

Université de Montréal

La gestion de la qualité des soins dans un contexte de contrat liant  
un établissement public et un partenaire privé

par  
Johanne Gagnon

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des sciences infirmières  
en vue de l'obtention du grade M.S. ès sciences (M.Sc)  
en sciences infirmières  
option administration des sciences infirmières

Mai 2013

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce travail dirigé intitulé :  
La gestion de la qualité des soins dans un contexte de contrat liant  
un établissement public et un partenaire privé

présenté par :  
Johanne Gagnon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Hélène Lefebvre, inf. Ph. D.,  
Professeure titulaire, directrice de recherche

Madame Marie-Josée Levert Ph. D.,  
Professeure adjointe, membre du jury

## *Sommaire*

Le vieillissement de la population, particulièrement l'accroissement du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans présentant des problèmes de santé chroniques multiples, a fait augmenter de façon significative la demande pour les services d'hébergement. Vers le milieu des années 2000 lors de la réorganisation des places en hébergement, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a donné son autorisation pour des ententes contractuelles entre un établissement public et un partenaire privé. Les ressources intermédiaires (RI) ont été créées suite au partenariat entre un Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) et un partenaire du secteur privé pour des établissements pouvant accueillir neuf usagers ou plus. Selon l'entente légale, le CSSS est imputable de la qualité des soins et services rendus autant par son personnel que par celui du partenaire privé. Ce partenariat occasionne toutefois des problèmes de gestion de la qualité des soins et services causés par des valeurs et des objectifs différents de part et d'autre et par des difficultés au niveau de la transmission des informations. De plus, les ressources intermédiaires représentent un nouveau milieu de pratique comportant plusieurs défis. Le personnel infirmier doit démontrer des compétences en leadership et posséder un excellent jugement clinique. Les gestionnaires développent une synergie avec le personnel clinique dans l'organisation du travail afin de mettre en place des mécanismes pour assurer la qualité des soins. Suite à la recension des écrits effectuée à l'aide d'une adaptation du «scoping review» et en utilisant le cadre conceptuel de la gouvernance clinique, nous avons tenté de répondre aux questions suivantes: quels sont les problèmes de qualité des soins liés au partenariat entre le CSSS et les ressources intermédiaires? Quelles sont les conditions nécessaires pour assurer la qualité des soins en ressources intermédiaires? Comment favoriser l'exercice du leadership clinique et l'application des meilleures pratiques pour le personnel infirmier? Quelles sont les interventions qui pourraient être utilisées pour assurer la qualité et la sécurité des

soins et services en ressources intermédiaires? Suite à la recension des écrits, nous croyons que des actions doivent être entreprises par le CSSS pour favoriser la qualité des soins et services qui concernent autant son personnel et son organisation du travail que ceux du partenaire. Nous croyons aussi qu'au-delà des mécanismes de contrôle, des leviers de gestion doivent être exercés auprès du partenaire privé pour assurer la qualité des soins et services.

Mots-clés: quality of care, nursing homes, nursing assistant, for profit,  
not-for-profit, nursing staffing level, clinical governance

## *Table des matières*

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte et objet du questionnement	2
Buts	8
Méthode	9
Cadre de référence	12
Recension des écrits	16
Le cadre légal	17
La mise en œuvre d'une ressource intermédiaire	17
Le profil des usagers	21
L'offre de service et le fonctionnement	22
La gestion de la qualité des soins dans un contexte de partenariat public/privé	24
Le concept de qualité	25
Le système de valeurs et les objectifs des organisations avec et sans but lucratif	26
La qualité des soins dans les organisations avec et sans but lucratif	27
Le financement	28
Collaboration et transmission de l'information entre les détenteurs d'enjeux	30
Le milieu clinique et la qualité des soins en ressources intermédiaires dans une perspective de gouvernance clinique	32

