvre : Mesure selon laquelle la mise en œuvre des exigences est faite
3. Constance : Mesure selon laquelle un organisme se conforme aux exigences avec régularité ou de façon constante
4. Preuves : Données et information qualitatives ou quantitatives qui démontrent la conformité aux exigences

Annexe II

Définition des variables à l'étude

ANNEXE II DÉFINITION DES VARIABLES À L'ÉTUDE

1) Le programme d'agrément

Cadre conceptuel de la qualité, dimensions et descripteurs

Réponse aux besoins: L'organisme anticipe l'évolution du milieu ainsi que des besoins et des attentes des clients (potentiels) ou de la population, et y répond.

Disponibilité : Les ressources (financières, humaines, matérielles, d'information) sont mises à la disposition de l'organisme et les services sont offerts pour répondre aux besoins du client ou de la population.

Accessibilité : Le client ou la communauté obtient facilement les services requis ou disponibles à l'endroit le plus approprié.

Temps opportun : Les services sont offerts ou les activités sont menées pour répondre aux besoins du client ou de la communauté au moment le plus favorable ou approprié.

Continuité : Les services sont offerts de façon coordonnée à travers le continuum, en tout temps.

Équité : Les décisions sont prises et les services sont offerts de façon juste et équitable.

Compétence du milieu : L'organisme offre en tout temps ses services de la meilleure façon qui soit, étant donné l'état actuel et évolutif des connaissances. L'organisme atteint le résultat visé pour les clients ou la communauté en utilisant les ressources de façon efficiente.

Pertinence : Les services répondent aux besoins du client ou de la communauté, permettent à l'organisme d'atteindre ses buts, démontrent à l'aide de données probantes qu'ils sont utiles, et sont conformes aux normes établies.

Compétence : Les connaissances, habiletés et attitudes des intervenants sont appropriées aux services offerts.

Efficacité : Les services, interventions ou mesures prises obtiennent des résultats optimaux.

Sécurité : Les risques potentiels ou les résultats non voulus sont évités ou diminués.

Légitimité : Les services ou activités sont conformes aux principes d'éthique, aux valeurs, aux conventions, aux lois et à la réglementation.

Efficiencia : Les ressources (intrants) sont regroupées pour permettre d'atteindre des résultats optimaux (extrants) avec le moins de gaspillage, de double emploi et d'efforts possibles.

Coordination à l'intérieur du système de santé : La mission, la vision, les buts et les objectifs sont clairs, bien intégrés, coordonnés et compris tant à l'interne qu'à l'externe. Ils sont reflétés dans les plans de l'organisme, les délégations de pouvoir et les processus de prise de décisions.

Approche centrée sur le client ou la communauté : L'organisme renforce ses liens avec ses clients ou la communauté. Pour ce faire, l'organisme encourage le partenariat et la participation de la communauté à ses activités.

Communication : Tous les renseignements pertinents sont échangés entre l'organisme et le client, sa famille ou la communauté de façon continue, constante, compréhensible et utile.

Confidentialité: Les renseignements devant demeurer confidentiels sont protégés.

Participation et partenariat : Le client ou la communauté participe activement à titre de partenaire à la prise de décisions ainsi qu'à la planification, à la prestation et à l'évaluation des services.

Respect et bienveillance : La politesse, l'estime, la sensibilité et le respect sont présents dans toutes les interactions avec le client ou la communauté.

Responsabilité et engagement de l'organisme au sein de la communauté : L'organisme appuie la communauté dans son développement et contribue à la santé globale de cette dernière.

Milieu de travail : L'organisme offre une atmosphère de travail favorisant l'excellence du rendement, l'entière participation, la croissance organisationnelle, professionnelle ou personnelle, la santé, le bien-être et la satisfaction.

Communication ouverte : L'organisme encourage un climat d'ouverture, de libre expression des idées et de partage de renseignements.

Clarté des rôles : La portée et les objectifs des postes du personnel sont clairement définis et sont coordonnés aux objectifs de l'équipe et de l'organisme.

Participation à la prise de décisions : On encourage le personnel à émettre des commentaires dont on tiendra compte au moment de prendre des décisions.

Environnement favorisant l'apprentissage : La créativité, le sens de l'innovation et les initiatives des membres du personnel sont encouragés. La formation et le perfectionnement nécessaires sont offerts afin de leur permettre d'atteindre les objectifs de l'organisme et les objectifs de croissance personnelle ou professionnelle.

Bien-être : L'organisme procure un milieu sécuritaire, sain et favorable, reconnaît la contribution du personnel et établit des liens entre les commentaires du personnel et les possibilités d'amélioration.

Cycle d'agrément

Étapes définies (se renseigner, se préparer, effectuer l'autoévaluation, planifier et tenir la visite, utiliser le rapport et apporter des améliorations continues) selon le programme MIRE.

2) Le modèle de changement et la typologie de changement ainsi que le modèle d'apprentissage organisationnel avec le type de bureaucratie

Tout changement qui engendre des modifications significatives sur le plan des valeurs, de la structure, des opérations ou de la configuration de l'organisme. Ce changement doit faire l'objet d'une reconnaissance par les acteurs internes ou externes comme ayant des effets plus que passagers.

Vision : façon de voir l'organisme par l'acquisition de nouveaux modèles et une compréhension réflexive qui comprend l'introduction du programme d'agrément comme un outil de gestion, de changement et d'apprentissage.

Compétences : aptitudes reconnues et légitimes d'exercer des fonctions de leadership dans l'organisme et pour influencer l'ensemble de l'organisme ou des secteurs en particulier. Elles doivent être directement en lien avec l'agrément et la personne qui l'exerce à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.

Incitatifs : éléments qui incitent et qui motivent l'implantation du programme d'agrément. Il peut s'agir de pressions internes ou externes, d'une recherche d'une nouvelle utopie ou pour rencontrer les attentes de l'organisme.

Ressources : ce sont les moyens dont dispose l'organisme pour implanter le programme en matière de capacité excédentaire, d'espace discrétionnaire, d'autonomie et de capacités cognitives relationnelles des acteurs. Elles peuvent se traduire par des ajouts de postes ou des affectations temporaires à des fonctions reliées à l'agrément.

Plan d'action : l'établissement d'une démarche structurée en vue de réussir l'implantation du programme d'agrément par, en outre, la visibilité de la direction, l'adoption de stratégies de diffusion, d'apprentissage et d'adhésion, l'élaboration d'un plan explicite et un calendrier de réalisation de ce plan.

Transformation : le fonctionnement de l'organisme est en harmonie avec les fondements du programme d'Agrément Canada. On a développé un programme qualité, formé des équipes et la plus haute instance de l'organisme assume un leadership visible et concret.

Adaptation/accommodation : le programme d'agrément est adapté pour le rendre plus compatible avec l'organisme et la structure existante avant son implantation. L'organisme adopte des pratiques congruentes avec les fondements du programme d'agrément.

Mariage d'apparence/parallélisme : l'adoption du programme d'agrément demeure superficielle, on en retient seulement le rituel.

Corruption/assimilation : l'organisme n'implante pas le programme, ne donne pas suite aux recommandations des visiteurs, ne se dote pas d'une structure adéquate et ne forme pas des équipes multidisciplinaires.

3) Variables sur l'apprentissage organisationnel

Apprentissage organisationnel : L'acquisition par un processus de socialisation entre individus d'un organisme et le programme d'agrément pris dans sa globalité, c'est-à-dire les normes, critères, processus et autres composantes du cycle d'agrément, les connaissances jugées utiles par l'organisme sur le plan de sa mission et autres responsabilités d'offrir des services de qualité à la population à l'intérieur d'un cadre dûment mandaté par les autorités en tenant compte de sa spécificité et de son contexte culturel.

Conditions facilitantes : facteurs déterminants qui font en sorte que l'organisme se renseigne et décide de s'inscrire auprès d'Agrément Canada. C'est l'intention d'adhérer au programme, le chaos créatif qui incite au changement et l'autonomie de pouvoir prendre la décision.

Accroissement de la connaissance individuelle : c'est la motivation individuelle à apprendre, le perfectionnement et le développement professionnel par l'acquisition de nouvelles connaissances.

Partage des connaissances tacites : ce sont les occasions formelles et informelles créées par la démarche et les processus d'agrément qui favorise les échanges et la transmission de connaissances verbales sur une base de quelques personnes ou de petits groupes. C'est l'étape d'organisation de la visite.

Conceptualisation/cristallisation : interaction dynamique et soutenue des activités qui entourent le processus d'agrément telles la visite, les rencontres d'équipe, la confection de l'autoévaluation et les actions qui en découlent.

Justification : la satisfaction d'avoir complété le processus d'agrément, les manifestations officielles et officieuses en groupe, l'affichage du certificat d'agrément, la diffusion et le partage du rapport d'agrément.

Réseautage de la connaissance : le suivi accordé aux recommandations et les actions entreprises par les équipes qui découlent des apprentissages et des nouvelles connaissances.

Facilitant : c'est la perception des intervenants et professionnels que le programme d'agrément appuie leur travail, sert à apporter des solutions aux situations problématiques, répond à des besoins de développement et d'apprentissages.

Coercitif : le programme d'agrément favorise un climat de méfiance entre intervenants et gestionnaires, minimise l'apport des intervenants, centralise les décisions, aide les dirigeants à diriger, encadre les intervenants pour qu'ils commettent moins d'erreurs et minimise l'importance de leur rôle.

Volontaire : l'adhésion au programme d'agrément est faite sans obligation légale ou réglementaire par la direction de l'établissement

Obligatoire : l'adhésion au programme d'agrément est faite pour remplir une obligation légale ou administrative

4) Transformation et amélioration de la qualité

Transformations stratégiques : ce sont des changements qui revêtent une importance au niveau de l'ensemble de l'organisme. Ces changements doivent avoir un caractère durable. On réfère spécifiquement au développement d'une culture qualité, d'un engagement tangible, d'une approche proactive envers des initiatives qualité et la création de forums qui permettent aux professionnels et aux intervenants de mettre en place des changements.

Transformations de l'organisme : ce sont des changements qui revêtent un intérêt et une importance d'envergure au niveau des services, de l'organisme interne, des équipes attribuables à l'introduction du programme d'agrément. Ces changements doivent avoir un caractère durable qui visent à améliorer le fonctionnement et la performance.

Transformations des relations : ce sont des changements qui revêtent un intérêt et une importance d'envergure dont le caractère est durable. Ces changements touchent l'environnement interne et externe de l'organisme ainsi que les mécanismes de communication, la nature des relations et les partenariats.

5) Autres variables

Niveau de compliance : modèle de mesure de la qualité de MIRE avec les définitions des cotes et les principes fondamentaux, voir annexe I.

Annexe III
Questionnaire pour entretiens semi structurés,
version anglaise

ANNEXE III QUESTIONNAIRE POUR ENTRETIENS SEMI STRUCTURÉS, VERSION ANGLAISE

Questionnaire for in depth interviews

General questions on deciding to enter accreditation program and involvement:

1. You have enrolled in an accreditation program as an organization, do you recall how this decision was made and whether you were involved in the process?
2. When did you first learn about the project?
3. How did you get involved in the accreditation program?
4. What did you know about accreditation programs in general?
5. What motivated you to get involved?

Questions related to organizational changes:

Favorable conditions to change

1. What motivated the decision of the organization to enroll in the accreditation program?
2. How did this decision fit in the organization's overall strategic objectives?
3. What do you think were the conditions that facilitated the participation of the organization in the accreditation program?
4. How was the decision to participate in the accreditation program made?
5. Who were most favorable to the participation of the organization in the accreditation program?
6. Did you feel that there was sufficient knowledge of the accreditation program in the organization when the decision was made to enter in the project?
7. What did you perceive were the biggest challenges that the organization had to overcome if this project was going to be a success?
8. How was the information about the accreditation shared in the organization before the decision to enter the program was made?
9. What resources were available to commit to this project?
10. How was the program perceived by the professionals within the organization?
11. How was the project perceived by the management team of the organization?

Characteristics and nature of the change

1. What has participating to the accreditation program brought to your organization?
2. Did you meet the objectives that had been established at the time that you decided as an organization to participate in the accreditation program?

3. What would you say are the biggest accomplishments that were achieved by the process?
4. What were the biggest disappointments?
5. Was the work accomplished by participating in the program recognized internally and if so at what level of the organization?
6. Was the work accomplished by participating in the program recognized externally (ei. The agency, the population, the patients)?
7. Whom would you say benefited the most from the participation to the accreditation program?
8. Has participating to the accreditation project had any impact on the quality of the services that are provided by the organization?
9. Has accreditation had any impact on the structure of the organization?
10. Has accreditation had any impact on the internal relation between staff and management?
11. Has accreditation had any impact on the relation that the organization has with patients, community groups or the community in general?

Components and nature of change

1. What would you say was the vision behind the decision to participate to the accreditation program?
2. In your perception, do you feel that there was sufficient competency in the organization to succeed in the accreditation project?
3. What would you identify as the main benefits that the organization would receive from its participation to the accreditation program?
4. What resources were available for this project?
5. Was there an action plan developed to achieve the goal?
6. If change has occurred in the organization, when do you think that in happened within the accreditation cycle:
 - During the process of getting familiar to accreditation and deciding to participate
 - During the planning phase
 - During phase of completing the self assessment
 - During the survey visit
 - Through the accreditation report and the follow up
 - During the year after the survey

Questions related to individual and organizational learning:

1. Have you participation in the accreditation program been the source of new personal knowledge acquisition for yourself and others?
2. In terms of learning, on an individual bases, who do you think benefited the most from the accreditation project?
3. In order to complete the self assessment section to which you participated, a team was formed, was there new acquisition of knowledge at this level?

4. If there was acquisition of new knowledge, at what level has this happened? (team work, learning about what others did, learning from the standards, learning from the team discussions, others)
5. Do you feel that the organization has integrated learning from its participation to the accreditation program?
6. If there were personal and/or team and/or organizational learning, at what stage of the process do you feel that the learning happened?
 - During the process of getting familiar to accreditation and deciding to participate
 - During the planning phase
 - During phase of completing the self assessment
 - During the survey visit
 - Through the accreditation report and the follow up
 - During the year after the survey

Questions related to the type of organization

1. Do you feel that participating to the accreditation project was an occasion for first line staff and professional to evaluate the quality of the services that were provided? Examples
2. Were you able through this process to resolve some of the problematic situations that have been identified?
3. Do you feel that through this process you were able to have more influence on organizational decisions that concerned you and your services?
4. Were you able to improve the way you work following this participation to the accreditation project?
5. Do you feel that the information that was provided to management through this process was recuperated to make overall organizational decision? If so were these decisions beneficial or detrimental to your work?

Questions related to the type of accreditation

1. The decision to participate to the accreditation project was voluntary. In your opinion should participation to a regular accreditation be voluntary or mandatory?
2. What incentive should be put in place (externally or internally) to recognized the participation to an accreditation program?

Annexe IV

Questionnaire individuel pour membres des équipes d'agrément

ANNEXE IV QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL POUR MEMBRES DES ÉQUIPES D'AGRÉMENT

Questionnaire

The impact of introducing the Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) program on the quality of care and services in Anguilla Health Authority, Anguilla

This questionnaire is intended for all team members who participated in the accreditation program. All replies are confidential and only research staff will have access to the data. Please allow 20 minutes to fill out this questionnaire.

The questionnaire was developed by:

Gilles Lanteigne, Executive Vice-President and Chief Operating Officer, Canadian Council on Health Services Accreditation and Doctorate candidate, Université de Montréal

Daniel Herta, Student, École Nationale d'Administration Publique, Montréal

For information about this research or questionnaire, please contact:

Gilles Lanteigne, tel. 613-738-3800, x227; e-mail: gilles.lanteigne@cchsa-ccass.ca

Thank you for your cooperation.

	Strongly disagree	Mildly disagree	Neither agree nor disagree	Mildly agree	Strongly agree	Don't know/not applicable
	1	2	3	4	5	9
13 Preparation involved all employees in your department.	0	0	0	0	0	0
14 Management had a clear vision for improving the quality of services.	0	0	0	0	0	0
15 A suitable communication's strategy was adopted within the organization to explain how the process would unfold.	0	0	0	0	0	0
16 Management successfully mobilized employees around the accreditation process.	0	0	0	0	0	0
17 The people responsible for accreditation were well prepared for the accreditation experience.	0	0	0	0	0	0
18 The team members were well prepared to carry out the required tasks related to accreditation.	0	0	0	0	0	0
19 Incentives were introduced to encourage participation by the people involved in accreditation.	0	0	0	0	0	0
20 The strategy for mobilizing team members and other participants in the accreditation program was appropriate.	0	0	0	0	0	0
21 The resources (human, material, financial) were sufficiently available.	0	0	0	0	0	0
22 Management drew up a suitable action plan for implementing the accreditation process.	0	0	0	0	0	0
23 You participated regularly in training activities in preparation for accreditation.	0	0	0	0	0	0

Strongly disagree	Mildly disagree	Neither agree nor disagree	Mildly agree	Strongly agree	Don't know/not applicable
1	2	3	4	5	9

53 You celebrated the success achieved during accreditation.

0 0 0 0 0 0

Section 3 Organizational learning

Strongly disagree	Mildly disagree	Neither agree nor disagree	Mildly agree	Strongly agree	Don't know/not applicable
1	2	3	4	5	9

54 Accreditation is a source for finding “new approaches” to doing things (new knowledge, new ways of thinking, new skills and practices)

0 0 0 0 0 0

Acquisition of new knowledge:

55 Patient intake (client-focused approach).

0 0 0 0 0 0

56 Risk management.

0 0 0 0 0 0

57 Participatory management (democratic).

0 0 0 0 0 0

58 Professional ethics.

0 0 0 0 0 0

59 “Quality” practices implemented in similar organizations.

0 0 0 0 0 0

60 Better communication (formal/informal).

0 0 0 0 0 0

61 Personal development and self-esteem.

0 0 0 0 0 0

62 “New ways” of doing things essentially changed social standards (the organizational culture).

0 0 0 0 0 0

63 “New ways” of doing things shifted the balance between individuals

0 0 0 0 0 0

Section 4 Type of organization and type of accreditation

	Strongly disagree	Mildly disagree	Neither agree nor disagree	Mildly agree	Strongly agree	Don't know/not applicable
	1	2	3	4	5	9
76 Accreditation helped develop values shared by all participants.	0	0	0	0	0	0
77 Accreditation fostered better use of the organization's resources.	0	0	0	0	0	0
78 Accreditation provided a more effective response to public expectations.	0	0	0	0	0	0
79 Accreditation helped develop networking with other partners in the healthcare system.	0	0	0	0	0	0
80 Accreditation can help the organization acquire more resources.	0	0	0	0	0	0
81 During accreditation, you were better able to assess the quality of services delivered to patients.	0	0	0	0	0	0
82 Accreditation gave you greater independence in your work.	0	0	0	0	0	0
83 Accreditation created a positive climate in your organization.	0	0	0	0	0	0
84 Management strongly encouraged you to participate in accreditation.	0	0	0	0	0	0
85 Making accreditation mandatory leads to less successful implementation of the program.	0	0	0	0	0	0
86 Voluntary participation in accreditation program increases the chances of successful implementation.	0	0	0	0	0	0
87 You are convinced that voluntary participation ensures a positive work climate.	0	0	0	0	0	0
88 By voluntarily participating in accreditation, you take pride in your performance for the quality of services.	0	0	0	0	0	0
89 Despite the work that accreditation entails, you believe it is worth the effort.	0	0	0	0	0	0

Section 5 Perception of your participation

90 Initially, your position on the accreditation process was:
(Check only one answer).

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> active supporter (very positive) | <input type="radio"/> passive supporter (reserved) |
| <input type="radio"/> ambivalent (sometimes for, sometimes against) | <input type="radio"/> active opponent (hostile) |
| <input type="radio"/> passive opponent | <input type="radio"/> indifferent |

91 Do you have the impression that you contributed to the accreditation process?
 Yes (questions 92-96) No (questions 97-102)

If you answered yes, your motivation to participate was based mostly on: Yes No

(You may choose several answers.)

-
- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 92 Desire to learn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 93 Obligation to participate | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 94 Need to do the same as others | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 95 Desire to participate in defending my facility's interests | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 96 Desire to improve practices | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

If you answered no, your non-participation can be characterized by: Yes No

-
- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 97 Lack of interest | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 98 Lack of time | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 99 Feeling unconcerned | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 100 Deliberate refusal to participate | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 101 No invitation to participate | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 102 Some apprehension about the stakes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Section 6 Personal Information

103 **Profession:**

- Physician
- Nurse
- Administrative professional
- Clinical professional
- Support staff
- Other:.....

104 **You belong to one of the following teams:**

- Leadership and Partnerships
- Environment
- Human Resources
- Information Management
- Care Team
- Other (please specify):.....

105 **How long have you worked in this organization?**

- 0-5 years
- 5+-10 years
- 10+-15 years
- 15+-20 years
- 21+ years or more

Other comments:

Thank you for completing this questionnaire!

Annexe V

Données supplémentaires

ANNEXE V DONNÉES SUPPLEMENTAIRES

Cette annexe présente des données recueillies auprès des deux cas étudiés en complément au chapitre 5. Nous présentons dans un premier temps, ceux de la HAA et ensuite ceux de la CFOT. L'ordre de présentation des sources de données est le même : 1) le niveau de compliance; 2) la documentation et les observations; 3) le questionnaire individuel et enfin; 4) les entretiens semi-structurés.

1. Résultats pour la Health Authority of Anguilla (HAA)

Les données sur la HAA ont été recueillies sur une période d'environ 30 mois. La mesure du niveau de compliance fut effectuée à trois reprises : 1) juin 2004; 2) décembre 2005; 3) décembre 2006. Les entretiens semi-structurés se sont tenus, sauf un, dans les bureaux de la HAA en décembre 2006. Le questionnaire individuel a aussi été rempli en décembre 2006. Le chercheur a demandé aux membres des équipes s'ils acceptaient de les remplir immédiatement après la rencontre avec leur équipe. Sauf quelques exceptions, ils ont tous accepté. Certains ont préféré les acheminer à la coordonnatrice de l'agrément dans les jours suivants. La documentation a été recueillie tout au long de l'étude de cas sur les sites de l'établissement ou Agrément Canada.

1.1 Niveau de compliance (HAA)

Ces données sont présentées au chapitre 5.

1.2 Documentation et observations (HAA)

Cette section porte sur des données obtenues à partir de l'étude de la documentation et des observations qui ont été réalisées sur la HAA. Ces données proviennent de la documentation qui est requise par le programme d'agrément, soit de façon explicite à l'intérieur des sections de normes, ou celle que l'établissement doit mettre à la disposition des visiteurs sur place.

Quatre types de documentation ont été étudiés :

- 1) Les documents d'autoévaluation préparés par la HAA avant la visite de mai 2005, décembre 2005 et décembre 2006.
- 2) Les organismes doivent préparer de la documentation en fonction d'une liste prédéterminée par Agrément Canada. Cette documentation est mise à la disposition des visiteurs. Le chercheur a eu accès aux politiques et procédures des départements, aux procès-verbaux des comités et du conseil d'administration, aux divers plans (stratégique, ressources humaines, désastres, etc.) et autres documents. La documentation couvre aussi les dossiers des patients et toutes les autres archives.
- 3) Les rapports de visite préparés par l'équipe de visiteurs qui contiennent l'évaluation quantitative sur la qualité. L'information qualitative porte sur les observations des visiteurs sur les équipes, les recommandations faites à l'établissement et les résumés des trois entrevues avec des groupes de discussion rencontrés lors des visites de décembre 2005 et décembre 2006.
- 4) Le rapport de suivi des recommandations par suite de la visite de décembre 2005 de la HAA et d'Agrément Canada. Il fait état du progrès observé pour chacune des recommandations. De plus, en décembre 2006, l'équipe de visiteurs dont faisait partie le chercheur a évalué le progrès accompli depuis ce rapport pour établir le niveau de conformité aux normes et critères. Cette évaluation s'est faite à partir des évidences soumises par la HAA et les observations faites sur place.

La visite du 17 au 20 mai 2005 n'était pas une visite régulière d'agrément. Les équipes étaient en place depuis environ sept mois mais avaient à peine commencé à se rencontrer. Les sept équipes ont été rencontrées et les sites visités. Par suite des rencontres avec les équipes, les deux représentants d'Agrément Canada dont le chercheur ont transmis leurs commentaires aux équipes et à la direction. Un rapport a été rédigé afin de faire le point sur le progrès de la HAA et sur son état de préparation pour l'agrément.

Le rapport qui fait suite à la visite de mai 2005 contient une série d'actions stratégiques proposées à la HAA. Elles proposent les actions à mettre en place pour établir les fondements nécessaires pour répondre aux exigences du programme d'agrément.

Le rapport comportait aussi trois recommandations émises directement au conseil d'administration de la HAA: 1) poursuivre la préparation selon le plan établi; 2) reporter la visite officielle d'agrément à décembre 2006; 3) procéder à une visite comme prévu en décembre 2005, mais demander à Agrément Canada de surseoir à une décision d'agrément. Ces trois recommandations ont été acceptées par le conseil d'administration.

Le tableau I présente la synthèse des actions proposées. Nous constatons que plusieurs systèmes et pratiques de gestion de la qualité manquent à l'appel. Plusieurs des actions stratégiques proposées ciblent la mise en place de politiques, procédures, directives, cadre de référence et plans pour le développement de systèmes fondamentaux nécessaires au bon fonctionnement d'un organisme de santé. Plusieurs des actions proposées visent à mettre en place des moyens pour améliorer la qualité des processus de soins et reconnaître par des cadres de référence le droit des patients, des usagers et de leur famille. La HAA n'a pas de plan qualité, non plus que des plans pour la gestion des risques et des désastres, pour les communications, pour la gestion de l'information, pour les ressources humaines ou matérielles. La documentation est très limitée dans tous les secteurs d'activités.

Tableau I
Synthèse des actions stratégiques proposées par suite de la visite de mai 2005 (HAA)

Équipe	Actions stratégiques
Leadership et	1) établir un plan de communication
Partenariat	2) communiquer la vision et la mission
	3) développer un cadre de référence pour les questions d'éthique

Équipe	Actions stratégiques
	4) développer un plan global d'amélioration de la qualité
	5) mettre en place un processus de traitement des plaintes
	6) coordonner l'approche qualité, la gestion des risques et le traitement des plaintes
Gestion de l'information	1) développer un plan de gestion de l'information
	2) développer des politiques et procédures ainsi que la documentation nécessaire au bon fonctionnement de l'établissement
Gestion des ressources humaines	1) développer un plan de gestion des ressources humaines
	2) établir un processus de validation des compétences des professionnels
	3) établir un cadre de référence sur la santé et sécurité des employés
	4) développer des politiques et procédures ainsi que la documentation nécessaire au bon fonctionnement de l'établissement
Gestion de l'environnement	1) développer un plan de gestion des désastres
	2) développer des politiques et procédures ainsi que la documentation nécessaire au bon fonctionnement de l'établissement
	3) développer un cadre de référence pour la protection incendie
	4) un cadre de référence pour la gestion des déchets biomédicaux
Soins de courte durée	1) établir un système pour rapporter les incidents/accidents
	2) établir la documentation, politiques et procédures pour le consentement des patients
	3) développer des politiques et procédures de non-ressuscitation et de directives avancées

Équipe	Actions stratégiques
	4) politique sur la standardisation de la documentation
	5) développer des guides de pratiques cliniques
	6) s'assurer de l'inspection des équipements de radiographie
	7) cadre de référence (politiques, processus et directives) sur les contentieux
	8) charte des droits des patients
	9) adresser les situations de risques dans l'unité de dialyse
	10) formalisation des couloirs de services pour les services tertiaires
	11) formaliser les ententes pour les services de radiologie
Soins de longue durée	1) améliorer l'intimité des usagers
	2) s'habiliter dans l'utilisation des pratiques exemplaires en soins de longue durée
	3) implanter, lorsque disponible, la procédure sur les plaintes
	4) formaliser un programme d'activités pour les usagers
	5) développer des critères d'admission
	6) développer et implanter une politique sur les situations d'abus
	7) développer et implanter une politique sur les comportements agressifs
	8) développer et implanter des politiques et procédures pour les admissions
	9) développer et implanter des politiques et procédures sur la gestion de la douleur
	10) lorsque disponible, implanter le cadre de référence sur l'éthique
	11) contribuer au cadre de référence de non-ressuscitation et sur les directives avancées

Équipe	Actions stratégiques
	12) s'assurer que chacun des usagers ait un plan de services individualisé
	13) élaborer les politiques et procédures en matière de soins
	14) s'assurer que les lève-patients soient sécuritaires
Soins primaires	1) contrôler les patients qui vont à des cliniques différentes pour le même problème et prévoir des mécanismes d'intégration et de coordination de l'information
	2) rechercher et implanter des meilleures pratiques cliniques
	3) développer et implanter des politiques et procédures pour standardiser la pratique
	4) développer des dossiers de médication
	5) lorsque disponible, implanter le cadre de référence sur l'éthique
	6) participer à l'élaboration et la mise en place des formulaires de consentement
	7) implanter, lorsque disponible, la procédure sur les plaintes
	8) développer des politiques et procédures pour gérer les comportements de crise

La visite suivante a eu lieu en décembre 2005. Elle s'est déroulée comme une visite régulière sauf qu'elle n'a pas abouti sur une décision d'agrément par Agrément Canada. Le rapport est identique à un rapport régulier. Les recommandations émises étaient reliées au modèle conceptuel de la qualité d'Agrément Canada donc aux dimensions de la qualité, aux descripteurs, aux normes et aux critères. Le tableau II montre la distribution de ces recommandations selon les dimensions de la qualité.

Tableau II
Performance organisationnelle selon les dimensions de la qualité décembre 2005
(HAA)

Dimension de la qualité	Nombre de recommandations	Sévérité élevée
Réponse aux besoins	9	2
Compétence du milieu	68	32
Approche centrée sur le client ou la communauté	15	4
Milieu de travail	11	3
Total	103	41

Au niveau des équipes, les recommandations se répartissaient selon la distribution qui figure au tableau III. On remarque que les recommandations avec un degré de sévérité élevé concernaient six équipes sur sept. Par ailleurs, les équipes ont respectivement reçu entre 11 et 19 recommandations.

Tableau III
Recommandations par équipe décembre 2005 (HAA)

Nom de l'équipe	Nombre de recommandations	Sévérité élevée
Leadership et partenariat	16	10
Environnement	19	9
Ressources humaines	12	2
Gestion de l'information	11	0
Soins de courte durée	19	7
Soins de longue durée	14	5
Soins primaires	12	8
Total	103	41

Du 17 au 21 juillet 2006, un membre du personnel d'Agrément Canada, accompagné par deux visiteurs réguliers, a visité la HAA pour faire un état de la situation et évaluer le progrès réalisé par suite des recommandations qui avaient été faites lors de la visite de décembre 2005. Le tableau IV résume les observations des visiteurs sur les progrès réalisés tout en identifiant les recommandations dont le degré de sévérité est élevé. La HAA avait commencé à donner suite à la plupart des recommandations. Seulement quelques-unes n'avaient pas fait l'objet d'un suivi. Plusieurs étaient en voie d'implantation. Toutes les recommandations avec un degré de sévérité élevé étaient en cours d'implantation. Certaines nécessitaient des actions transversales à plusieurs équipes. Le cadre de référence sur l'éthique devait être développé par des personnes à plusieurs niveaux de l'organisme et être adopté par le conseil d'administration pour par la suite être implanté dans tous les services par du personnel professionnel et de soutien. Il en était ainsi pour plusieurs autres recommandations dont celles reliées au programme qualité, à la gestion des risques, au plan de communication, aux politiques et procédures en matière d'événements sentinelle ainsi que celles concernant les accidents et incidents.

Tableau IV

Synthèse de l'évaluation de la mise en œuvre des recommandations de décembre 2005 par équipe (HAA)

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	État d'avancement
Leadership et partenariat	2.2	Progrès important marqué par des rencontres communautaires, des sondages auprès des usagers, une stratégie médiatique, etc.. Il reste à finaliser le plan et à mesurer son efficacité
	6.2 sévérité élevée (1)	Code d'éthique développé et une formation a été offerte
	6.3	Code d'éthique doit faire l'objet d'une stratégie de communication et d'appropriation par le personnel
	9.1 sévérité élevée (2)	Décision prise d'embaucher un consultant pour développer un plan de gestion des risques
	9.2 sévérité élevée (3)	Des tournées systématiques tous les six mois ont commencé pour identifier les risques
	9.5 sévérité élevée (4)	On a décidé d'établir une structure pour évaluer les résultats de la gestion des risques
	10.1 sévérité élevée (5)	Des politiques et procédures en matière d'événements sentinelle, d'incidents et d'accidents ont été adoptées
	10.2 sévérité élevée (6)	Les politiques et procédures mentionnées à 10.1 couvrent le volet de l'analyse des

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	État d'avancement
		causes souches.
	10.3 sévérité élevée (7)	On évalue la possibilité d'offrir de la formation au personnel sur l'analyse des causes souches
	10.4 sévérité élevée (8)	Les politiques et procédures pour guider les actions du personnel lors d'incidents et accidents ont été adoptées
	12.2	Un processus d'évaluation des contrats a été mis en place
	13.1	On a institué des rencontres trimestrielles pour évaluer les résultats d'indicateurs et de rapports d'activités
	13.2	On a formalisé une structure pour l'amélioration de la qualité
	13.3 sévérité élevée (9)	Malgré ce qui précède, la structure doit assurer l'intégration et la coordination des activités dans ce domaine de la qualité, de la gestion des risques et autres initiatives semblables
	13.4 sévérité élevée (10)	Il y a eu peu de progrès sur le plan des priorités en matière d'activités qualité
	13.5	Peu de progrès observé sur le plan de l'évaluation des résultats en matière de qualité
Gestion de l'environnement	1.1 sévérité élevée (1)	On a commencé à effectuer des tournées d'identification des déficiences
	1.2	Une politique sur l'usage de tabac a été

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	État d'avancement
		développée
	2.1	On a commencé à mettre en place des éléments d'un plan d'entretien préventif des équipements
	2.2	On a commencé à mettre en place des éléments pour gérer l'utilisation sécuritaire des équipements
	2.3 sévérité élevée (2)	On a effectué une première tournée pour identifier les risques des installations physiques
	2.4	On a commencé à mettre en place des systèmes et de l'équipement pour assurer une relève en situation de panne électrique ou autre défaillance
	2.5	Peu de progrès réalisé en matière de formation du personnel sur l'entretien de l'équipement
	4.2 sévérité élevée (3)	Malgré l'ajout de personnel infirmier pour la gestion des infections, peu de progrès a été réalisé dans ce domaine
	4.3 sévérité élevée (4)	On a séparé physiquement les locaux de linge souillé et de linge propre
	4.6 sévérité élevée (5)	Un programme de gestion des infections pour le personnel n'a pas été développé
	4.7 sévérité élevée (6)	Un programme de mise en place des pratiques exemplaires en matière de gestion des infections n'a pas été

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	État d'avancement
		développé
	4.9 sévérité élevée (7)	Un programme de mise en place des meilleures habitudes d'hygiène en matière de gestion des infections n'a pas été développé
	5.2 sévérité élevée (8)	Certaines activités reliées au plan de gestion des désastres ont débuté
	5.3	Le programme de formation du personnel en matière de gestion des désastres a commencé
	5.4 sévérité élevée (9)	Les exercices de sécurité incendie ont commencé
	5.5	Le personnel a reçu de la formation sur les premiers soins
	6.2	Aucun progrès en matière de politiques sur la gestion des matières dangereuses
	7.1	On a développé des indicateurs de performance
	7.3	On n'a pas développé un plan d'action qui identifie les priorités en matière de gestion de l'environnement
Ressources humaines	1.2	Le plan des ressources humaines a été développé
	4.1	On s'assure des compétences et de la certification du personnel
	4.2	Le renouvellement des privilèges des médecins est encadré

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	État d'avancement
	4.3	On a amélioré le pourcentage de validation des compétences avant l'embauche
	5.3	Des politiques et procédures sur la formation continue ont été développées
	5.4	L'évaluation du rendement du personnel a été complétée
	6.3	On a commencé l'exercice de clarifier la structure organisationnelle
	9.1	Des initiatives ont été entreprises pour se doter d'un programme d'aide aux employés
	9.2	Plusieurs activités ont été entreprises pour s'assurer que le personnel est consulté et impliqué dans la prise de décision
	9.4	On a élaboré un processus de sondage de la satisfaction des employés. Il reste à l'établir
	10.1 sévérité élevée (1)	Un comité sur la santé-sécurité a été créé
	10.2 sévérité élevée (2)	Il reste à développer un calendrier d'activités en matière de santé-sécurité pour les employés
Gestion de l'information	1.2	On a embauché un consultant pour faire une analyse de la situation et développer un plan de gestion de l'information
	14.5	Les politiques sur les erreurs de médication et l'analyse des résultats est complétée

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	État d'avancement
Soins de longue durée	3.4 sévérité élevée (1)	Les politiques et procédures sur les événements sentinelle, les incidents et accidents ont été développées
	7.4	La politique sur la gestion de la douleur doit être implantée
	8.1	Des progrès ont été réalisés quant à l'installation de l'appareil de scanographie
	8.5	Il n'y a pas eu d'analyse de l'utilisation des ressources en imagerie médicale
	10.1	Les formulaires de consentement développés pour les soins de courte durée seront adaptés au service de soins de longue durée
	10.4	Des politiques et procédures sur la non-ressuscitation ont été adoptées
	11.5	Le service n'a pas réellement fait de progrès quant à la mise en place d'un cadre de référence en éthique
	11.6	Des politiques et procédures sur la non-ressuscitation ont été adoptées
	11.7	Le service a été sensibilisé sur la procédure de plaintes
	13.3 sévérité élevée (2)	Décision prise d'embaucher un consultant pour développer un plan de gestion des risques
	13.4 sévérité élevée (3)	Aucun progrès sur la préparation en situation d'urgence

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	État d'avancement
	13.5 sévérité élevée (4)	Une ébauche de politique sur la gestion des situations d'agressivité a été faite et est à l'étape de consultation
	13.6 sévérité élevée (5)	Une politique sur les restrictions a été développée. Elle doit être adoptée.
	14.6	Les politiques sur les erreurs de médication et l'analyse des résultats a été complétée
Soins primaires	3.4 sévérité élevée (1)	Les politiques et procédures sur les événements sentinelle, les incidents et accidents ont été développées
	5.3	Certaines brochures sur les services disponibles ont été développées
	7.4	Les glucomètres sont calibrés chaque semaine. La venue prochaine d'un radiologiste va permettre de valider les résultats des radiographies plus facilement
	11.4 sévérité élevée (2)	Le service n'a pas réellement fait de progrès quant à la mise en place d'un cadre de référence pour l'éthique
	11.5	Le service a commencé à être sensibilisé sur la procédure de plaintes
	15.3 sévérité élevée (3)	Les cliniques ont été dotées d'extincteurs chimiques et le personnel a été formé
	15.4	Le personnel a reçu de la formation sur la gestion des cas de patients qui ont des réactions allergiques sévères
	15.5 sévérité élevée	Une ébauche de politique sur la gestion des

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	État d'avancement
	(4)	situations d'agressivité a été faite et est à l'étape de consultation
	16.1 sévérité élevée (5)	Il n'y a eu aucun changement dans le système de distribution de la médication dans les cliniques
	16.2 sévérité élevée (6)	L'équipe a développé un formulaire d'information pour les patients au sujet de la médication et attend l'autorisation des responsables de la pharmacie pour l'implanter
	16.3 sévérité élevée (7)	Aucun programme de formation sur la médication n'a été offert à l'équipe
	16.4 sévérité élevée (8)	Des politiques ont été développées par le service de pharmacie mais elles doivent être adoptées et implantées

La visite d'agrément a eu lieu du 10 au 15 décembre 2006. La HAA a reçu 88 recommandations. Le tableau V montre la performance organisationnelle par dimension de la qualité et indique le nombre de recommandations dont la sévérité est élevée (HAA). Par rapport à décembre 2005, le nombre total de recommandations à diminué d'environ 15 % et celles avec un degré de sévérité élevé de presque 34 % passant de 41 à 26. Dans les dimensions « Réponse aux besoins » et « Milieu de travail », il y a une seule recommandation avec un degré de sévérité élevé.