Les soins centrés sur l'utilisateur	32
Le développement professionnel et l'application des meilleures pratiques	33
Le leadership	35
Les conditions de pratique en ressources intermédiaires	38
Le système de gouverne et l'organisation du travail pour assurer la qualité des soins dans une perspective de gouvernance clinique	43
Les composantes du système de gouverne	43
L'incitation dans l'implantation de la gouvernance clinique	44
Le partage de l'information dans l'implantation de la gouvernance clinique	45
Le leadership organisationnel	46
La synergie entre le système de gouverne et le système clinique	47
L'organisation du travail	48
Stratégies d'intervention	50
Sélection, dotation et rétention du personnel infirmier	51
Formation et développement professionnel	53
Formation et collaboration du personnel du partenaire privé	54
Mise en place d'un milieu axé sur la qualité des soins et services	55
Utilisation des résultats de recherche et application des meilleures pratiques	56
Les audits cliniques et l'efficacité clinique	57
La régulation par le CSSS	59
Discussion	62
Conclusion	69
Références	72
Appendices : tableaux et figures	79

*Liste des tableaux*

Appendice 1 : Tableau 1 : Résultats de la recension des écrits provenant des moteurs de recherche CINAHL et MEDLINE

Appendice 2 Tableau 2 : Propositions d'interventions dans une perspective de gouvernance clinique

*Liste des figures*

Appendice3 : Figure 1: La gouvernance clinique

Appendice4 : Figure 2: Les composantes de la gouvernance clinique



## *Remerciements*

Je tiens à remercier ma directrice de maîtrise Madame Hélène Lefebvre pour ses conseils judicieux, ses encouragements et son soutien particulièrement lors d'une période de grande incertitude.

J'aimerais adresser un remerciement particulier à Madame Sylvie Décarie conseillère cadre. Sa grande compétence et sa rigueur en ce qui concerne la qualité des soins ont été pour moi une source d'inspiration et ont suscité le désir d'entreprendre le parcours vers la maîtrise.

Je remercie Catherine Chabot qui a été ma supérieure pendant une grande partie de ma scolarité de maîtrise, pour ses encouragements et sa grande souplesse pour permettre la conciliation de mon horaire de travail et mes études. Je remercie également Marie-Claude Lagotte qui lui a succédé et qui a continué à appuyer ma démarche sans réserve. Sans leur compréhension, mon projet de maîtrise n'aurait pu être mené à terme.

Enfin, je remercie de tout mon cœur mon conjoint Marc et mon fils Guillaume pour leurs encouragements tout au long de ma scolarité et particulièrement dans les moments de découragement. Leur amour et la fierté qu'ils m'ont témoignés m'ont permis de me rendre au bout de ce beau projet.

## *Introduction*

## Contexte et objet du questionnement

La qualité des soins est une préoccupation constante pour l'ensemble des professionnels de la santé et pour la population qui s'attend à ce qu'un contrôle soit exercé dans l'ensemble des établissements qui dispensent des soins. La prestation des soins dépasse depuis longtemps les frontières des centres hospitaliers. Elle s'exerce dans différents milieux pour des usagers présentant des problèmes de santé parfois complexes. Ainsi, les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) sont responsables de la qualité des soins et services offerts à leur population pour l'ensemble des installations publiques et privées de leur territoire.

Les personnes âgées font partie des clientèles vulnérables et représentent une proportion importante des usagers qui nécessitent des soins et des services d'assistance. Selon les statistiques, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans est en croissance et cette augmentation se poursuivra dans les prochaines années (Institut de la statistique du Québec, 2009). Au Canada en 2036, 10 à 11 millions de personnes seront âgées de plus de 65 ans et en 2061 elles seront de 12 à 15 millions (Vérificateur général du Québec, 2012). Au Québec, de 2010 à 2031, le pourcentage de la population des 65 ans et plus passera de 15.3% à 26%. À ce moment une personne sur quatre au Québec sera âgée de 65 ans ou plus (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012). De ce nombre 3,7 % auront plus de 85 ans. (Institut de la statistique du Québec, 2009). Le grand âge est souvent associé à la multiplication des problèmes de santé, à des conditions psychosociales complexes, et par conséquent à une augmentation de l'utilisation des services de santé et des services d'hébergement. Selon Quesnel-Vallée & Soderstrom (2008), l'accroissement de l'espérance de vie et de la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus qui utilisent davantage de services fera augmenter les coûts du système de santé.