Tableau V : Performance organisationnelle en fonction des dimensions de la qualité décembre 2006 (HAA)

Dimension de la qualité	Nombre de recommandations	Sévérité élevée
Réponse aux besoins	10	1
Compétence du milieu	55	18
Approche centrée sur le client ou la communauté	15	6
Milieu de travail	8	1
Total	88	26

Le tableau VI indique la performance par équipe par nombre de recommandations avec celles dont le degré de sévérité est élevé. Ici aussi il y a eu progrès dans presque toutes les équipes par rapport à la visite de décembre 2005.

Toutes les équipes ont amélioré leur performance en diminuant les nombres de recommandations et celles avec un degré de sévérité élevé sauf l'équipe « Gestion de l'information ». Le nombre de recommandations est passé de 11 à 18 et celles avec un degré de sévérité élevé de 0 à 5. Les équipes de soins de courte durée (-5), soins primaires (-4) et « Leadership et partenariat » (-5) ont vu diminuer le nombre de recommandations avec un degré de sévérité élevé par au moins 50%.

Tableau VI
Recommandations par équipe, décembre 2006 (HAA)

Nom de l'équipe	Nombre de recommandations	Sévérité élevée
Leadership et partenariat	13	5
Environnement	10	6
Ressources humaines	6	0
Gestion de l'information	18	5
Soins de courte durée	14	2
Soins de longue durée	17	4
Soins primaires	10	4
Total	88	26

Le progrès observé pour l'équipe « Leadership et partenariat » concerne plusieurs de sous-sections comme le démontre le tableau VII. Plusieurs des recommandations de 2005 ne réapparaissent pas dans le rapport 2006 et celles avec un degré de sévérité élevé ont diminué de 10 à 5. Deux nouvelles recommandations ont été faites à cette équipe. Ceci ne signifie pas que la situation s'est nécessairement détériorée, car les visiteurs ont la discrétion d'émettre une recommandation lorsque la cote est de 3 ou 4. Pendant la visite 2005, les cotes des critères 5.5, 7.1 et 7.5 étaient respectivement 4,5 et 5 ce qui signifie qu'il y aurait eu détérioration pour les critères 7.1 et 7.5 seulement.

Tableau VII
 Comparaison des recommandations par critère et degré de sévérité entre 2005 et 2006
 par équipe (HAA)

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	Visite 2005		Visite 2006	
		Recommandation	Sévérité élevée	Recommandation	Sévérité élevée
Leadership et partenariat	2.2	Oui	Non	Oui	Non
	5.5	Non	Non	Oui	Non
	6.2	Oui	Oui	Non	Non
	6.3	Oui	Non	Oui	Oui
	7.1	Non	Non	Oui	Non
	7.5	Non	Non	Oui	Non
	9.1	Oui	Oui	Non	Non
	9.2	Oui	Oui	Non	Non
	9.5	Oui	Oui	Oui	Oui
	10.1	Oui	Oui	Non	Non
	10.2	Oui	Oui	Non	Non
	10.3	Oui	Oui	Non	Non
	10.4	Oui	Non	Oui	Oui
	12.2	Oui	Oui	Oui	Oui
	13.1	Oui	Non	Oui	Oui
	13.2	Oui	Non	Oui	Non
	13.3	Oui	Oui	Oui	Oui
	13.4	Oui	Oui	Oui	Non
13.5	Oui	Non	Oui	Non	
Total		16	10	13	5

Il n'y a eu aucune nouvelle recommandation émise en 2006 pour l'équipe de gestion de l'environnement (voir le tableau VII-A). D'une visite à l'autre, le nombre de recommandation a diminué de 19 à 10 et celles avec un degré de sévérité élevé de 9 à 6.

Tableau VII-A
 Comparaison des recommandations par critère et degré de sévérité entre 2005 et 2006
 par équipe (HAA)

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	Visite 2005		Visite 2006	
		Recommandation	Sévérité élevée	Recommandation	Sévérité élevée
Gestion de l'environnement	1.1	Oui	Oui	Oui	Non
	1.2	Oui	Non	Oui	Non
	2.1	Oui	Non	Oui	Oui
	2.2	Oui	Non	Non	Non
	2.3	Oui	Oui	Non	Non
	2.4	Oui	Non	Non	Non
	2.5	Oui	Non	Non	Non
	4.2	Oui	Oui	Oui	Oui
	4.3	Oui	Oui	Non	Non
	4.6	Oui	Oui	Non	Non
	4.7	Oui	Oui	Non	Non
	4.9	Oui	Oui	Non	Non
	5.2	Oui	Oui	Oui	Oui
	5.3	Oui	Non	Non	Non
	5.4	Oui	Oui	Oui	Oui
	5.5	Oui	Non	Oui	Oui
	6.2	Oui	Non	Oui	Oui
	7.1	Oui	Non	Oui	Non
	7.3	Oui	Non	Oui	Non
Total		19	9	10	6

L'équipe de gestion des ressources humaines a vu le nombre des recommandations qui la concernaient diminuer de 50% en 2006 et aucune des recommandations émises par suite de cette visite n'avait un degré de sévérité élevé.

Tableau VII-B
 Comparaison des recommandations par critère et degré de sévérité entre 2005 et 2006
 par équipe (HAA)

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	Visite 2005		Visite 2006	
		Recommandation	Sévérité élevée	Recommandation	Sévérité élevée
Gestion des ressources humaines	1.2	Oui	Non	Oui	Non
	4.1	Oui	Non	Non	Non
	4.2	Oui	Non	Non	Non
	4.3	Oui	Non	Oui	Non
	5.3	Oui	Non	Non	Non
	5.4	Oui	Non	Non	Non
	6.3	Oui	Non	Non	Non
	9.1	Oui	Non	Oui	Non
	9.2	Oui	Non	Non	Non
	9.4	Oui	Non	Oui	Non
	10.1	Oui	Oui	Oui	Non
	10.2	Oui	Oui	Oui	Non
Total		12	2	6	0

La situation était différente pour l'équipe de gestion de l'information car le nombre de recommandations dans ce cas est passé de 11 à 18 et celles avec un degré de sévérité élevé de 0 à 5.

Tableau VII-C
 Comparaison des recommandations par critère et degré de sévérité entre 2005 et 2006
 par équipe (HAA)

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	Visite 2005		Visite 2006	
		Recommandation	Sévérité élevée	Recommandation	Sévérité élevée
Gestion de l'information	1.2	Oui	Non	Oui	Non
	1.3	Oui	Non	Oui	Non
	1.4	Oui	Non	Oui	Non
	2.1	Oui	Non	Oui	Non
	2.2	Oui	Non	Oui	Non
	2.3	Oui	Non	Oui	Non
	3.1	Non	Non	Oui	Non
	3.3	Non	Non	Oui	Non
	3.4	Non	Non	Oui	Non
	5.2	Oui	Non	Oui	Oui
	6.1	Oui	Non	Oui	Non
	6.3	Oui	Non	Oui	Non
	6.4	Non	Non	Oui	Non
	7.1	Non	Non	Oui	Oui
	7.2	Oui	Non	Oui	Oui
	8.1	Non	Non	Oui	Oui
	8.3	Oui	Non	Oui	Non
8.5	Non	Non	Oui	Oui	
Total		11	0	18	5

L'équipe des soins de courte durée a vu le nombre des recommandations qui la concernaient diminuer de 19 à 14 et celles avec un degré de sévérité élevé de 7 à 2. Quatre nouvelles recommandations ont été émises dont deux avec un degré de sévérité élevé. Les critères auxquels sont rattachées ces nouvelles recommandations

(2.4, 4.3, 9.3 et 11.6) avaient tous des cotes de 4 lors de la visite 2005 ce qui signifie que la situation ne s'était pas nécessairement détériorée.

Tableau VII-D

Comparaison des recommandations par critère et degré de sévérité entre 2005 et 2006 par équipe (HAA)

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	Visite 2005		Visite 2006	
		Recommandation	Sévérité élevée	Recommandation	Sévérité élevée
Soins de courte durée	2.3	Oui	Non	Oui	Non
	2.4	Non	Non	Oui	Non
	3.4	Oui	Oui	Oui	Non
	3.5	Oui	Non	Non	Non
	4.3	Non	Non	Oui	Non
	5.2	Oui	Non	Non	Non
	6.3	Oui	Non	Non	Non
	7.4	Oui	Non	Non	Non
	8.1	Oui	Non	Oui	Non
	8.5	Oui	Non	Oui	Non
	9.3	Non	Non	Oui	Non
	10.4	Oui	Non	Non	Non
	11.4	Oui	Non	Oui	Non
	11.5	Oui	Non	Non	Non
	11.6	Non	Non	Oui	Non
	13.3	Oui	Oui	Non	Non
	13.4	Oui	Oui	Oui	Oui
	13.5	Oui	Oui	Oui	Non
	13.6	Oui	Oui	Oui	Non
	14.1	Oui	Oui	Non	Non
14.2	Oui	Oui	Oui	Oui	
14.4	Oui	Non	Non	Non	

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	Visite 2005		Visite 2006	
		Recommandation	Sévérité élevée	Recommandation	Sévérité élevée
	14.5	Oui	Non	Non	Non
	15.2	Non	Non	Oui	Non
Total		19	7	14	2

L'équipe de soins de longue durée a vu le nombre des recommandations qui la concernaient s'accroître de trois et le nombre de celles avec un degré de sévérité élevé diminuer de un. En fait ce changement est en grande partie dû à cinq nouvelles recommandations faites pour la norme 1 et 2. Ces normes concernent la connaissance et les besoins de la clientèle. Ces critères étaient cotés à 4 lors de la visite de 2005.

Tableau VII-E

Comparaison des recommandations par critère et degré de sévérité entre 2005 et 2006 par équipe (HAA)

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	Visite 2005		Visite 2006	
		Recommandation	Sévérité élevée	Recommandation	Sévérité élevée
Soins de longue durée	1.1	Non	Non	Oui	Non
	1.2	Non	Non	Oui	Non
	1.3	Non	Non	Oui	Non
	2.3	Non	Non	Oui	Non
	2.4	Non	Non	Oui	Non
	3.4	Oui	Oui	Non	Non
	6.7	Non	Non	Oui	Non
	7.4	Oui	Non	Non	Non
	8.1	Oui	Non	Oui	Non
	8.5	Oui	Non	Oui	Non

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	Visite 2005		Visite 2006	
		Recommandation	Sévérité élevée	Recommandation	Sévérité élevée
	9.2	Non	Non	Oui	Non
	9.5	Non	Non	Oui	Non
	10.1	Oui	Non	Oui	Oui
	10.4	Oui	Non	Oui	Oui
	11.4	Non	Non	Oui	Non
	11.5	Oui	Non	Non	Non
	11.6	Oui	Non	Non	Non
	11.7	Oui	Non	Non	Non
	12.4	Non	Non	Oui	Non
	13.3	Oui	Oui	Non	Non
	13.4	Oui	Oui	Non	Non
	13.5	Oui	Oui	Oui	Oui
	13.6	Oui	Oui	Oui	Non
	14.5	Non	Non	Oui	Oui
	14.6	Oui	Non	Non	Non
Total		14	5	17	4

Enfin, l'équipe des soins primaires a reçu deux recommandations de moins en 2006 et celles avec un degré de sévérité élevé avaient diminué de 50%. Deux nouvelles recommandations ont été émises pour les critères 7.2 et 13.2. Lors de la visite 2005 ces critères étaient cotés à 4 et 5 respectivement.

Tableau VII-F : Comparaison des recommandations par critère et degré de sévérité entre 2005 et 2006 par équipe (HAA)

Nom de l'équipe	Critère de la recommandation	Visite 2005		Visite 2006	
		Recommandation	Sévérité élevée	Recommandation	Sévérité élevée
Soins primaires	3.4	Oui	Non	Non	Non
	5.3	Oui	Non	Oui	Non
	7.2	Non	Non	Oui	Oui
	7.4	Oui	Oui	Non	Non
	11.4	Oui	Oui	Oui	Non
	11.5	Oui	Non	Non	Non
	13.2	Non	Non	Oui	Non
	15.3	Oui	Oui	Oui	Non
	15.4	Oui	Non	Oui	Non
	15.5	Oui	Oui	Oui	Non
	16.1	Oui	Oui	Oui	Oui
	16.2	Oui	Oui	Oui	Oui
	16.3	Oui	Oui	Non	Non
	16.4	Oui	Oui	Oui	Oui
Total		12	8	10	4

1.3 Questionnaires individuels (HAA)

Les questionnaires ont été remplis par les 37 personnes qui ont participé activement aux équipes d'agrément. Toutes les personnes qui ont répondu à ce questionnaire ont fait partie des équipes d'agrément. Les équipes « Leadership et partenariat », « Gestion de l'information » et « Gestion des ressources humaines » et une équipe de soins avaient une personne de l'extérieur parmi leurs membres. Dans le cas de l'équipe de soins, cette personne était un médecin qui exerce uniquement en clinique privée. Cinq à sept personnes faisaient partie de plus d'une équipe.

Le questionnaire contenait 105 questions divisées en six catégories : 1) conditions favorables au changement; 2) caractéristiques et éléments du changement; 3) apprentissage organisationnel; 4) type d'organisme et type d'accréditation; 5) la perception de votre participation; 6) renseignements personnels.

Ce questionnaire suit les étapes du cycle de l'agrément et présente les questions dans l'ordre suivant :

Section 1 : *i)* se renseigner; *ii)* se préparer

Section 2 : *iii)* autoévaluation; *iv)* planifier et tenir la visite; *v)* utiliser le rapport; *vi)* apporter des améliorations

Les quatre premières sections étaient mesurées avec une échelle de Likert à cinq niveaux et une case « ne sait pas/sans objet ». Dans la cinquième section, le répondant devait faire un choix « oui/non » et une question portait sur sa position initiale face à l'agrément. Dans cette question, le répondant avait le choix entre six catégories progressant entre un appui actif à une position indifférente. La dernière série de questions visait à identifier la profession d'origine, l'équipe d'agrément d'appartenance et l'entrée en fonction de la personne dans l'organisme.

Pour faciliter la présentation, les réponses ont été regroupées sous trois échelles, la première comprend les répondants fortement en désaccord et légèrement en désaccord (négatif), la deuxième, ni en accord ni en désaccord (neutre) et enfin légèrement ou fortement en accord (positif).

Le tableau VIII présente les 23 questions de cette première session qui porte sur les conditions favorables au changement, les pourcentages des réponses obtenues en fonction des catégories expliquées ci-dessus et les mots-clés et liens avec le modèle d'analyse. Les pourcentages ne totalisent pas nécessairement 100 %, car il faut tenir compte que certains ont répondu « ne sait pas/sans objet » pour certaines questions. Ces réponses ne sont pas comptabilisées dans ces tableaux. Elles sont habituellement négligeables.

Tableau VIII
Résultats de la section sur les conditions favorables au changement (HAA)

Question	Négatif en %	Neutre en %	Positif en %	Mots clés et lien avec modèle d'analyse
1) La raison principale pour laquelle votre organisme a participé à l'agrément a été l'amélioration des services.	6	0	94	Vision, capacité réflexive, prise de décision
2) Vous avez participé à la décision d'adhérer au programme d'agrément.	16	16	57	Participation à la prise de décision.
3) Au moment d'adhérer au programme, le niveau de connaissances sur l'agrément était élevé.	59	5	27	Niveau de connaissance
4) Les informations que vous avez reçues confirmaient ce que vous connaissiez sur l'agrément.	25	5	60	Capacité réflexive, informations reçues sur programme
5) Vous avez été favorable à l'idée de participer à l'agrément.	0	3	92	Capacité réflexive, position favorable à l'idée de participer à l'agrément
6) Au moment d'adhérer au programme, vous perceviez l'agrément comme un moyen d'améliorer la qualité des services	8	3	89	L'agrément outil d'amélioration
7) Vous étiez convaincu que le moment d'adhérer au programme était opportun.	32	5	54	Moment opportun, adhésion
8) Vous disposiez de l'autonomie pour décider de participer au programme d'agrément.	38	11	38	Autonomie de décision
9) Vous aviez envisagé les enjeux de l'agrément pour votre organisme.	8	5	62	Enjeux, capacités cognitives des acteurs
10) Vous aviez envisagé que l'agrément pourrait être une source de changement pour votre organisme.	0	3	95	Vision, nouveaux modèles
11) Vous avez discuté de l'agrément avec d'autres collègues.	3	5	87	Vision, nouveaux modèles discussions avec les pairs
12) Vous aviez anticipé que l'agrément aurait des répercussions sur votre pratique.	16	8	73	Capacité réflexive
13) La préparation a impliqué l'ensemble des employés de votre service.	14	5	76	Implication des employés
14) La direction avait une vision claire afin d'améliorer la qualité des services.	8	14	70	Vision claire
15) Une stratégie de communication adéquate a été adoptée au sein de l'établissement pour expliquer le déroulement du processus.	3	5	83	Stratégie de communication, stratégie de diffusion
16) La direction a su mobiliser les employés autour du processus de l'agrément.	16	3	81	Stratégie de mobilisation
17) Les personnes responsables de l'agrément étaient bien préparées pour le faire.	33	13	49	Compétences, acteurs-clés
18) Les membres des équipes étaient bien préparés pour accomplir les tâches exigées liées à l'agrément.	19	5	73	Formation, équipes
19) Des incitatifs ont été mis en place pour encourager les efforts des personnes impliquées dans l'agrément.	70	5	19	Incitatifs
20) La stratégie pour mobiliser les membres des équipes et les autres participants au programme d'agrément était appropriée.	19	19	57	Mobilisation
21) Les ressources (humaines, matériels, financières) ont été suffisamment disponibles.	30	13	54	Ressources
22) La direction a élaboré un plan d'action adéquat afin de mettre en œuvre le processus d'agrément.	11	5	76	Plan d'action
23) Vous avez participé régulièrement aux activités de formation sur les étapes de l'agrément.	10	0	90	Participation, séances de formation, mobilisation

La raison principale pour laquelle la HAA a entrepris l'agrément était l'amélioration des services (95 %) et cette perception était partagée (89 %). Plus de neuf personnes sur dix (92 %) étaient favorables à cette idée. Les répondants étaient d'avis dans une proportion de 70 % que la direction avait une vision claire afin d'améliorer la qualité des services. Plus de la majorité (57 %) ont participé à la décision d'adhérer au programme bien que leurs connaissances à ce sujet au moment de cette prise de décision étaient limitées (27 %). Les répondants n'étaient pas certains d'avoir l'autonomie nécessaire pour prendre cette décision.

Sur le plan du changement, l'agrément était perçu comme un moyen ayant un tel potentiel (94 %). L'agrément a été discuté avec les collègues (87 %) et la préparation a impliqué les employés (76 %) de leur service. Une stratégie de communication a été mise en place (83 %). Les membres des équipes étaient bien préparés pour accomplir les tâches (73 %) et ceci est un pourcentage plus élevé que pour les personnes responsables du projet (48 %).

La stratégie de mobilisation était appropriée (57 %), les ressources disponibles (54 %) mais il y a eu peu d'incitatifs pour encourager les personnes à entreprendre et à s'impliquer dans la démarche (19 %).

La prochaine section du questionnaire (questions 24 à 53) portait sur les caractéristiques et éléments du changement et correspondait aux étapes « autoévaluation », « planifier et tenir la visite », « utiliser le rapport » et enfin « apporter des changements » du cycle d'agrément. Les résultats sont présentés au tableau IX.

Tableau IX
 Résultats de la section sur les caractéristiques et éléments du changement qui correspondent aux étapes « Autoévaluation », « Planifier et tenir la visite », « Utiliser le rapport » et « Apporter des améliorations » du cycle d'agrément (HAA)

Question	Négatif en %	Neutre en %	Positif en %	Mots clés et lien avec modèle d'analyse
24) Votre équipe a utilisé adéquatement les outils d'auto-évaluation (les normes, le logiciel, le glossaire).	6	0	86	Stratégie de formation
25) Le travail en équipe a encouragé des discussions ouvertes sur la qualité des services.	3	0	95	Travail en équipe, partage de connaissances intragroupe, apprentissage de groupe
26) Vous avez partagé des idées avec les autres équipes	0	0	97	Partage de connaissances tacites intergroupes
27) Pour réaliser l'autoévaluation, les dimensions de la qualité ont aidé vos équipes à mieux comprendre les critères qui accompagnent les normes.	0	3	94	Conceptualisation
28) Les normes du programme d'agrément ont aidé votre organisme à identifier les lacunes.	0	0	100	Conception et compréhension.
29) Vous avez individualisé des priorités pour résoudre les lacunes identifiées.	0	0	97	Conception et compréhension.
30) Le processus d'autoévaluation a entraîné des changements pour remédier les lacunes.	0	0	100	Action et changement
31) Vous avez participé activement à l'auto-évaluation	0	0	94	Motivation et incitatifs.
32) Votre équipe a élaboré des plans d'amélioration adéquats par suite de l'autoévaluation.	0	3	94	Amélioration, stratégies d'action, conception et compréhension
Au cours de la préparation à la visite : 33) Le travail effectué par les membres de votre équipe a été reconnu au sein de votre établissement.	8	5	84	Reconnaissance du travail d'équipe
34) Tous les employés du service ont adhéré à la démarche.	8	8	73	Implication, stratégie de mobilisation et leadership
35) Des modifications dans l'organisation de votre service ont été mises en place.	6	5	86	Modification, organisation du travail et adaptation de la démarche
36) Des changements dans la structure organisationnelle ont eu lieu.	6	11	78	Changement de structure, transformations de l'organisme
37) Une réflexion sur la mise en place d'objectifs concernant la qualité a été menée.	3	0	84	Réflexion, objectifs, conception et compréhension
38) Des indicateurs de performance en matière de qualité ont été déterminés.	0	0	95	Indicateurs de performance, transformations stratégiques

Tableau IX-A

Résultats de la section sur les caractéristiques et éléments du changement qui correspondent aux étapes « Autoévaluation », « Planifier et tenir la visite », « Utiliser le rapport » et « Apporter des améliorations » du cycle de l'agrément (HAA)

Question	Négatif en %	Neutre en %	Positif en %	Lien avec modèle théorique
39) Le travail entrepris dans votre service a été mieux reconnu au sein de l'établissement.	8	8	79	Reconnaissance interne
40) Une réflexion concernant la continuité des soins a été menée avec d'autres services.	0	5	92	Continuité des soins
41) Des procédures de prise en charge communes à plusieurs services ont été mises en place.	0	5	84	Pratiques transversales
42) Les dimensions de la qualité suggérées ont permis à votre organisme de mieux comprendre ce qu'on entend par la « qualité ».	0	0	100	Cadre conceptuel, dimensions qualité, connaissances
43) Au cours de la visite, les visiteurs vous ont permis de prendre conscience de l'importance du processus d'agrément.	0	0	100	Partage de connaissances tacites
44) La visite s'est avérée une expérience positive pour votre organisme.	0	0	95	Visite, expérience positive, partage de connaissances
45) La visite a permis de renforcer les liens avec la communauté.	3	5	92	Renforcement, communauté, transformations des relations
46) La visite a permis de renforcer les liens avec les patients.	3	5	89	Renforcements, patients, transformations de l'organisme
47) Les recommandations ont été partagées avec tous les membres des équipes.	0	0	97	Recommandations partagées, conceptualisation, cristallisation
48) Suite aux recommandations, des changements ont été apportés dans votre service.	0	0	95	Transformations de l'organisme
49) Les recommandations ont constitué d'importants agents de changement dans votre organisme.	0	3	97	Transformations de l'organisme
50) Les recommandations vous permettent de prioriser les mesures à prendre par rapport à chaque dimension de la qualité.	0	0	92	Prioriser, stratégies d'action
51) Vos suggestions concernant l'amélioration de services ont été prises en considération.	0	0	97	Considération, employés, leadership démocratique
52) Après le travail entrepris, les clients ont apprécié les services fournis.	5	8	78	Reconnaissance, patients, transformations des relations
53) Vous avez célébré les succès obtenus pendant l'agrément.	3	3	89	Succès, leadership

Les équipes ont bien utilisé les outils d'autoévaluation (86 %), le travail d'équipe a encouragé les discussions sur la qualité des services (95 %) et des idées ont été échangées avec les autres équipes. Le cadre conceptuel du programme avec les dimensions de la qualité a aidé la compréhension des normes et des critères (94 %) et les normes ont permis d'identifier les lacunes de l'organisme (100 %). Les priorités ont été individualisées pour résoudre les lacunes (97 %) et le processus d'autoévaluation a entraîné des changements (100 %). La participation à cet exercice a été majoritaire (94 %) et les équipes ont élaboré des plans d'améliorations (94 %).

Au cours de la préparation pour la visite le travail a été reconnu (84 %), les employés y ont adhéré (73 %), des modifications ont été implantées dans les services (86 %), des changements dans la structure (78 %), une réflexion sur les objectifs a eu lieu (84 %) et des indicateurs de performance ont été déterminés (95 %).

Cela a entraîné une réflexion sur la continuité des services (92 %) et des procédures communes ont été instituées (84 %). Les dimensions de la qualité ont permis de comprendre ce qu'est la qualité (100 %) et la visite de prendre conscience de l'importance du processus (100 %). La visite a été une expérience constructive (95 %) et a permis de renforcer les liens avec la communauté (92 %) et les patients (89 %).

Les recommandations ont été partagées avec les membres de l'équipe (97 %) et ont engendrées dans changements dans les services (95 %). Elles ont constitué des agents de changements (97 %) et les suggestions d'amélioration ont été écoutées (97 %). Le travail été apprécié par la communauté (78 %) et les succès célébrés (89 %).

La troisième section (questions 55 à 75) porte sur les apprentissages organisationnels. Les résultats sont présentés au tableau X.

Tableau X
Résultats de la section sur l'apprentissage organisationnel (HAA)

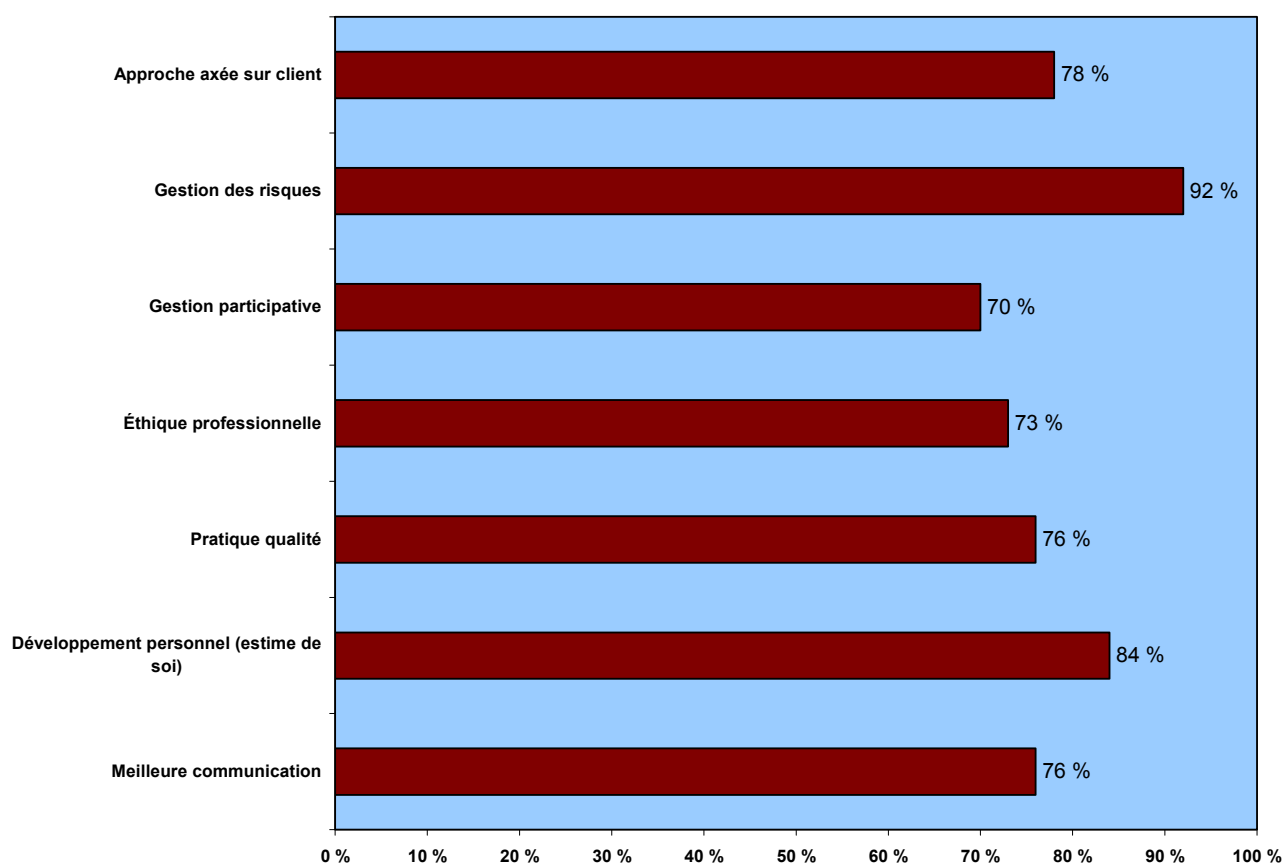
Question	Négatif en %	Neutre en %	Positif en %	Mots clés et lien avec modèle d'analyse
54) L'agrément est une source d'acquisition des « nouvelles façons » de faire les choses (nouvelles connaissances, nouvelles façons de raisonner, nouvelles habiletés et pratiques)	3	0	67	Apprentissage individu, équipe et organisme
Les nouvelles acquisitions concernent :				
55) La prise en charge du patient (l'approche axée sur le client).	3	8	78	Changement de pratiques, apprentissage individuel
56) La gestion de risques.	0	0	92	Apprentissage individuel
57) La gestion participative (démocratique).	6	8	70	Apprentissage individuel
58) L'éthique professionnelle.	19	5	73	Apprentissage individuel
59) Des pratiques « qualité » mises en place dans les établissements similaires.	8	0	76	Apprentissage individuel
60) Une meilleure communication (formelle / informelle).	19	0	76	Amélioration de la communication
61) Le développement personnel, l'estime de soi et l'amour propre.	8	3	84	Transformations de l'organisme et réseautage
62) Les « nouvelles façons » de faire ont en quelque sorte modifié les normes sociales (la culture organisationnelle).	8	3	87	Transformations de l'organisme et réseautage
63) Les « nouvelles façons » de faire viennent modifier l'équilibre entre les individus et entre certains groupes.	5	8	82	Changement de relations et réseautage
64) Vous avez mieux résolu les situations problématiques identifiées à l'aide des pratiques spécifiques au processus de l'agrément.	3	5	84	Transformations stratégiques et réseautage
65) L'agrément a permis à tous les employés de votre service d'acquérir de nouvelles connaissances concernant l'amélioration des services offerts aux patients.	8	3	84	Partage de connaissances
66) Vous avez utilisé les connaissances acquises pour améliorer la qualité des services offerts aux patients.	0	3	92	Transformations de l'organisme et application des connaissances
67) Les séances de formation ont été des occasions d'acquérir de nouvelles connaissances.	0	0	95	Stratégie de formation et apprentissage
68) Le travail en équipe pendant l'autoévaluation a été enrichissant.	0	0	97	Apprentissage individu et groupe
69) L'interaction entre les équipes et les visiteurs a été formative.	5	3	87	Partage de connaissance
70) Les nouvelles connaissances et pratiques ont permis en fin de compte d'améliorer les services dans votre secteur d'activité.	0	0	97	Réseautage et amélioration des services
71) L'organisme a efficacement intégré les nouvelles connaissances et pratiques.	5	0	95	Transformation et adaptation
72) Vous avez amélioré la qualité des services à l'aide de nouvelles connaissances et pratiques.	0	0	97	Transformation de l'organisme et réseautage
73) L'agrément a permis à tout l'organisme de mieux se préparer aux changements inévitables qui peuvent survenir dans l'évolution d'un organisme.	0	0	100	Apprentissage organisationnel et réseautage
Note : Les questions 74 et 75 ont une autre échelle de mesure.				

Les résultats au tableau X indiquent que la démarche d'agrément a été perçue comme une source de nouvelles connaissances, de nouvelles façons de raisonner et un moyen

d'acquérir de nouvelles habiletés et pratiques (67 %), de nouvelles façons de faire les choses (87 %), de mieux résoudre des problèmes (84 %) et ces connaissances ont été utilisées pour améliorer la qualité des services offerts (92 %).

Les séances de formations ont été l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances (95%), le travail d'équipes a été enrichissant (97 %), l'interaction avec les visiteurs formative (87 %), l'organisme a bien intégré les nouvelles connaissances (95 %) et elles ont permis d'améliorer la qualité des services (97 %). Enfin, l'organisme est mieux préparé à faire face aux changements qui peuvent survenir dans son évolution (100 %).

Figure 1
Les nouvelles acquisitions perçues par les répondants (HAA)



Comme l'illustre la figure 1, l'agrément a permis de développer de meilleures communications (76 %), a encouragé le développement personnel, a suscité l'estime de soi et l'amour propre (84 %). Ainsi, 78 % des répondants pensaient avoir fait des acquisitions de connaissances sur le plan de l'approche axée sur le client et 92 % sur le plan de la gestion des risques.

Le tableau XI présente les résultats pour la question 75. On y constate encore une fois l'importance de la phase de l'autoévaluation. Elle est perçue comme la plus valable des étapes du cycle d'agrément.

Tableau XI
Résultats pour la question 75 - Apprentissage organisationnel (HAA)

Question : À quelle étape de l'accréditation avez-vous acquis les connaissances les plus utiles ?		
Étape	Nombre	%
Pendant la préparation	4	10,5
Pendant l'autoévaluation	21	57,0
Pendant la visite	5	14,0
Utilisation du rapport	3	8,0
Suivi aux recommandations	4	10,5
Total	37	100

Le tableau XII présente les résultats sur le changement organisationnel, type d'organisme et type d'agrément. La démarche aurait permis de développer des valeurs partagées par l'ensemble des participants (94 %) et de mieux travailler avec les partenaires (95 %). Pour ce qui est de mieux répondre aux besoins de la population (94 %), de mieux utiliser (87 %) et d'acquérir des ressources (90 %), les résultats sont semblables. Sur le plan de l'évaluation des services, la démarche a permis de faire des apprentissages à ce niveau (100 %).

L'agrément a permis d'avoir plus d'autonomie dans le travail (86 %), a créé un meilleur climat (90 %) et a été appuyé par la direction (100 %).

On est majoritairement d'avis que l'agrément obligatoire peut mener à l'échec (52 %), l'approche volontaire est perçue comme augmentant les chances de réussite (83 %) et la fierté d'y participer (97 %). Les répondants sont d'avis que malgré les efforts à consentir, l'agrément en vaut la peine (97 %).

Tableau XII
Résultats sur le changement organisationnel, type d'organisme et type d'agrément (HAA)

Question	Négatif en %	Neutre en %	Positif en %	Mots clés et lien avec modèle d'analyse
76) L'agrément a permis de développer des valeurs partagées par l'ensemble des participants.	0	3	94	Transformations stratégiques
77) L'agrément a permis de mieux utiliser les ressources de l'établissement.	0	5	87	Transformations de l'organisme
78) L'agrément a permis de mieux répondre aux attentes de la population.	3	0	94	Enjeux et transformations des relations entre l'organisme et son environnement
79) L'agrément a contribué à développer le travail en réseau avec les autres partenaires du système de soins.	0	3	95	Transformations des relations et réseautage
80) L'agrément permet à l'établissement d'acquérir plus de ressources	0	5	90	Transformations stratégiques
81) Pendant l'agrément, vous avez été en mesure de mieux évaluer la qualité de services offerts aux patients.	0	0	100	Transformations stratégiques
82) L'agrément vous a permis d'avoir plus d'autonomie dans votre travail.	0	3	86	Transformations de l'organisme
83) L'agrément a créé un climat positif dans votre organisme.	0	5	90	Transformations des relations et Adhésion volontaire
84) La direction vous a fortement encouragé à participer à l'agrément.	0	0	100	Stratégie d'action et diffusion
85) Rendre l'agrément obligatoire peut mener à l'échec de l'implantation du programme.	29	14	52	Participation volontaire à l'agrément
86) La participation volontaire à l'agrément accroît les chances d'implanter une telle démarche avec succès.	6	8	83	Participation volontaire
87) Vous êtes convaincu que la participation volontaire assure un climat positif de travail.	6	3	83	Participation volontaire
88) En participant volontairement à l'agrément, vous vous sentez fiers de votre rendement au niveau de la qualité des services.	0	3	97	Participation volontaire
89) Malgré les efforts que l'agrément exige, vous pensez que cela en vaut la peine.	0	3	97	Motivation et engagement

La section 5 porte sur la perception de la participation. Elle était divisée en trois sous-sections. La première demandait aux participants de décrire leur position face à l'agrément au début de la démarche. Par la suite on leur demandait s'ils considéraient avoir contribué ou non au processus. Selon leur réponse, on leur demandait leur motivation. Ils pouvaient alors cocher plus d'une réponse.