Les orientations actuelles préconisent le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant des soins et services. Le gouvernement du

Québec promet d'investir des sommes supplémentaires à cet effet et plusieurs groupes d'influence sont en accord avec cette décision. Entre autres dans son mémoire paru en 2012 sur le financement des soins infirmiers dans la communauté, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) recommande d'investir davantage dans les soins et services à domicile. L'Association Québécoise d'Établissements de Santé et de Services Sociaux (AQESSS, 2011) mentionne que plusieurs sondages confirment le souhait des personnes âgées de demeurer à domicile. Cependant 80% des dépenses pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement sont consenties à l'hébergement par rapport à 20 % pour les services à domicile (AQESSS, 2011). En 2010-2011, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a consacré près de 2,9 milliards de dollars aux services d'hébergement (Vérificateur général du Québec, 2012). Actuellement les services à domicile sont insuffisants pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie qui ont besoin de plusieurs heures/soins par jour ou dont les déficits cognitifs nécessitent une présence éveillée la nuit. L'attente pour certains services à domicile peut parfois être très longue. La complexité des problèmes de santé et des problèmes sociaux entraîne une forte demande pour les places en hébergement.

Le concept de ressources intermédiaires (RI) qui fait partie des ressources non institutionnelles, est apparu à Montréal vers le milieu des années 2000 lors de la réorganisation des places en hébergement effectuée par le MSSS. Cette association avec le secteur privé pour héberger une clientèle en transition entre le domicile et les centres d'hébergement (CHSLD), a pour objectif d'offrir un milieu de vie mieux adapté aux besoins des personnes en perte d'autonomie en dehors des institutions d'hébergement traditionnelles. En plus d'augmenter l'accès à une nouvelle formule d'hébergement, ce partenariat a l'avantage pour le MSSS de diminuer les coûts liés à la construction d'établissements et à leur fonctionnement. Les RI ont été créées pour héberger des usagers qui ne peuvent demeurer à domicile même avec

des services du Centre Local de Services Communautaires (CLSC), mais dont le profil ne correspond pas encore au CHSLD.

Selon l'article 302 de la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux (LSSSS), une ressource intermédiaire est liée par contrat à un établissement public et sert d'intermédiaire entre les usagers et l'établissement public. Elle offre des services de soutien et d'assistance aux usagers confiés par l'établissement public et tente de recréer un milieu de vie qui s'approche le plus possible du milieu de vie naturel.

En partenariat avec le secteur privé, au 31 mars 2011 il existait 5,570 places réparties dans 359 ressources intermédiaires liées par contrat avec un établissement public. L'ajout de 350 places supplémentaires en ressources intermédiaires est déjà prévu et accepté par l'Agence de Santé de Montréal (Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal, 2012). En contrepartie, le nombre de places en CHSLD a diminué de 12 % de 1991 à 2008 (Info-Stats, 2009). L'augmentation du temps d'attente en CHSLD a pour conséquence l'hébergement d'une clientèle qui demande plus de soins et services en RI. La diminution des places en CHSLD a aussi modifié le profil de cette clientèle. Les personnes admises requièrent un niveau plus élevé de soins. Elles présentent des pathologies complexes, des incapacités motrices et sensorielles importantes et des problèmes cognitifs majeurs. Cela implique aussi que ces personnes seront hébergées moins longtemps en CHSLD et qu'un nombre important y termineront leur vie.