On constate dans le tableau XIII que les participants appuyaient la démarche. Aucune personne ne s'y opposait passivement ou activement, mais 24 % y étaient indifférents.

Tableau XIII
Résultats pour la question 90 (HAA)

Position	%
Appui actif (très actif)	51
Ambivalent (parfois favorable, parfois défavorable)	14
Appui passif (réservé)	0
Indifférent (impassible)	24
Opposant passif	3
Opposant actif (hostile)	0
Pas de réponse	8

Le tableau XIV porte sur la perception de la participation. La très forte majorité a eu l'impression d'avoir contribué (97 %). Les répondants ont considéré la volonté d'apprendre (92 %) et d'améliorer les pratiques (92 %) comme étant les motifs les plus importants de leur participation.

Tableau XIV
Résultats sur la perception de la participation (HAA)

Question	Réponse			Mots clés et lien avec modèle d'analyse
	Oui %	Non %	Pas de réponse %	
91) Est-ce que vous avez l'impression d'avoir contribué au processus d'agrément ?	97	0	3	Leadership, compétences spécifiques et stratégie d'adhésion
Si oui , votre motivation de participer relève plus de :				Nature du changement et stratégie d'action
92) La volonté d'apprendre	92		8	Stratégies d'action et accroissement des connaissances individuelles
93) L'obligation d'y participer	38	22	40	Obligation
94) La nécessité de faire comme les autres	16	24	60	Conditions facilitantes
95) La volonté de participer à la défense des intérêts de l'hôpital	32	14	54	Valorisation constante par les promoteurs
96) La volonté d'améliorer les pratiques	92	0	8	Conception, compréhension et accroissement des connaissances

Si « non », votre non-participation peut-être caractérisée par :	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non participation
97) Un manque d'intérêt	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non participation
98) Un manque de temps	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non participation
99) Un sentiment de ne pas être concerné	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non participation
100) Un refus délibéré d'y participer	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non participation
101) Une absence de proposition d'y participer	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non participation
102) Une certaine appréhension concernant les enjeux	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non participation

Enfin, la dernière section, tableau XV portait sur les renseignements personnels. La très grande majorité des répondants était des médecins ou des infirmières. La majorité faisait partie des équipes de soins ce qui est normal étant donné le nombre d'équipes dans cette catégorie. L'ancienneté dans l'établissement est élevée.

Tableau XV
Renseignements personnels (HAA)

Profession	Nombre
Médecin	4
Professionnel administratif	7
Personnel de support	2
Infirmière	6
Professionnel clinique	7
Autre	8
Aucune réponse	3
Total	37

Équipe d'agrément	Nombre
Leadership et partenariat	2
Gestion de l'environnement	4
Gestion des ressources humaines	2
Gestion de l'information	6
Équipe de soins	22
Autre	1
Aucune réponse	0
Total	37

Note : Des personnes faisaient partie de plus d'une équipe et se seraient inscrites comme faisant partie de l'équipe avec laquelle elles se trouvaient au moment de remplir le questionnaire.

Expérience de travail dans cet établissement	Nombre
0-5 ans	23
6-10 ans	6
11-15 ans	1
16-20 ans	1
21 ans et plus	2
Aucune réponse	4
Total	37

Note : Cette question a porté à confusion. La HAA est en place depuis moins de 5 ans. Les personnes qui ont indiqué qu'elles y travaillaient depuis plus de 5 ans travaillaient possiblement dans les établissements qui existaient avant la création du HAA. Celles qui n'ont pas répondu sont des membres qui ne travaillent pas dans l'organisme.

1.4 Entretiens semi-structurés (HAA)

Les entretiens semi-structurés se sont déroulés au cours du mois de décembre 2006 à Anguilla sauf un qui a eu lieu à Ottawa en novembre avec le chercheur et la chef d'équipe des projets nationaux et internationaux d'Agrément Canada. Le point de vue de cette personne était considéré important puisqu'elle était le lien officiel entre la HAA et Agrément Canada depuis l'adhésion de cet organisme au programme d'agrément.

Le chercheur a voulu séparer cet entretien des autres pour deux motifs. Le premier est que c'est cette personne qui allait mener les autres entretiens semi-structurés en décembre à Anguilla. La deuxième raison est qu'il ne voulait pas que l'opinion de cette personne soit influencée par ce qu'elle entendrait lors de ces entretiens. Il tenait à tenir cet entretien avant les autres.

Au total, dix personnes ont été rencontrées, les sept chefs d'équipes, le directeur général, la coordonnatrice de l'agrément de la HAA et la chef d'équipe des projets nationaux et internationaux d'Agrément Canada. Le contenu d'une des cassettes

d'entretien avec une des chefs d'équipe a été endommagé pendant le voyage. L'enregistrement a été rendu inutilisable.

Le questionnaire de référence pour ces entretiens est à l'annexe III. Il a été administré en anglais. Tous les entretiens ont duré entre 45 et 55 minutes. Ils ont été enregistrés sur cassettes audio. Par la suite, le contenu a été dactylographié et transcrit dans des documents Words^{mc}.

Le chercheur a validé le contenu des cassettes et s'est assuré de la précision des mots qui n'avaient pas été bien compris par la transcriptrice. L'accent angoumois peut parfois poser des difficultés pour une personne qui n'est pas familière avec cette variante de l'anglais. Cette familiarité s'acquiert assez rapidement pour une personne qui maîtrise la langue anglaise.

Les données ont été codées à partir d'une liste de codification développée en fonction du modèle d'analyse et aussi du questionnaire de référence des entretiens semi-structurés. Par la suite elles ont été revues par une tierce personne qui n'avait aucune connaissance de la liste de code utilisée. Cette révision a permis certains ajustements. Le chercheur a par la suite finalisé la codification des données en fonction de quatre grandes catégories : 1) l'étape de la prise de décision de participer au programme d'agrément; 2) le changement organisationnel; 3) l'apprentissage organisationnel; 4) le type de participation.

Pour chacune des catégories, des données agrégées à partir des cotations qui ressortent de la transcription des entretiens sont présentées en tableau. Ces tableaux compilent le sujet, le nombre de sources code et la fréquence des cotations. Une explication générale et d'autres plus précises précèdent les tableaux. Les explications puisent dans des extraits des entretiens pour mieux illustrer certaines données.

Le tableau XVI présente les résultats sur le nombre et la fréquence des cotations qui sont ressortis en ce qui concerne les éléments qui portent sur la prise de décision et l'état de préparation de la HAA au moment d'adhérer au programme d'agrément.

Tableau XVI
 Résultats des entretiens semi-structurés sur les cotations lors de la phase prise de décision (HAA)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
1) Le personnel a été impliqué dans la décision de participer à l'agrément	9	10
Oui	2	2
Non	7	8
2) Connaissances sur l'agrément au moment d'adhérer	7	7
Peu de connaissances	5	5
Expérience limitée	2	2
3) Partage de l'information avec le personnel	8	9
Réunions du personnel	3	4
Aucune information partagée	2	2
Ne sait pas	3	3
4) L'information était suffisante	9	9
Oui	2	2
Non	7	7
5) La décision d'adhérer au programme d'agrément a été prise par	8	8
La direction générale	3	3
Le personnel de première ligne	1	1
L'organisme dans son ensemble	1	1
Ne sait pas	3	3
6) Ceux qui étaient les plus favorables à cette décision	8	8
La direction générale	6	6
L'autorité régionale	1	1
L'équipe de gestion	1	1

Le tableau XVII s'attarde aux résultats reliés au changement organisationnel. Comme il contient des éléments passablement détaillés, il est présenté en deux sections. La première porte sur les motifs de participation, les conditions facilitantes et les défis auxquels était confrontée la HAA pour réussir ce projet.

Les résultats indiquent que les principaux motifs en ordre décroissant étaient : 1) l'amélioration de la qualité (7,15); 2) le besoin d'accroître la confiance envers

l'organisme (6,12); 3) le besoin d'adhérer à des normes de qualité et d'avoir des indicateurs de mesure de la performance (6,8); 4) la formalisation et uniformisation des politiques et procédures (5,8); 5) le besoin d'un changement de culture (4,9).

Tableau XVII

Résultats des entretiens semi-structurés sur les cotations sur le changement organisationnel (HAA)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
1) Motifs pour lesquels l'organisme a décidé de participer à l'agrément	35	60
Amélioration de la qualité des services	7	15
Formalisation et uniformisation des politiques et procédures	5	8
Besoin d'accroître la confiance envers l'établissement	6	12
Besoin d'adhérer à des normes de qualité et d'avoir des indicateurs de mesure de la performance	6	8
Besoin de pouvoir faire des changements	1	1
La confiance dans le programme		
Le moment était opportun car la HAA est un nouvel établissement	3	3
Besoin d'une évaluation externe	1	2
Besoin d'un changement de culture	4	9
Besoin de démontrer de l'imputabilité	2	2
2) Conditions qui ont facilité l'intégration de la démarche	11	14
L'enthousiasme du personnel	1	2
La direction de l'établissement	6	7
La récente création de l'organisme	3	3
Le programme en soi	1	2
3) Défis auxquels l'organisme devait faire face pour réussir	22	34
La charge de travail	3	5
La culture organisationnelle et les attitudes	5	11
Les coûts associés	2	2
L'absence de connaissances et d'information	2	2
La communication et la mobilisation des équipes	1	1
L'importance du changement	3	5
Le manque de structure	1	2
L'échéancier	5	6

La deuxième partie du tableau XVII-A sur le changement organisationnel porte sur les compétences au sein de l'organisme, les ressources, le développement d'un plan d'action, la reconnaissance interne et externe et enfin la motivation à participer au projet.

Tableau XVII-A
Résultats des entretiens semi-structurés sur les cotations sur le changement organisationnel (HAA)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
4) Compétences au sein de l'organisme pour réussir l'agrément	9	9
Oui	5	5
Non, mais nous avons appris	3	3
Non	1	1
5) Niveau de ressources	8	8
Adéquat	4	4
Inadéquat	4	4
6) Un plan d'action avait été prévu	8	8
Oui	7	7
Non	1	1
7) L'initiative a été reconnue au sein de l'organisme	8	8
Par la direction de l'établissement	3	5
Tout au long de la démarche	4	4
La reconnaissance a été faible	1	1
8) L'initiative a-t-elle été reconnue à l'extérieur de l'organisme	7	8
Oui, axée sur les résultats	4	4
Par les autorités	1	1
Dans la région/Caraïbes	2	3
9) Motivation personnelle à participer à ce projet	9	9
Amélioration du système	7	7
Intérêt personnel	2	2

Le tableau XVIII porte sur les apprentissages organisationnels. La section la plus importante couvre les bénéfices pour l'établissement. Elle est suivie d'une réflexion

sur l'atteinte des objectifs, l'intégration de ces connaissances et sur les bénéficiaires de la démarche.

Plusieurs apprentissages organisationnels ont été identifiés par les personnes de la HAA. En ordre d'importance décroissante ils ont été les suivants : 1) amélioration de la qualité des services (9,29); 2) mise en place de politiques et de structures (9,21); 3) le travail d'équipe et l'interdisciplinarité (9,15); 4) la confiance et la fierté (7,13); 5) une meilleure direction et vision organisationnelles (7,8); 6) de meilleures relations avec le public (7,7); 7) la mise en place de normes de travail et de pratiques (6,11); 8) un changement organisationnel et de culture (6,8); 9) une meilleure imputabilité (5,7); 9) une compréhension accrue sur la gestion des risques (4,5); 10) de meilleures connaissances des équipements et des infrastructures.

Tableau XVIII
Résultats des entretiens semi-structurés sur l'apprentissage organisationnel (HAA)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
1) Les bénéfices que l'organisme a retirés de ce projet	79	135
Amélioration de la qualité des services	9	29
Mise en place de politiques et structures	9	21
Confiance et fierté	7	13
Meilleure direction et vision organisationnelle	7	8
Meilleures relations avec le public	7	7
Mise en place de normes de travail et d'exercice	6	11
Changement organisationnel et de la culture	6	8
Le travail d'équipe et l'interdisciplinarité	9	15
Meilleure imputabilité	5	7
Compréhension sur la gestion des risques	4	5
Connaissance accrue sur ce que les autres font	1	1
Plus grande sophistication	1	1
Amélioration des communications	1	1
Meilleure compréhension sur les programmes qualité	1	1
Meilleures connaissances des équipements et infrastructures	4	5
Capacité d'identifier les choses à améliorer	1	1

Les connaissances en déontologie	1	1
2) Les objectifs ont été atteints	9	9
Oui	9	9
Non	0	0
Partiellement	0	0
3) L'organisme a intégré les connaissances acquises	15	15
Oui	6	6
Pas certain	1	1
Certains problèmes spécifiques ont été résolus	8	8
4) Les plus grands bénéficiaires	8	8
Tout le monde	7	7
Les professionnels	1	1

Le tableau XIX présente les résultats sur les apprentissages individuels. Bien que la très grande majorité des individus (8,8) ait identifié des apprentissages, ces derniers sont très diversifiés. Seul, des connaissances spécifiques sur le programme d'agrément ont été mentionnées par plus d'une personne (2,2).

Tableau XIX

Résultats des entretiens semi-structurés sur l'apprentissage individuel (HAA)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
Les bénéfices sur le plan personnel de ma participation	8	8
Le fonctionnement de l'organisme et des personnes	1	1
Meilleure appréciation de la culture	1	1
Meilleure flexibilité	1	1
Connaissances spécifiques sur le programme d'agrément	2	2
Connaissance générale	1	1
Meilleure collaboration dans l'organisme	1	1
Aucune	1	1
Connaissances sur le fonctionnement du système de santé	1	1

Le Tableau XX porte sur les résultats, sur le type de participation sous l'angle des bénéficiaires perçus d'une participation volontaire par opposition à une participation obligée.

Tableau XX
Résultats des entretiens semi-structurés sur le type de participation (HAA)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
Participation volontaire versus une participation obligée	6	9
Volontaire	1	1
Obligée	3	4
Dépend des circonstances	2	4

Ceci termine la présentation des résultats pour la HAA qui comprennent quatre types de données : 1) le niveau de compliance mesuré à trois moments distincts; 2) la documentation et les observations; 3) les résultats des questionnaires individualisés administrés aux membres des équipes d'agrément; 4) les entretiens semi-structurés.

2. Résultats pour la CA' Foncella Ospitale de Treviso (CFOT)

Les quatre prochaines sous-sections présentent les données recueillies sur la CFOT dans le cadre de cette recherche. Les sources et l'ordre de présentation sont les mêmes que pour la HAA.

Les données sur la CFOT ont été recueillies sur une période d'environ 30 mois qui a commencé avec la première visite d'agrément en octobre 2003 et s'est terminée au printemps 2006. La mesure du niveau de compliance a été effectuée en octobre 2003 et une seconde fois en juillet 2005. Comme pour la HAA, la documentation et les observations se composent de l'inventaire habituel qui entoure un processus d'agrément. Cette documentation est complète et les observations sont faites sur les lieux. Les questionnaires individuels ont été remplis en majorité à l'automne 2005. Le niveau de participation étant jugé trop faible, des relances ont été faites et d'autres

questionnaires ont été remplis au cours de l'hiver 2006. Les entretiens semi-structurés se sont tenus dans l'établissement en juillet 2005 et en avril 2006.

Le chercheur a eu un premier contact avec cet organisme en février 2002 lors de la formation de groupes de discussion dans le cadre du processus de validation du programme pour la région vénitienne. À cette époque, les autorités de la région de Venise avaient accepté d'appuyer quelques établissements pour qu'ils adhèrent au programme d'Agrément Canada. Ces établissements incluaient deux hôpitaux, dont la CFOT. Pour diverses raisons, celle-ci a retardé de quelques mois sa décision de se joindre au projet. Puis, à l'été 2002, elle a décidé de s'engager. La démarche d'autoévaluation a commencé aux environs du mois d'octobre de la même année.

Le chercheur a participé à la visite d'agrément d'octobre 2003, mais non à titre de visiteur mais plutôt comme observateur de la démarche dans le cadre d'une évaluation plus globale du projet dans la région de Venise. À cette occasion, il a passé près d'une semaine dans l'établissement. Au cours de cette période, il a participé à plusieurs entrevues et rencontres avec l'équipe d'agrément à titre d'observateur. Il a aussi observé les groupes de discussion des patients et des familles ainsi que celui du personnel. Ces rencontres font partie de la visite régulière d'Agrément Canada.

Il a aussi rencontré plusieurs patients individuellement en compagnie de visiteurs italiens qui faisaient un stage pratique qui faisait partie de leur programme de formation pour devenir visiteur. À ce titre et comme membre du personnel d'Agrément Canada, il a eu accès à toute la documentation préparatoire de la CFOT ainsi que celle fournie sur place lors de la visite. Il a aussi assisté à la révision du rapport de la visite d'agrément dans le cadre de ses fonctions à Agrément Canada .

En juillet 2005 il a passé une autre semaine à la CFOT. L'hôpital ayant accepté de faire partie de cette recherche, il y est retourné pour faire des entretiens semi-structurés, rencontrer les chefs d'équipe et autres représentants des équipes

d'agrément et pour faire une évaluation du niveau de compliance et étudier la documentation pertinente.

Enfin, en avril 2006, il y est retourné pour faire des entretiens semi-structurés additionnels et rencontrer le personnel du bureau de la qualité. Il a alors eu l'occasion de voir de la documentation supplémentaire et de faire d'autres observations.

2.1 Niveau de compliance (CFOT)

Le niveau de compliance a été établi à partir de deux mesures faites dans un intervalle d'environ 20 mois. Comme les résultats sont présentés au chapitre 5, ils ne sont pas repris dans cette annexe.

La première mesure du niveau de compliance a été faite, lors de la visite pour le projet pilote en octobre 2003, par trois visiteurs réguliers d'Agrément Canada, appuyés de trois visiteurs italiens. Un des visiteurs canadiens était de descendance italienne et parlait couramment l'italien. Les deux autres avaient des connaissances limitées de la langue et étaient assistés, en plus des visiteurs italiens, d'une traductrice locale lors des entrevues avec les équipes d'agrément.

Cette visite était en tout point semblable à une visite régulière sauf qu'il n'y a pas eu de décision sur le statut d'agrément à décerner à l'organisme. La CFOT avait environ douze mois pour compléter son autoévaluation et mettre en place certains éléments pour répondre aux exigences du programme. Lors de cette première évaluation, la CFOT avait créé 14 équipes. Comme d'habitude, la mesure du niveau de compliance a été revue à Agrément Canada par une équipe interne avant de transmettre les résultats à l'organisme.

La deuxième évaluation a été effectuée en juillet 2005 par le chercheur et une collègue italienne. Bien que cette personne n'était pas une visiteuse d'Agrément Canada, elle avait bénéficié d'une session de formation du programme de visiteur et

avait assisté à titre de personne-ressource à la première visite en octobre 2003. Pour cette rencontre, cinq chefs d'équipes et leurs membres avaient été invités à faire une nouvelle autoévaluation. Les cinq équipes étaient : 1) Leadership et partenariat; 2) Gestion de l'environnement; 3) Gestion de l'information; 4) Gestion des ressources humaines; 5) Médecine. Ces équipes avaient été choisies de façon stratégique, car elles couvrent une bonne partie des activités de l'organisme, beaucoup plus que toute autre combinaison. Les cinq chefs d'équipes, accompagnés de deux membres de leur équipe, ont été interviewés par le chercheur et sa collègue italienne lors de rencontres qui ont duré deux heures chacune. Une traductrice assistait aussi le chercheur. Lors de ces rencontres, chacune des équipes a fait une présentation sur les suivis apportés aux recommandations qui avaient été émises lors de la visite d'octobre 2003. Ce suivi est discuté en détails dans la section portant sur la documentation et les observations. Par contre, ce suivi (ou non-suivi) est considéré lors de la cotation de niveau de compliance aux normes et aux critères.

2.2 Documentation et observations (CFOT)

Cette section porte sur des données recueillies au cours de la revue de la documentation et au cours d'observations de la CFOT. La documentation est celle qui est requise par le programme d'agrément soit de façon explicite à l'intérieur des sections de normes, ou soit celle que l'établissement doit mettre à la disposition des visiteurs. Essentiellement les visiteurs et le chercheur dans cette situation ont eu accès à toute la documentation pertinente pour satisfaire l'évaluation du niveau de compliance et de conformité en lien avec les normes et les critères.

La consultation et l'étude de la documentation et les autres aspects du travail de recherche se sont faits dans le respect des règles d'éthique et de confidentialité. Le chercheur a signé un engagement de respect de la confidentialité de l'information lorsqu'il a consulté des dossiers patients ou autres informations nominatives. L'établissement a obtenu un consentement écrit des patients avant que le chercheur ne puisse les rencontrer pour discuter de leur perception de la qualité des services et des processus de soins qu'ils ont reçus.

Quatre sources de documentation ont été étudiées:

1) Les documents d'autoévaluation préparés par la CFOT préalablement à la visite d'octobre 2003, à savoir les autoévaluations des 14 équipes d'agrément avec une cotation pour chacun des critères et leur propre appréciation de leurs forces et défis par sous-section pour chacune des sections de normes. Cette autoévaluation était accompagnée de plusieurs documents que les organismes sont tenus de fournir. À titre d'exemples, à la norme 6, critère 6.3 de la section « Leadership et partenariat », sous-section « Respecter la déontologie et l'éthique », on demande à l'organisme de décrire brièvement les principaux problèmes d'éthique et de déontologie auxquels l'organisme a dû faire face au cours des deux dernières années. À la norme 7, critère 7.1, sous-section « Établir clairement ses orientations », on demande de fournir le sommaire du plan stratégique, y compris les objectifs de l'organisme pour l'année courante. Il y a des exigences semblables pour toutes les sections de norme.

2) La documentation fournie sur place comporte des exigences particulières et les organismes doivent la préparer en fonction d'une liste prédéterminée en collaboration avec le personnel d'Agrément Canada. Cette documentation est mise à la disposition des visiteurs sur place dans une salle où ils peuvent la consulter. De par cette exigence, le chercheur a eu accès aux politiques et procédures des départements, aux procès-verbaux des comités et du conseil d'administration, aux divers plans (stratégique, ressources humaines, gestion des désastres, etc.) et autres documents. La documentation sur place inclut aussi les dossiers des patients et autres archives. De plus, les visiteurs peuvent demander de voir tout autre document jugé utile pour évaluer une norme ou un critère.

3) Les rapports de visite préparés par l'équipe de visiteurs. Ces rapports contiennent l'évaluation quantitative sur la qualité qui a fait l'objet d'une analyse dans une autre section de cette recherche et aussi de l'information qualitative. L'information qualitative est constituée des observations des visiteurs sur les

équipes, les recommandations faites à l'établissement et les résumés des trois rencontres avec les groupes de discussion rencontrés lors de la visite.

4) Le rapport de suivi des recommandations préparé par la CFOT par suite de la visite d'octobre 2003 et toutes les évidences qui soutiennent l'information contenue dans ce rapport.

Le chercheur ne parle pas l'italien. Même avec l'aide d'une traductrice et d'une collègue italienne, il avait une compréhension limitée de la documentation. Par contre, l'autoévaluation et le rapport de visite ont été traduits en anglais ce qui en a permis une parfaite compréhension. Tous les autres documents étaient rédigés en italien.

La présentation des données comporte toute la documentation pertinente à l'autoévaluation, la documentation consultée sur place, la portion qualitative du rapport de visite incluant la section sur les groupes de discussion et le rapport de suivi avec les évidences fournies. Les recommandations émises à la CFOT lors de la visite d'octobre 2003 réfèrent à cette documentation. La perspective organisationnelle selon les dimensions de la qualité est présentée dans un premier temps, suivie de l'optique par équipe d'agrément.

La CFOT a reçu 104 recommandations réparties en fonction de la dimension de la qualité; le rapport précisait de plus celles dont le risque associé était considéré comme étant d'une sévérité élevée : 1) réponse aux besoins, 13 dont 3 avec un degré de sévérité élevé; 2) compétence du milieu, 60 dont 19 avec un degré de sévérité élevé; 3) approche centrée sur le client ou la communauté, 26 dont 2 avec un degré de sévérité élevé; 4) milieu de travail, 5 dont aucune avec un degré de sévérité élevé.

Au niveau des équipes, les recommandations se répartissaient selon la distribution qui figure au tableau XXI. Notons que les recommandations avec un degré de sévérité

élevé concernaient 10 des 14 équipes. Toutes les équipes ont reçu entre 5 et 11 recommandations.

Tableau XXI
Recommandations par équipe (CFOT)

Nom de l'équipe	Nombre de recommandations	Sévérité élevée
Leadership et partenariat	8	0
Environnement	6	4
Ressources humaines	7	0
Gestion de l'information	5	0
Soins cardiovasculaires	8	1
Soins d'urgence	8	1
Soins de longue durée	8	1
Soins de médecine	11	5
Soins mère/enfants	9	4
Soins mère/enfants de courte durée	5	3
Soins mère/enfants critique	5	3
Soins neurologiques	8	1
Services de réadaptation	8	0
Soins chirurgicaux	8	1
Total	104	24

En juillet 2005, cinq de ces équipes ont été rencontrées pour faire l'évaluation du suivi de ces recommandations. Pour les neuf autres équipes, la direction de la qualité avait préparé un état détaillé de situation sur le niveau de l'implantation des recommandations d'agrément.. Ce rapport avait fait l'objet d'une rencontre générale de toutes les équipes de l'établissement quelques mois auparavant, au début d'avril 2005.

L'échelle de mesure développée pour évaluer le niveau d'implantation des recommandations par la CFOT classe le progrès réalisé en cinq catégories : 1) *fasse di progettazione* 0-25 %; 2) *progetto iniziate* 25-50 %; 3) *progetto in fase avanca* 50-75 %; 4) *progetto in fasse di completamento* 75-100 %; 5) *progetto completato* 100 %. Certaines équipes ont fait leur évaluation en divisant leur progression en activités requises pour l'implantation d'une recommandation. Pour certaines, il pouvait y avoir jusqu'à huit activités. Pour arriver à une cote d'implantation totale, toutes les activités reliées à cette recommandation devaient être complétées. Par contre, d'autres équipes ont fait une évaluation globale par rapport au niveau d'implantation de la recommandation, peu importe le nombre d'activités mises en place. Le tableau XXII synthétise les informations contenues dans ces rapports.

Plusieurs documents présentés à l'appui témoignent des réalisations faites par chacune des équipes. Les documents ont été déposés par toutes les équipes. Il pouvait s'agir de politiques et procédures, de directives, de plans, de procès-verbaux ou autres écrits selon les exigences des recommandations émises dans le rapport d'agrément.

Cinq équipes n'ont pas soumis leur plan de suivi, mais la direction de la qualité a confirmé que ces plans étaient en préparation et qu'ils seraient présentés par chacune de ces équipes dans le même format adopté par les autres équipes. À ce jour, le chercheur n'a pas reçu ces autres documents.

Le tableau XXII démontre que, sauf exception, les neuf équipes ont amorcé l'implantation des recommandations. Il est impossible d'établir un pourcentage d'implantation globale par niveau, puisque les équipes ont compilé les résultats différemment. Certaines les ont compilés par activité requise pour une recommandation et d'autres l'on fait globalement indépendamment du nombre d'activités requises. Il est cependant possible de constater que le travail d'implantation est enclenché pour toutes des recommandations sauf pour quatre. Deux de celles-ci sont identiques et concernent le service de pharmacie.

Seize activités et quatre recommandations sont complètement implantées, 20 % (21/106) des activités et 15,6 % (10/64) des recommandations sont en voie d'être implantées (75-100).

Tableau XXII

Synthèse de l'évaluation de la mise en œuvre des recommandations par équipe (CFOT)

Nom de l'équipe	Critère recommandation	Nombre d'activités	Degré d'implantation				
			0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	100 %
Leadership et partenariat	2.2	8	0	2	1	0	5
	6.3	4	0	1	0	3	0
	7.5	7	0	0	1	3	3
	8.1	1	0	0	0	1	0
	9.1	6	1	1	0	1	3
	9.3	4	0	0	0	3	1
Gestion de l'environnement	1.1	1	0	1	0	0	0
	3.2	1	0	0	0	0	1
	5.1	5	0	0	2	1	2
	7.1	3	0	1	0	0	1
	7.3	3	0	0	0	0	3
	8.1	2	0	1	0	0	1
Ressources humaines	1.1	1	0	1	0	0	0
	2.1	1	0	1	0	0	0
	2.4	1	0	1	0	0	0
	4.2	1	0	1	0	0	0
	5.4	1	0	0	0	1	0
	5.5	1	0	1	0	0	0
	9.3	1	0	1	0	0	0

Nom de l'équipe	Critère recommandation	Nombre d'activités	Degré d'implantation				
			0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	100 %
Gestion de l'information	1.5	1	0	0	0	1	0
	2.1	1	0	0	0	1	0
	5.5	3	0	0	0	3	0
	8.3	1	0	0	0	1	0
	9.2	1	0	0	0	1	0
Soins de médecine	1.4	3	0	0	1	2	0
	2.3	4	0	1	1	1	1
	3.3	2	0	0	1	1	0
	4.4	2	1	0	0	1	0
	5.1	3	0	1	1	1	0
	8.1	3	0	0	0	2	1
	9.1	1	0	0	0	1	0
	12.1	1	0	0	1	0	0
	13.9	2	0	0	1	1	0
	15.5	3	0	0	0	3	0
	17.3	1	0	0	1	0	0
Services de réadaptation	1.1	1	0	1	0	0	0
	3.1	1	0	0	1	0	0
	7.7	1	1	0	0	0	0
	8.5	1	0	1	0	0	0
	9.4	1	0	0	0	0	1
	10.2	1	1	0	0	0	0
	15.3	1	0	0	1	0	0
	16.4	1	0	0	1	0	0

Nom de l'équipe	Critère recommandation	Nombre d'activités	Degré d'implantation				
			0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	100 %
Soins cardiovasculaires	1.1	1	0	0	1	0	0
	3.1	1	0	0	1	0	0
	5.1	1	0	0	1	0	0
	11.4	1	0	0	0	1	0
	13.9	1	1	0	0	0	0
	12.1	1	0	0	1	0	0
	14.5	1	1	0	0	0	0
	15.3	1	0	0	1	0	0
Soins neurologiques	1.1	1	0	1	0	0	0
	3.1	1	0	0	1	0	0
	5.1	1	0	1	0	0	0
	10.2	1	0	0	1	0	0
	12.1	1	0	1	0	0	0
	13.9	1	1	0	0	0	0
	14.5	1	1	0	0	0	0
	15.3	1	0	1	0	0	0
Soins mère/enfants de courte durée	3.1	1	0	0	0	0	1
	4.4	1	0	0	1	0	0
	13.5	1	0	0	1	0	0
	13.9	1	0	1	0	0	0
	14.5	1	0	1	1	1	1

La direction générale a aussi soumis ce qu'elle a identifié comme 10 initiatives qualité. Ces initiatives ont été développées par suite de cette visite d'agrément. Elles sont toutes en lien avec les recommandations, mais comme les répercussions étaient

transversales à l'ensemble de l'établissement, l'impact était plus important et l'implantation plus complexe. Le Tableau XXIII présente l'état d'avancement des initiatives qualité transversales pour l'ensemble des activités de l'organisme. Toutes sont bien amorcées et le pourcentage d'implantation varie de 25 à 100 %.

Tableau XXIII
État d'avancement des initiatives qualité transversales (CFOT)

Initiative qualité	Progrès global	Degré d'implantation				
		N ^{bre} activités	25-50 %	50-75 %	75-100 %	100 %
1) Développer des politiques et procédures en matière d'évacuation, former l'ensemble du personnel sur ces dernières et procéder à des exercices de simulation	La documentation est complétée, la formation a été offerte à 60% du personnel infirmier et à 100% du personnel du service d'urgence et des exercices de simulation ont eu lieu dans certains secteurs	4	0	1	2	1
2) Développer et implanter une stratégie pour que le personnel soit habilité à transiger avec des comportements agressifs	La stratégie a été développée et elle est en bonne voie d'implantation	2	0	1	1	0
3) Développer l'encadrement pour que le personnel ait accès à des ressources et l'expertise	La structure a été mise en place. Il reste à offrir des sessions de formation pour le personnel	4	0	0	2	2

Initiative qualité	Progrès global	Degré d'implantation				
		N ^{bre} activités	25-50 %	50-75 %	75-100 %	100 %
nécessaire pour transiger avec les questions éthiques						
4) Développer et implanter un programme coordonné et intégré d'amélioration continue de la qualité à travers l'ensemble de l'organisme incluant des indicateurs et mesures de performance de la qualité et assurer que les résultats soient communiqués	L'établissement a élaboré et adopté un programme qualité. Il a été communiqué. Certains indicateurs de la performance et autres mesures ont été élaborés mais il reste encore du travail à faire à ce niveau surtout dans les secteurs cliniques	5	1	2	0	1
5) Utiliser l'information sociodémographique et populationnelle pour identifier les besoins de la population et ajuster l'offre de services en fonction de ces besoins	L'établissement a développé une planification en fonction des besoins de la population pour 2003-2005	2	0	0	1	1
6) Développer et implanter une procédure pour guider la mise en place de lignes directrices sur le plan clinique	Développement de lignes directrices et de protocoles basés sur les pratiques exemplaires et d'un plan de formation sur la prise de	3	0	2	1	0

Initiative qualité	Progrès global	Degré d'implantation				
		N ^{bre} activités	25-50 %	50-75 %	75-100 %	100 %
	décision basée sur des évidences et distribution des pratiques					
7) Développement d'un dossier unique pour les patients	Adoption d'un modèle unique	1	0	1	0	0
8) Mise en place d'un plan individualisé pour les patients	Adoption d'un modèle de plan individualisé pour les patients	1	0	1	0	0
9) Mise en place d'un système de production et de distribution sécuritaire de la médication	Adoption d'un modèle à l'intérieur du plan qualité	1	1	0	0	0
10) Organisation et développement de compétences pour offrir de l'aide et du soutien aux personnes vulnérables	Mise en place d'une démarche complète visant la mise en place de tels services	8	1	0	6	1

Parmi les 104 recommandations faites par l'équipe de visiteurs à la CFOT, 24 avaient un degré de sévérité élevé. Le suivi effectué pour les recommandations avec un degré de sévérité élevé est présenté dans le tableau XXIV. Quatorze de ces vingt-quatre recommandations avec un degré de sévérité élevé ont été remises aux équipes qui ont soumis un plan de suivi explicite. Les résultats montrent qu'une seule de ces recommandations est totalement implantée et que 10 des 30 activités le sont aussi.

Par contre, 50 % des activités sont réalisées dans une proportion de 75 %. Seulement quatre activités ne sont pas amorcées dont deux concernent la pharmacie, ce qui a été signalé dans les tableaux précédents. .

Tableau XXIV

Synthèse de l'évaluation de la mise en œuvre des recommandations avec un degré de sévérité élevé par équipe (CFOT)

Nom de l'équipe	Critère recommandation	Nombre d'activités	Degré d'implantation				
			0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	100 %
Gestion de l'environnement	5.1	5	0	0	2	1	2
	7.1	3	1	1	0	0	1
	7.3	3	0	0	0	0	3
	8.1	2	0	1	0	0	1
Soins de médecine	2.3	4	0	1	1	1	1
	4.4	2	1	0	0	1	0
	8.1	3	0	0	0	1	2
	13.9	2	0	0	1	1	0
	17.3	1	0	0	1	0	0
Soins cardiovasculaires	13.9	1	1	0	0	0	0
Soins neurologiques	13.9	1	1	0	0	0	0
Soins mère/enfants courte durée	4.4	1	0	0	1	0	0
	13.5	1	0	0	1	0	0
	13.9	1	0	1	0	0	0
Total	14	30	4	4	7	5	10

Comme il est courant de le faire lors des visites d'Agrément Canada, les visiteurs ont interviewé trois groupes de discussion en octobre 2004 : le premier, formé de clients et de leurs familles, le deuxième de partenaires et le troisième d'employés de la CFOT. Dans les rapports de visite, les visiteurs font un compte-rendu d'environ une page sur chacun de ces entretiens. Les visiteurs considèrent cette information importante et elle est reflétée dans l'évaluation qui est faite de l'organisme.

Pour les clients et leurs familles, les questions portaient sur l'organisme et la qualité des services. L'entretien avec les partenaires se concentrait sur la qualité des relations. Enfin, dans le cas du personnel, il est question des systèmes et pratiques en matière de gestion des ressources humaines et de l'implication du personnel dans la prise de décision. On explore aussi les mécanismes de communication, le programme d'initiation, la formation continue et tout autre sujet d'intérêt pour l'équipe de visiteurs.

2.3 Questionnaires individuels (CFOT)

Des questionnaires ont été acheminés à toutes les personnes qui ont participé à l'une ou l'autre des 14 équipes d'agrément. Sur 120 questionnaires, 46 ont été remplis pour un taux de participation de 38,3 %.

Comme pour la HAA, l'ordre de présentation des résultats suit à la fois le modèle d'analyse et le questionnaire. Le questionnaire contenait 105 questions divisées en 6 catégories : 1) conditions favorables au changement; 2) caractéristiques et éléments du changement; 3) apprentissage organisationnel; 4) type d'organisme et type d'accréditation; 5) la perception de votre participation; 6) renseignements personnels.