Les ressources intermédiaires existaient déjà en région et en périphérie de Montréal. Toutefois, leur implantation dans la métropole s'est faite dans un contexte d'établissements pouvant accueillir beaucoup plus d'usagers, leur nombre variant d'une vingtaine à parfois plus de cents usagers pour une même ressource intermédiaire. Par ailleurs, ce type de partenariat implique la mixité du personnel professionnel du CSSS et du personnel non professionnel et de soutien du partenaire privé. Pour bien fonctionner, le partenariat doit être soutenu par le partage de valeurs chères au système de santé public et qui sont associées à

l'accessibilité, l'équité, le respect et la qualité et par la collaboration entre les intervenants pour des soins centrés sur les besoins des usagers. Cependant, alors que la mission des CSSS est d'assurer le bien-être des usagers, le partenariat en hébergement sans renier les valeurs citées précédemment, représente avant tout une occasion d'affaires et la possibilité de faire des profits pour les gestionnaires du secteur privé. Leur objectif est donc de veiller à ce que le coût des soins et services qu'ils sont tenus de rendre en vertu de l'entente contractuelle n'excède pas les montants consentis par le CSSS. Cette divergence de vision est au cœur des problèmes de qualité reliés au partenariat. Ces constatations sont reprises par Lamarche & Trigub-Clover (2008) qui ont répertorié des recherches démontrant que les organisations à but lucratif sont moins performantes pour la qualité des services parce que la recherche de profits les amène à couper les services. L'étude de Castle & Engberg (2008) faite à Pittsburg conclut que les résidences privées ont tout intérêt à réduire le personnel pour augmenter leurs profits, ce qui amène une piètre qualité des soins. Dans la pratique nous avons observé que les partenaires privés utilisent différents moyens pour diminuer les coûts des soins et services ou essayer d'augmenter leur rétribution dans le but d'augmenter leurs profits. Ces pratiques se répercutent sur la qualité des soins et services et peuvent avoir de fâcheuses conséquences pour les usagers. La diminution de la qualité des soins dans les résidences à but lucratif pour personnes âgées est démontrée par plusieurs recherches canadiennes et américaines. Malgré cela, le secteur des résidences d'hébergement à but lucratif est en expansion au Canada (McGregor & Ronald, 2011).

Les ressources intermédiaires représentent un nouveau milieu de pratique pour les soins infirmiers et offrent des conditions de travail particulières pour le personnel du secteur public. Par exemple, le personnel du CSSS n'est pas présent tous les jours et sur tous les quarts de travail, mais il est quand même responsable avec la collaboration du personnel non professionnel du partenaire privé, du suivi de plusieurs usagers présentant des problèmes de santé et psychosociaux

complexes. Le protocole d'entente entre le CSSS et le partenaire privé détermine certaines conditions pour la prestation des soins. Il stipule que le CSSS confie la prestation de soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne et l'administration de médication sous plusieurs formes à des personnes autorisées (préposés aux bénéficiaires) et formées par le CSSS en lien avec le cadre légal (Loi modifiant le code des professions. Art 39.6 à 39.10; Loi sur les services de santé et les services sociaux, art, 207). Le personnel infirmier du CSSS doit évaluer les risques de préjudices avant de confier les activités professionnelles en s'assurant de la compréhension des personnes désignées et du maintien de leurs compétences (AQESSS, 2008). Cette nouvelle organisation du travail implique des responsabilités accrues pour le personnel infirmier au niveau de l'encadrement des activités confiées aux préposés aux bénéficiaires (PAB). Dans son récent document sur la contribution des aides-soignants et des proches aidants aux soins infirmiers, l'OIIQ (2011) mentionne que la délégation de certaines activités de soins nécessite une supervision plus étroite et la mise en place de conditions d'encadrement. Selon la position de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada (AICC, 2003), l'infirmière et les organisations veillent à ce que les éléments nécessaires à un milieu de travail professionnel de qualité soient présents.