Ce questionnaire attachait les étapes du cycle de l'agrément à des questions dans l'ordre suivant :

Section 1 : *i)* se renseigner et *ii)* se préparer

Section 2 : *iii)* autoévaluation; *iv)* planifier et tenir la visite; *v)* utiliser le rapport; *vi)* apporter des améliorations

Les quatre premières sections étaient mesurées à l'aide d'une échelle de Likert à cinq niveaux et une case « ne sait pas/sans objet ». Dans la cinquième section, le répondant devait faire un choix « oui/non » et une question portait sur sa position initiale face à l'agrément. Pour cette question, le répondant avait le choix entre six catégories qui allaient d'un appui actif à « indifférent ». La dernière série de questions visait à identifier la profession d'origine, l'équipe d'agrément d'appartenance et l'ancienneté de la personne dans l'organisme. Comme pour la HAA et pour faciliter la présentation, les réponses ont été regroupées en trois catégories, la première comprend les répondants « fortement en désaccord » et « légèrement en désaccord » (négatif), la deuxième « ni en accord ni en désaccord » (neutre) et enfin « légèrement en accord » ou « fortement en accord » (positif).

Le tableau XXV présente les 23 questions de cette première session qui porte sur les conditions favorables au changement, les pourcentages des réponses obtenues selon les catégories expliquées ci-dessus et les mots-clés et liens avec le modèle d'analyse. Les pourcentages ne totalisent pas nécessairement 100 % car il faut tenir compte que certains ont répondu « ne sait pas/sans objet ».

Tableau XXV

Résultats de la section sur les conditions favorables au changement qui correspondent aux étapes « se renseigner » et « se préparer » du cycle d'agrément (CFOT)

Question	Négatif en %	Neutre en %	Positif en %	Mots-clés et liens avec modèle d'analyse
1) La raison principale pour laquelle votre organisme a participé à l'agrément a été l'amélioration des services.	8	2	85	Vision, Capacité réflexive, prise de décision
2) Vous avez participé à la décision d'adhérer au programme d'agrément.	53	9	39	Participation à la prise de décision.
3) Au moment d'adhérer au programme, le niveau de connaissances sur l'agrément était élevé.	69	2	24	Niveau de connaissance
4) Les informations que vous avez reçues confirmaient ce que vous connaissiez sur l'agrément.	23	13	61	Capacité réflexive, informations reçues sur programme
5) Vous avez été favorable à l'idée de participer à l'agrément.	4	9	87	Capacité réflexive, position favorable à l'idée de participer à l'agrément
6) Au moment d'adhérer au programme, vous perceviez l'agrément comme un moyen d'améliorer la qualité des services	6	0	92	L'agrément outil d'amélioration
7) Vous étiez convaincu que le moment d'adhérer au programme était opportun.	15	21	58	Moment opportun, adhésion
8) Vous disposiez de l'autonomie pour décider de participer au programme d'agrément.	35	6	55	Autonomie de décision
9) Vous aviez envisagé les enjeux de l'agrément pour votre organisme.	20	24	54	Enjeux, capacités cognitives des acteurs
10) Vous aviez envisagé que l'agrément pourrait être une source de changement pour votre organisme.	4	15	85	Vision, nouveaux modèles
11) Vous avez discuté de l'agrément avec d'autres collègues.	4	7	89	Vision, nouveaux modèles, discussions avec des paires
12) Vous aviez anticipé que l'agrément aurait des répercussions sur votre pratique.	6	17	76	Capacité réflexive
13) La préparation a impliqué l'ensemble des employés de votre service.	52	2	43	Implication des employés
14) La direction avait une vision claire afin d'améliorer la qualité des services.	30	24	30	Vision claire
15) Une stratégie de communication adéquate a été adoptée au sein de l'établissement pour expliquer le déroulement du processus.	15	9	70	Communication, diffusion
16) La direction a su mobiliser les employés autour du processus de l'agrément.	15	20	65	Stratégie de mobilisation
17) Les personnes responsables de l'agrément étaient bien préparées pour le faire.	6	7	81	Compétences, acteurs clés
18) Les membres des équipes étaient bien préparés pour accomplir les tâches exigées liées à l'agrément.	9	15	69	Formation, équipes
19) Des incitatifs ont été mis en place pour encourager les efforts des personnes impliquées dans l'agrément.	84	2	8	Incitatifs
20) La stratégie pour mobiliser les membres des équipes et les autres participants au programme d'agrément était appropriée.	37	13	40	Stratégie de mobilisation
21) Les ressources (humaines, matérielles, financières) étaient suffisantes.	43	15	34	Ressources
22) La direction a élaboré un plan d'action adéquat afin de mettre en œuvre le processus d'agrément.	15	15	63	Plan d'action
23) Vous avez participé régulièrement aux activités de formation sur les étapes de l'agrément.	11	7	82	Participation, séances de formation, mobilisation

La très forte majorité des répondants (85 %) étaient d'avis que la raison principale pour laquelle la CFOT participait à l'agrément était l'amélioration des services et que l'agrément était un bon moyen pour y arriver (92 %). Plus du tiers (39 %) des répondants ont participé à la décision d'adhérer au programme. La forte majorité était favorable au projet (87 %).

Le niveau des connaissances au moment de se joindre au programme était plutôt faible (69 %). Par contre, le taux de participation aux séances de formation était élevé (82 %). Les sessions de formation ciblaient les membres des équipes d'agrément. La grande majorité des répondants (85 %) ont vu le programme d'agrément comme une source potentielle de changement qui pourrait avoir des répercussions sur leur travail quotidien et plusieurs en ont discuté (89 %) avec leurs collègues.

Au niveau des stratégies accompagnant le programme d'agrément, 70 % des répondants étaient d'avis qu'il y avait une stratégie de communication adéquate, 40 % des répondants ont affirmé qu'une stratégie de mobilisation adéquate pour inciter les membres des équipes d'agrément a été menée par la direction de l'hôpital. Même si la stratégie était inadéquate, la direction a toutefois su mobiliser les employés autour du processus d'agrément (65 %).

Sur le plan des compétences, les gens se sentaient bien préparés (69 %) et pensaient que les responsables de la démarche l'étaient aussi (89 %). Les incitatifs étaient par contre inexistantes (84 %) et les ressources limitées (43 %) pour faire face aux exigences d'Agrement Canada.

La prochaine section du questionnaire (questions 24 à 53) portait sur les caractéristiques et les éléments du changement et correspondait aux étapes de l'autoévaluation, « Planifier et tenir la visite », « Utiliser le rapport » et enfin « Apporter des changements » du cycle d'agrément. Les résultats sont présentés au tableau XXVI.

Tableau XXVI

Résultats de la section sur les caractéristiques et éléments du changement qui correspondent aux étapes « Autoévaluation », « Planifier et tenir la visite », « Utiliser le rapport » et « Apporter des améliorations » du cycle de l'agrément (CFOT)

Question	Négatif en %	Neutre en %	Positif en %	Mots clés et lien avec modèle d'analyse
24) Votre équipe a utilisé adéquatement les outils d'autoévaluation (les normes, le logiciel, le glossaire).	0	4	92	Stratégie de formation
25) Le travail en équipe a encouragé des discussions ouvertes sur la qualité des services.	2	0	98	Travail en équipe, partage de connaissances intragroupe, apprentissage en groupe
26) Vous avez partagé des idées avec les autres équipes	0	0	100	Partage de connaissances tacites intergroupes
27) Pour réaliser l'autoévaluation, les dimensions de la qualité ont aidé vos équipes à mieux comprendre les critères qui accompagnent les normes.	2	4	76	Conceptualisation
28) Les normes du programme d'agrément ont aidé votre organisme à identifier les lacunes.	11	13	76	Conception et compréhension
29) Vous avez individualisé des priorités pour résoudre les lacunes identifiées.	26	17	57	Conception et compréhension
30) Le processus d'autoévaluation a entraîné des changements pour remédier les lacunes.	47	7	46	Action et changement
31) Vous avez participé activement à l'autoévaluation	0	2	98	Motivation et incitatifs
32) Votre équipe a élaboré des plans d'amélioration adéquats par suite de l'autoévaluation.	37	4	55	Amélioration, stratégies d'action, conception et compréhension
Au cours de la préparation à la visite : 33) Le travail effectué par les membres de votre équipe a été reconnu au sein de votre établissement.	15	13	57	Reconnaissance du travail d'équipe
34) Tous les employés du service ont adhéré à la démarche.	41	11	44	Implication, stratégie de mobilisation et leadership
35) Des modifications dans l'organisme de votre service ont été mises en place.	64	9	23	Modification, organisation du travail et adaptation de la démarche
36) Des changements dans la structure organisme nulle ont eu lieu.	48	15	30	Changement de structure, transformations de l'organisme
37) Une réflexion sur la mise en place d'objectifs concernant la qualité a été menée.	26	13	46	Réflexion, objectifs, conception et compréhension
38) Des indicateurs de performance en matière de qualité ont été déterminés.	32	15	33	Indicateurs de performance, transformations stratégiques

Tableau XXVI-A

Résultats de la section sur les caractéristiques et éléments du changement qui correspondent aux étapes « Autoévaluation », « Planifier et tenir la visite », « Utiliser le rapport » et « Apporter des améliorations » du cycle de l'agrément (CFOT)

Question	Négatif en %	Neutre en %	Positif en %	Mots clés et lien avec modèle d'analyse
39) Le travail entrepris dans votre service a été mieux reconnu au sein de l'établissement.	22	20	30	Reconnaissance interne
40) Une réflexion concernant la continuité des soins a été menée avec d'autres services.	11	13	50	Continuité des soins
41) Des procédures de prise en charge communes à plusieurs services ont été mises en place.	24	6	43	Pratiques transversales
42) Les dimensions de la qualité suggérées ont permis à votre organisme de mieux comprendre ce qu'on entend par la «qualité».	8	7	72	Cadre conceptuel, dimensions qualité, connaissances
43) Au cours de la visite, les visiteurs vous ont permis de prendre conscience de l'importance du processus d'agrément.	4	24	69	Partage de connaissances tacites
44) La visite s'est avérée une expérience positive pour votre organisme.	2	6	81	Visite, expérience positive, partage de connaissances
45) La visite a permis de renforcer les liens avec la communauté.	26	20	43	Renforcement, communauté, transformations des relations
46) La visite a permis de renforcer les liens avec les patients.	35	28	29	Renforcements, patients, transformations de l'organisme
47) Les recommandations ont été partagées avec tous les membres des équipes.	4	0	93	Recommandations partagées, conceptualisation, cristallisation
48) Suite aux recommandations, des changements ont été apportés dans votre service.	37	20	35	Transformations de l'organisme
49) Les recommandations ont constitué d'importants agents de changement dans votre organisme.	15	4	72	Transformations de l'organisme
50) Les recommandations vous permettent d'établir les priorités dans les mesures à prendre par rapport à chaque dimension de la qualité.	19	15	63	Établir les priorités, stratégies d'action
51) Vos suggestions concernant l'amélioration de services ont été prises en considération.	29	9	59	Considération, employés, leadership démocratique
52) Après le travail entrepris, les clients ont apprécié les services fournis.	28	24	8	Reconnaissance, patients, transformations des relations
53) Vous avez célébré les succès obtenus pendant l'agrément.	33	6	46	Succès, leadership

Une proportion importante de répondants semble avoir apprécié la démarche d'autoévaluation. Le travail d'équipe a encouragé les discussions (98 %) et cela a été une bonne occasion de partager ses idées (100 %). La participation a été importante (98 %). Le cadre conceptuel de la qualité et les dimensions de la qualité ont aidé à mieux comprendre les exigences du programme d'agrément (76 %). Les normes ont aidé à identifier les lacunes (76 %).

Les résultats semblent un peu plus mitigés lorsque vient le temps de passer à l'action. Le processus a néanmoins permis d'établir les priorités dans les actions à prendre (57 %) et a entraîné des changements pour remédier aux lacunes identifiées.

Bien que la très forte majorité a considéré la visite comme une expérience constructive (83 %), elle n'aurait eu que très peu d'impact pour renforcer les liens avec la communauté (43 %) ou avec les patients (29 %) bien que ce fut l'occasion de saisir l'importance d'une démarche d'agrément (69 %). La visite n'aurait pas apporté des modifications dans l'organisation du travail (77 %) ou touché la structure (70 %).

Des indicateurs de performance en matière de qualité ont été déterminés (33 %). Le travail entrepris dans leur service a été peu reconnu au sein de l'établissement (30 %).

Parmi les autres aspects, notons que la visite a été l'occasion de tenir une réflexion sur la continuité des soins basée sur une coopération entre les différents services (50 %), et une réflexion sur la mise en place d'objectifs concernant la qualité (46 %).

Les recommandations dans le rapport de visite ont été partagées largement entre tous les membres des équipes (93 %) et bien qu'elles étaient perçues comme une source de changement organisationnel (72 %), peu de participants (35 %) les ont utilisées pour opérer des transformations dans leurs services respectifs. Par contre, les répondants ont trouvé que les recommandations permettaient d'établir les priorités au chapitre des changements à apporter (63 %) et que leurs suggestions concernant les améliorations à apporter ont été entendues (59 %).

Peu nombreux étaient ceux qui pensaient que les clients ont apprécié ce travail (8 %) et que le succès a été célébré (46 %) par les employés.

La troisième section (questions 54 à 75) portait sur les apprentissages organisationnels. Les résultats sont présentés au tableau XXVII.

Tableau XXVII
Résultats de la section sur l'apprentissage organisationnel (CFOT)

Question	Négatif en %	Neutre en %	Positif en %	Mots clés et lien avec modèle d'analyse
54) L'agrément est une source d'acquisition de « nouvelles façons » de faire les choses (nouvelles connaissances, nouvelles façons de raisonner, nouvelles habiletés et pratiques)	6	9	74	Apprentissage individu, équipe et organisme
Les nouvelles acquisitions concernent :				
55) La prise en charge du patient (l'approche axée sur le client).	4	4	87	Changement de pratiques, apprentissage individuel
56) La gestion de risques.	4	4	87	Apprentissage individuel
57) La gestion participative (démocratique).	13	9	74	Apprentissage individuel
58) L'éthique professionnelle.	4	4	85	Apprentissage individuel
59) Des pratiques « qualité » mises en place dans des établissements similaires.	11	13	61	Apprentissage individuel
60) Une meilleure communication (formelle / informelle).	4	13	78	Amélioration de la communication
61) Le développement personnel, l'estime de soi et l'amour propre.	16	15	63	Transformations de l'organisme et réseautage
62) Les « nouvelles façons » de faire ont en quelque sorte modifié les normes sociales (la culture organisationnelle).	24	24	35	Transformations de l'organisme et réseautage
63) Les « nouvelles façons » de faire viennent modifier l'équilibre entre les individus et entre certains groupes.	22	15	41	Changement de relations et réseautage
64) Vous avez mieux résolu les situations problématiques identifiées à l'aide des pratiques spécifiques au processus de l'agrément.	28	13	48	Transformations stratégiques et réseautage
65) L'agrément a permis à tous les employés de votre service d'acquérir des nouvelles connaissances concernant l'amélioration des services offerts aux patients.	26	17	46	Partage de connaissances
66) Vous avez utilisé les connaissances acquises pour améliorer la qualité des services offerts aux patients.	12	9	74	Transformations de l'organisme et application des connaissances
67) Les séances de formation ont été des occasions d'acquérir de nouvelles connaissances.	4	4	93	Stratégie de formation et apprentissage
68) Le travail en équipe pendant l'autoévaluation a été enrichissant.	0	2	98	Apprentissage individu et groupe
69) L'interaction entre les équipes et les visiteurs a été formative.	0	9	91	Partage de connaissance
70) Les nouvelles connaissances et pratiques ont permis en fin de compte d'améliorer les services dans votre secteur d'activité.	21	9	56	Réseautage et amélioration des services
71) L'organisme a efficacement intégré les nouvelles connaissances et pratiques.	26	22	35	Transformation et adaptation
72) Vous avez amélioré la qualité des services à l'aide de nouvelles connaissances et pratiques.	13	17	65	Transformation de l'organisme et réseautage
73) L'agrément a permis à tout l'organisme de mieux se préparer aux changements inévitables qui surviennent dans l'évolution d'un organisme.	6	11	65	Apprentissage organisationnel et réseautage
Note : Les questions 74 et 75 ont une autre échelle de mesure.				

Un pourcentage appréciable était d'avis que la démarche a modifié les normes sociales (35 %) et l'équilibre entre les individus (41 %). Les connaissances acquises ont servi à améliorer la qualité des services aux patients (74 %) et ont eu un impact

direct sur la qualité dans le secteur du répondant (56 %). L'utilisation de ces connaissances à l'échelle de l'organisme aurait été moins bien intégrée (35 %). Par contre, 65 % étaient d'avis que les services ont été améliorés et que l'organisme était mieux préparé pour faire face aux changements qui vont inévitablement survenir.

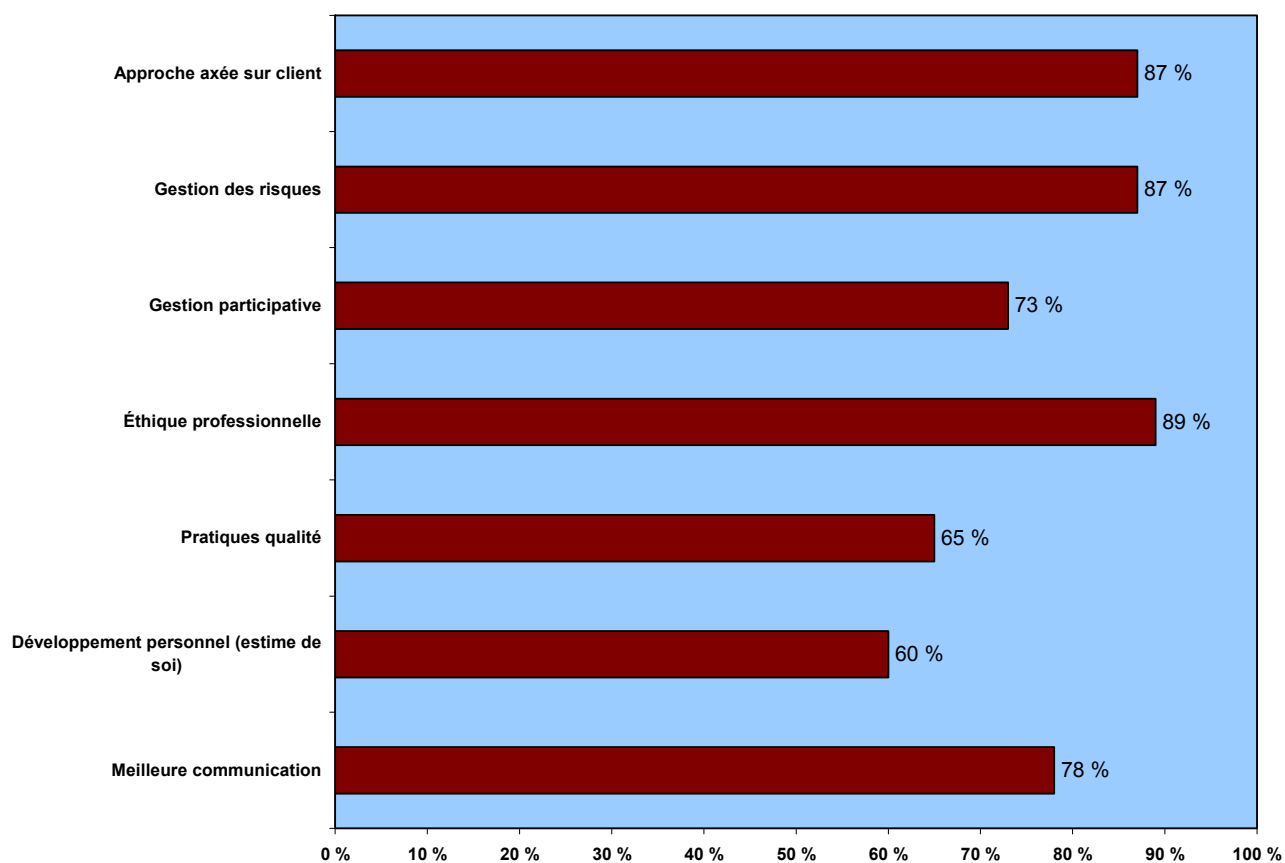
La valeur des formations, comme dans la section précédente, a été validée (93 %), comme l'a été le travail d'équipe lors de l'autoévaluation (98 %) et l'interaction avec les visiteurs lors de la visite (91 %).