Les ressources intermédiaires sont des milieux cliniques qui requièrent du personnel infirmier un très bon jugement pour évaluer les problèmes de santé et les besoins des usagers et établir les priorités, de l'autonomie dans l'exercice de ses activités professionnelles et une bonne organisation du travail. Des compétences en leadership sont essentielles afin de bien définir son rôle auprès du partenaire privé et promouvoir les bonnes pratiques dans l'intérêt des usagers, ainsi que pour partager sa vision de la qualité et de l'organisation du travail auprès des gestionnaires du CSSS dans le but d'influencer certaines de leurs orientations. Elles constituent un milieu propice aux innovations dans la prestation des soins et l'organisation du travail. Pour les gestionnaires, le contexte de partenariat représente un défi pour développer des leviers afin d'assurer la qualité des soins et

services, pour établir des mécanismes d'encadrement et repenser une organisation du travail de concert avec le personnel clinique. Finalement, la synergie entre le système clinique et le système de gouverne du CSSS permet d'exercer des actions communes pour assurer la qualité et soutient le personnel en place (Brault, Roy & Denis, 2008).

L'imputabilité du secteur public concernant la qualité des soins et services dans toutes les installations de son territoire, et les contrats qui le lient au secteur privé justifient une analyse plus approfondie des conditions pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services en ressources intermédiaires.



### Buts

Les buts de ce travail dirigé sont d'une part suite à la recension des écrits, d'identifier des conditions pour assurer la qualité des soins et services des personnes en perte d'autonomie dans un contexte de ressource intermédiaire et d'autre part de proposer des interventions de gestion.

La recension des écrits vise à documenter les questions suivantes :

- Quels sont les problèmes de la qualité des soins liés au partenariat avec le secteur privé en ressources intermédiaires?
- Quelles sont les conditions nécessaires pour assurer la qualité des soins en ressources intermédiaires?
- Quelle est l'importance du leadership infirmier et de la synergie entre le système clinique et le système de gouverne dans la perspective de la gouvernance clinique en ressources intermédiaires?
- Quelles sont les interventions qui pourraient être utilisées afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins et services rendus par le partenaire privé ?
- Quels sont les leviers de gestion qui pourraient être développés pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services aux usagers?

## Méthode

La démarche de recherche documentaire a été effectuée selon une adaptation du modèle de «Scoping Review» (Arksey & O'Malley, 2005) à l'aide des banques de données CINAHL et MEDLINE. Les mots-clés suivants ont été utilisés pour la recension des écrits: *quality of care, nursing homes, nursing assistant, for profit, not-for-profit, nursing staffing level, clinical governance*. Les écrits publiés en langue française et anglaise couvrant les années 2000 à 2012 ont été examinés. Les études de plus de cinq ans ont été incluses pour couvrir tous les thèmes et pour répondre à l'ensemble des questions du travail à cause de la rareté des écrits; la création des ressources intermédiaires étant relativement récente et peu publicisée et dont le fonctionnement semble propre au Québec. La combinaison des mots-clés *quality of care* ET *nursing homes* ainsi que *staffing level* ET *quality of care* ET *nursing homes* a généré 300 résultats. De ce nombre 13 articles ont été retenus. Par la suite une recherche a été effectuée en ajoutant *nursing assistant* à *quality of care* ET *nursing homes*. Cette combinaison a produit 31 résultats dont 5 articles avaient déjà été sélectionnés dans les combinaisons précédentes. Enfin, 3 articles supplémentaires ont été retenus. La recherche avec ces mots clés visait à trouver des écrits en lien avec l'organisation du travail au niveau du système clinique, l'effet de la dotation en personnel sur la qualité des soins et le rôle du personnel infirmier dans les résidences pour personnes âgées. Deux importantes revues systématiques (Comondore et al. 2009 ; Hillmer, Wodchis, Gill, Anderson & Rochon, 2005) regroupant 120 publications figurent au nombre des articles retenus.

Par la suite une recherche en lien avec le système de gouverne effectuée avec la combinaison des mots clés *clinical governance* ET *nursing homes* n'a donné aucun résultat. La combinaison *clinical governance* ET *quality of care* a produit 21 résultats dont 9 ont été retenus. Enfin, la combinaison *clinical governance* ET *support system* a donné 4 résultats et 1 article a été retenu. Cette recherche a été faite dans l'intention de trouver des articles traitant spécifiquement de

l'implication de la gouvernance pour assurer la qualité des soins et de son interface avec le système clinique.

Une recherche a aussi été faite avec les mots clés *for profit* ET *not for profit* ET *nursing homes* pour sélectionner des articles concernant d'éventuelles disparités dans la qualité des soins entre le secteur privé et le secteur public. Il y a eu 34 résultats issus de cette recherche et 6 articles ont été retenus. Le tableau 1 de l'appendice 1 représente la démarche de recherche effectuée à l'aide des banques de données.

La sélection des articles s'est faite par la lecture du résumé et les publications ont été retenues pour répondre à l'un ou l'autre des critères d'inclusion mentionnés auparavant. Les articles retenus ont été entièrement lus et ont fait l'objet d'un résumé. Les références citées à la fin des articles se sont avérées une autre source documentaire pertinente et importante ainsi que les références proposées dans le cadre des cours du programme de la maîtrise. Le moteur de recherche Google et des publications d'organismes préoccupés par la qualité des soins donnés aux personnes âgées ont aussi été utilisés. La recension des écrits a permis de classer les articles selon les thèmes suivants:

Le premier thème concerne le cadre légal qui régit les conditions d'implantation, de mise en œuvre et de fonctionnement des ressources intermédiaires. Il fait aussi référence aux lois en lien avec les activités confiées et avec les conditions de pratique du personnel infirmier.

Le deuxième thème est en lien avec la gestion de la qualité des soins dans un contexte de contrat. Ce thème traite des principaux problèmes reliés au partenariat entre le secteur privé et le secteur public qui ont un impact sur la qualité des soins, en particulier ceux qui concernent la différence de valeurs et l'asymétrie de l'information.

Les deux derniers thèmes, le système clinique et le système de gouverne, bien que traités séparément, sont deux thèmes interreliés. Les écrits concernant le système clinique traitent de l'importance de centrer les soins et services sur

l'usager, et de participer au développement des meilleures pratiques dans la prestation des soins, du leadership infirmier dans un contexte de partenariat et de l'autonomie du personnel infirmier dans l'application de son jugement clinique. Le système de gouverne traite pour sa part de l'organisation du travail et de la mise en place des conditions nécessaires pour assurer la qualité des soins dans une perspective de gouvernance clinique ainsi que l'utilisation de leviers à cette fin en concertation avec le personnel infirmier.

Des propositions de stratégies organisationnelles et d'interventions cliniques pour assurer la qualité des soins dans un contexte de partenariat, soutenues par le cadre de référence, font suite à la présentation et l'analyse des écrits. Il s'ensuit une discussion des forces et limites des conditions pour l'implantation et la réalisation des stratégies et des interventions proposées. Des recommandations et des pistes de réflexion viennent clore le travail.

### Cadre de référence

La gouvernance clinique a été choisie comme cadre de référence pour ce travail dirigé (figure 1 Modèle de gouvernance clinique de l'appendice 3) parce qu'elle regroupe les éléments d'amélioration continue de la qualité, d'imputabilité des organisations et de leadership infirmier susceptibles de favoriser la qualité des soins et services dans un contexte de contrat entre une organisation publique et un partenaire privé

Le concept de gouvernance clinique s'est retrouvé au cœur de la réforme des services de santé en Angleterre à la fin des années 90.

La gouvernance clinique est un ensemble de moyens par lesquels les organisations et les professionnels assurent la qualité des soins en rendant reponsables les différents acteurs impliqués dans la création, le maintien et la surveillance des normes se rapportant aux meilleures pratiques cliniques. (Brault et al., 2008, p. 168)