Les résultats indiquent que la démarche d'agrément a été largement perçue comme une source d'acquisition de nouvelles connaissances, nouvelles façons de raisonner et nouvelles habiletés et pratiques (74 %).

La question 74 demandait de décrire trois nouvelles façons de faire acquises pendant la démarche d'agrément. Très peu y ont répondu et il est possible qu'ils aient jugé que les questions 55 à 73 avaient assez bien couvert le sujet.

La figure 2 donne plus de détails sur les nouvelles connaissances acquises. Ainsi, 89 % des répondants soutiennent avoir acquis des connaissances sur le plan de l'éthique, 87 % sur le plan de l'approche axée sur le client, 87 % sur le plan de la gestion des risques et 78 % sur le plan de la communication.

Figure 2
Les nouvelles acquisitions perçues par les répondants (CFOT)



Le tableau XXVIII présente les résultats pour la question 75. On y constate encore une fois l'importance de la phase de l'autoévaluation. Elle est perçue, et de loin, comme la plus valable des étapes du processus d'agrément.

Tableau XXVIII
Résultats pour la question 75 - Apprentissage organisationnel (CFOT)

Question : À quelle étape de l'agrément avez-vous acquis les connaissances les plus utiles ?		
Étape	Nombre	%
Pendant la préparation	4	8,5
Pendant l'autoévaluation	33	72,0
Pendant la visite	4	8,5
Utilisation du rapport	2	4,0
Suivi aux recommandations	3	7,0
Total	46	100

Le tableau XXIX présente les résultats pour le type d'organisme et le type d'agrément. La démarche aurait permis de développer des valeurs partagées par l'ensemble des participants (69 %) et de mieux travailler avec les partenaires (46 %).

Les résultats étaient plus mitigés pour ce qui est de mieux répondre aux besoins de la population (43 %), de mieux utiliser et acquérir des ressources (43 %). Sur le plan de l'évaluation des services, la démarche a permis de faire des apprentissages à ce chapitre (79 %).

De l'avis des répondants, l'agrément n'a pas vraiment amené : plus d'autonomie dans leur travail (30 %), un meilleur climat (34 %), ou un meilleur soutien de la direction (43 %).

Une forte proportion des répondants étaient d'avis que l'agrément obligatoire peut mener à l'échec (46 %) ; une majorité a de plus affirmé que l'approche augmente les chances de réussite (78 %) et la fierté d'y participer (65 %). Enfin, les répondants étaient d'avis que malgré les efforts à consentir, l'agrément en valait la peine (78 %).

Tableau XXIX
 Résultats sur le changement organisationnel, type d'organisme et type d'agrément
 (CFOT)

Question	Négatif en %	Neutre en %	Positif en %	Mots clés et lien avec modèle d'analyse
76) L'agrément a permis de développer des valeurs partagées par l'ensemble des participants.	7	11	68	Transformations stratégiques
77) L'agrément a permis de mieux utiliser les ressources de l'établissement.	22	13	43	Transformations de l'organisme
78) L'agrément a permis de mieux répondre aux attentes de la population.	13	15	43	Enjeux et transformations des relations entre l'organisme et son environnement
79) L'agrément a contribué à développer le travail en réseau avec les autres partenaires du système de soins.	13	20	46	Transformations des relations et réseautage
80) L'agrément permettre à l'établissement d'acquérir plus de ressources	17	9	43	Transformations stratégiques
81) Pendant l'agrément, vous avez été en mesure de mieux évaluer la qualité de services offerts aux patients.	0	6	79	Transformations stratégiques
82) L'agrément vous a permis d'avoir plus d'autonomie dans votre travail.	26	30	30	Transformations de l'organisme
83) L'agrément a créé un climat positif dans votre organisme.	8	22	34	Transformations des relations et adhésion volontaire
84) La direction vous a fortement encouragé à participer à l'agrément.	29	18	43	Stratégie d'action et diffusion
85) Rendre l'agrément obligatoire peut mener à l'échec de l'implantation du programme.	22	13	46	Participation volontaire à l'agrément
86) La participation volontaire à l'agrément accroît les chances d'implanter une telle démarche avec succès.	3	2	78	Participation volontaire
87) Vous êtes convaincu que la participation volontaire assure un climat positif de travail.	2	7	78	Participation volontaire
88) En participant volontairement à l'agrément, vous vous sentez fiers de votre rendement au niveau de la qualité des services.	0	20	65	Participation volontaire
89) Malgré les efforts que l'agrément exige, vous pensez que cela en vaut la peine.	2	7	78	Motivation et engagement

La section 5 portait sur la perception de la participation. Elle était divisée en trois sous-sections. La première demandait aux personnes de décrire leur position face à l'agrément au début de la démarche. Par la suite on demandait aux participants s'ils considéraient qu'ils avaient ou non contribué au processus. Selon leur réponse, on les questionnait sur leur motivation. Ils pouvaient alors cocher plus d'une réponse.

On constate dans le tableau XXX que les participants appuyaient la démarche. Aucune personne ne s'y opposait passivement ou activement.

Tableau XXX
Résultats pour la question 90 (CFOT)

Position	%
Supporteur actif (très actif)	57
Ambivalent (parfois favorable, parfois défavorable)	24
Supporteur passif (réservé)	4
Indifférent (impassible)	2
Opposant passif	0
Opposant actif (hostile)	0
Pas de réponse	13

Le tableau XXXI porte sur la perception de la participation. La très forte majorité avait l'impression d'avoir contribué (95 %). Plusieurs répondants n'ont pas identifié leurs motifs outre la volonté d'apprendre (76 %) et d'améliorer les pratiques (89 %).

Tableau XXXI
Résultats sur la perception de la participation (CFOT)

Question	Réponse			Mots-clés et lien avec modèle d'analyse
	Oui %	Non %	Pas de réponse %	
91) Est-ce que vous avez l'impression d'avoir contribué au processus d'agrément?	95	-	5	Leadership, compétences spécifiques et stratégie d'adhésion
Si « oui », votre motivation de participer relève plus de :	-	-	-	Nature du changement et stratégie d'action
92) La volonté d'apprendre	76	5	19	Stratégies d'action et accroissement des connaissances individuelles
93) L'obligation d'y participer	14	32	54	Obligation
94) La nécessité de faire comme les autres	5	27	68	Conditions facilitantes
95) La volonté de participer à la défense des intérêts de l'hôpital	32	14	54	Valorisation constante par les promoteurs
96) La volonté d'améliorer les pratiques	89	0	11	Conception, compréhension et accroissement des connaissances
Si « non », votre non-participation peut-être caractérisée par :	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non participation
97) Un manque d'intérêt	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non-participation
98) Un manque de temps	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non-participation
99) Un sentiment de ne pas être concerné	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non-participation
100) 100 Un refus délibéré d'y participer	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non-participation
101) 101 Une absence de proposition d'y participer	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non-participation
102) 102 Une certaine appréhension concernant les enjeux	s.o.	s.o.	s.o.	Nature de non-participation

Enfin, la dernière section portait sur les renseignements personnels. La très grande majorité des répondants étaient des médecins, des infirmières ou infirmiers. Ils font majoritairement partis des équipes soins ce qui est normal étant donné le nombre d'équipes dans cette catégorie et ils avaient généralement beaucoup d'ancienneté dans l'établissement.

Tableau XXXII
Renseignements personnels (CFOT)

Profession	Nombre
Médecin	14
Professionnel administratif	4
Personnel de soutien	0
Infirmière	20
Professionnel clinique	0
Autre	3
Aucune réponse	5
Total	46

Équipe d'agrément	Nombre
Leadership et partenariat	7
Gestion de l'environnement	2
Gestion des ressources humaines	5
Gestion de l'information	2
Équipe de soins	19
Autre	5
Aucune réponse	6
Total	46

Expérience de travail dans cet établissement	Nombre
0-5 ans	6
6-10 ans	3
11-15 ans	8
16-20 ans	7
21 ans et plus	16
Aucune réponse	6
Total	46

Ceci complète la présentation des données du questionnaire individuel administré aux membres des équipes de la CFOT.

2.4 Entretiens semi-structurés (CFOT)

Les entretiens semi-structurés se sont tenus en deux temps, une première série de six en juillet 2005 et une autre de quatre en avril 2006 à Treviso. Tous les entretiens ont eu lieu en présence d'une interprète italienne. Pour optimiser le niveau de compréhension, le questionnaire avait été traduit en italien et une copie avait été remise aux participants. Après une explication de l'ensemble du projet de recherche, l'entretien débutait et les questions étaient posées en anglais. Elles étaient répétées par la traductrice en italien.

Sauf exception pour le coordonnateur de l'agrément de la CFOT, les chefs d'équipe rencontrés étaient accompagnés par un membre de leur équipe. Dans le cas du directeur général, l'entretien s'est déroulé autrement, car il n'était disponible que pour une période de temps très limitée. Le chercheur lui a posé certaines questions et lui a remis le questionnaire qu'il a rempli par la suite.

Au total, dix personnes ont été rencontrées, huit chefs d'équipes d'agrément, le directeur général et la coordonnatrice de l'agrément de Treviso qui est aussi la directrice du bureau de la qualité.

Le questionnaire de référence pour ces entretiens est à l'annexe III. Tous les entretiens ont eu une durée de 45 à 55 minutes et ont été enregistrés sur cassettes audio. Par la suite, le verbatim a été traduit, dactylographié et transcrit en français dans des documents Words^{mc}.

La personne qui a traduit et transcrit l'information possède les compétences requises pour faire ce travail. Elle s'est aussi associé un médecin en Italie pour l'assister et la conseiller lorsque nécessaire. Le chercheur était de plus disponible tout au long de cette transcription pour répondre à ses questions et valider les informations.

Les données ont été codées à partir d'une liste de codification développée en fonction du modèle d'analyse et aussi du questionnaire de référence des entretiens semi-structurés.

Contrairement à ce qui avait été fait dans le cas de la HAA, les données des entretiens semi-structurés de la CFOT n'ont pu être revues par une personne externe non familière avec la liste de codes utilisée parce que cette ressource n'avait pas de compétences linguistiques en français. Par contre, les changements du codage résultant de l'exercice avec les données d'Anguilla ont aussi été réutilisés pour la CFOT car ils ont été jugés pertinents. Cette codification modifiée a été par ailleurs validée par une personne qui avait travaillé avec le chercheur à la codification initiale.

Le chercheur a par la suite finalisé la codification des données en fonction de quatre grandes catégories identiques à celles utilisées pour la HAA : 1) l'étape de la prise de décision de participer au programme d'agrément; 2) le changement organisationnel; 3) l'apprentissage organisationnel; 4) type de participation.

Comme pour la HAA, la compilation des données, pour chacune des catégories qui émergent des transcriptions des entretiens, est présentée dans une série de cinq tableaux. Ces tableaux présentent le sujet, le nombre de sources code et la fréquence des cotations. Une explication générale et des explications plus spécifiques précèdent chacun des tableaux.

Le tableau XXXIII présente les résultats sur le nombre et les fréquences des cotations qui sont ressortis pour des éléments concernant la prise de décision et l'état de préparation de la HAA au moment d'adhérer au programme d'agrément.

Tableau XXXIII
 Résultats des entretiens semi-structurés sur les cotations lors de la phase prise de décision (CFOT)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
1) Le personnel était impliqué dans la décision de participer à l'agrément	9	11
Oui	5	7
Non	4	4
2) Connaissances sur l'agrément au moment d'adhérer	10	12
Peu de connaissances	9	11
Expérience limitée	1	1
3) Partage de l'information avec le personnel	10	13
Réunions du personnel	9	11
Aucune information partagée	2	2
4) L'information était suffisante	7	9
Oui	6	8
Non	1	1
5) La décision d'adhérer au programme d'agrément a été prise par	14	14
La direction générale	6	6
L'autorité régionale	5	5
L'organisme dans son ensemble	3	3
6) Ceux qui étaient les plus favorables à cette décision	10	13
La direction générale	3	4
L'autorité régionale	3	4
L'équipe de gestion	4	5

Le tableau XXXIV s'attarde aux résultats sur le changement organisationnel. Il contient plusieurs éléments qui passablement détaillés. C'est pourquoi nous le présentons en deux sections. La première traite des motifs de participation, les conditions facilitantes et les défis que la CFOT devait affronter pour réussir ce projet.

Tableau XXXIV
Résultats des entretiens semi-structurés sur les cotations sur le changement organisationnel (CFOT)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
1) Motifs pour lesquels l'organisme a décidé de participer à l'agrément	26	37
Amélioration de la qualité des services	6	9
Rayonnement/Image externe	3	3
Besoin d'adhérer à des normes de qualité et d'avoir des indicateurs de mesure de la performance	5	7
Besoin de pouvoir faire des changements	2	2
La confiance dans le programme	1	2
Le moment était opportun pour l'organisme	5	8
Besoin d'une évaluation externe	2	3
Besoin d'un changement de culture	1	1
Besoin de démontrer de l'imputabilité	1	2
2) Conditions qui ont facilité l'intégration de la démarche	20	21
L'enthousiasme du personnel	9	9
La direction de l'établissement	6	7
L'autorité régionale	4	4
Le programme en soi	1	1
3) Défis auxquels l'organisme devait faire face pour réussir	16	17
La charge de travail et l'importance du changement	3	3
La culture organisationnelle et les attitudes	3	3
Les coûts associés	1	1
L'absence de connaissances et d'information	0	0
La communication et la mobilisation des équipes	3	3
L'adaptation du programme au contexte	2	2
Le changement de direction	3	4
La structure interne et l'échéancier	1	1

La suite du Tableau XXXIV sur le changement organisationnel montre les résultats sur les compétences au sein de l'organisme, la suffisance/insuffisance des ressources, l'organisme et la perception sur la valeur du plan d'action, le niveau de reconnaissance par rapport à l'initiative et la motivation des individus à participer dans ce projet.

Tableau XXXIV-A
 Résultats des entretiens semi-structurés sur les cotations sur le changement organisationnel (CFOT)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
4) Compétences au sein de l'organisme pour réussir l'agrément	10	14
Oui	6	10
Non, mais nous avons appris	2	2
Non	2	2
5) Niveau de ressources	11	14
Adéquat	6	8
Inadéquat	4	5
Complète	1	1
6) Un plan d'action avait été prévu	9	12
Oui	6	9
Non	3	3
7) L'initiative a été reconnue au sein de l'organisme	10	14
Par la direction de l'établissement	8	10
Tout au long de la démarche	1	1
La reconnaissance a été faible	1	3
8) L'initiative a-t-elle été reconnue à l'extérieur de l'organisme	11	12
Par les médias	5	5
Dans la région/en Italie/ailleurs	6	7
9) Motivation personnelle à participer à ce projet	10	13
Amélioration du système	7	10
Intérêt personnel	3	3

Les résultats sur l'apprentissage organisationnel sont présentés au tableau XXXV en commençant par 1) les bénéfices retirés de cette participation; 2) l'atteinte des résultats; 3) l'intégration des connaissances acquises; 4) les bénéficiaires.

Sur le plan des bénéfices organisationnels, cinq éléments ressortent plus fréquemment : 1) l'amélioration de la qualité (8,16); 2) le changement organisationnel et de la culture (7,15); 3) la mise en place de politiques et de structures (7,13); 4) le travail d'équipe et l'interdisciplinarité (6,8); 5) la capacité

d'identifier les choses à améliorer (5,7); 6) de meilleures relations entre le personnel et les cadres (5,5).

Tableau XXXV

Résultats des entretiens semi-structurés sur l'apprentissage organisationnel (CFOT)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
1) Les bénéfices que l'organisme a retirés de ce projet	66	101
Amélioration de la qualité des services	8	16
Mise en place de politiques et structures	7	16
Confiance et fierté	2	2
Meilleure direction et vision organisationnelle	4	4
Meilleures relations avec le public	4	7
Mise en place de normes de travail et d'exercice	4	6
Changement organisationnel et de la culture	7	15
Le travail d'équipe et l'interdisciplinarité	6	8
Meilleure imputabilité	1	1
Compréhension sur la gestion des risques	0	0
Connaissance accrue de ce que les autres font	3	3
Soutien pour faire croître l'organisme	1	4
Amélioration des communications	4	7
Meilleure compréhension des programmes qualité	2	2
Meilleures connaissances des équipements et infrastructures	3	4
Capacité d'identifier les choses à améliorer	5	7
Les connaissances en déontologie	0	0
Meilleures relations entre le personnel et les cadres	5	5
2) Les objectifs ont été atteints	10	15
Oui	6	7
Non	2	2
Partiellement	2	6
3) L'organisme a intégré les connaissances acquises	11	18
Oui	7	13
Pas certain	1	1
Certains problèmes spécifiques ont été résolus	3	4
4) Les plus grands bénéficiaires	13	17
Tout le monde	9	13
Les moins expérimentées	2	2

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
La direction	2	2

Le tableau XXXVI contient les données agrégées sur l'apprentissage individuel. Les participants ont principalement discuté des éléments suivants : 1) le fonctionnement de l'organisme et des personnes (8,8); 2) de connaissances spécifiques sur le programme d'agrément (5,6); 3) d'une meilleure collaboration dans l'organisme (4,4); 4) des connaissances sur le fonctionnement du système de santé (4,4).

Tableau XXXVI

Résultats des entretiens semi-structurés sur l'apprentissage individuel (CFOT)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
Les bénéfices sur le plan personnel de ma participation	26	28
Le fonctionnement de l'organisme et des personnes	8	8
Meilleure appréciation de la culture	2	3
Connaissances spécifiques sur le programme d'agrément	5	6
Connaissance générale	1	1
Meilleure collaboration dans l'organisme	4	4
Possibilité de débattre des idées	2	2
Connaissances sur le fonctionnement du système de santé	4	4

Dans le tableau XXXVII qui présente les résultats sur le type de participation, nous constatons que la très grande majorité était d'avis que l'agrément devrait être volontaire (6,7). Deux personnes croyaient que l'adhésion devrait être obligée tandis qu'aucune ne mentionne que cela peut dépendre des circonstances.

Tableau XXXVII
 Résultats des entretiens semi-structurés sur le type de participation (CFOT)

Cotation retenue lors de l'analyse des transcriptions	N ^{bre} de codes sources	Fréquence
Participation volontaire versus une participation obligée	8	9
Volontaire	6	7
Obligée	2	2
Dépend des circonstances	0	0

Ceci termine la présentation des résultats pour la CFOT qui comprennent quatre types de données : 1) le niveau de compliance mesuré à trois moments distincts; 2) la documentation et les observations; 3) les questionnaires individualisés administrés aux membres des équipes d'agrément; 4) les entretiens semi-structurés.