Les deux éléments centraux de la gouvernance clinique sont l'amélioration continue de la qualité et l'obligation de rendre compte de la qualité des soins et services (Brault et al., 2008). Ceci implique de nouvelles approches de leadership, de planification stratégique de la qualité, de gestion du personnel et des processus, la participation du patient dans la détermination de ses soins et la diffusion de l'information (Halligan & Donaldson, 2001). L'exercice de la gouvernance clinique permet de mieux connaître la production des services, les conséquences des interventions et les bénéfices d'une action plus concertée entre professionnels et organisations (Denis & Contandriopoulos, 2008). La synergie entre le système clinique et le système de gouverne encourage les professionnels à développer leur autonomie afin de favoriser l'application des connaissances scientifiques et des meilleures pratiques. Ce contexte permet l'exercice du leadership infirmier en favorisant les initiatives dans la prestation des soins et l'organisation du travail. Cette synergie entre les gestionnaires et les professionnels de la santé est essentielle à la réussite de la gouvernance clinique (Scally et Donaldson, 1998).

L'amélioration continue de la qualité des soins et services, leur prestation selon les valeurs telle que l'accessibilité, l'équité, la continuité la qualité et l'efficience constituent les principaux engagements des organisations de santé envers la population de leur territoire. Selon Brault et al., (2008) la qualité des soins et services est une responsabilité conjointe des organisations de santé et des professionnels.

Les six composantes de la gouvernance cliniques (figure 2 de l'appendice 4) mentionnées ci-dessous réfèrent aux meilleures pratiques et à l'évaluation de leur utilisation, à l'efficacité clinique, au développement professionnel et scientifique et à la gestion des risques.

#### *Recherche et développement scientifique*

Les données probantes issues des recherches et les développements scientifiques doivent être diffusés au personnel infirmier afin d'améliorer les pratiques cliniques. Selon Bishop (2008), les principaux rôles de la gouvernance clinique sont la mise en place d'une qualité de soins supérieure centrée sur le patient ainsi que la diffusion et l'implantation des meilleures pratiques provenant de la recherche. Braithwaite & Travaglia (2008) soulignent la responsabilité des organisations à veiller à ce que le personnel ait accès aux résultats de recherches et aux meilleures pratiques et à la responsabilité du personnel de veiller à appliquer ces pratiques et rapporter tout problème relatif à leur mise en application.

#### *Vérification (audit) clinique*

La vérification clinique au moyen de critères et de normes basées sur les meilleures pratiques, jumelées à des indicateurs de gestion et de satisfaction des usagers, sert à assurer la qualité et la sécurité des soins et services ainsi que leur efficience. La vérification clinique contribue aussi à l'évaluation des pratiques (Brault et al., 2008; Denis et Contandriopoulos, 2008; Scally et Donaldson, 1998; Halligan et Donaldson, 2001; Bishop, 2007, 2008; Braithwaite et Travaglia, 2008). L'habileté à mesurer la qualité des services est essentielle au succès de l'implantation de la gouvernance clinique (Halligan et Donaldson, 2001).

### *Efficacité clinique*

Par l'application des meilleures pratiques, l'efficacité clinique fait suite à la vérification clinique. Elle favorise le développement de procédures et de protocoles de soins, de systèmes d'indicateurs appropriés au contexte visant l'amélioration des soins et services (Denis et al., 2008). Elle permet aussi la révision des pratiques associées aux interventions (Brault et al., 2008). Selon Scally et Donaldson, (1998) elle réfère également à l'utilisation judicieuse des ressources.

### *Formation et développement professionnel*

La formation et le développement professionnel sont essentiels pour maintenir l'expertise clinique et la mise à jour des meilleures pratiques. En effet, la complexité des soins, les nouvelles technologies et les changements cliniques issus des résultats de recherches rendent rapidement désuètes les formations initiales des professionnels de la santé (Brault et al., 2008). Selon Scally et Donaldson, (1998). Le recrutement et la rétention de personnel qualifié, le support, l'accès aux nouvelles technologies et aux résultats de recherches ainsi que l'évaluation régulière du personnel sont autant de façons d'assurer les gestionnaires d'avoir du personnel intéressé à s'investir dans la formation continue et à participer au développement de nouvelles pratiques pour assurer la qualité des soins et services. Pour Braithwaite et Travaglia, (2008) la formation continue doit faire partie d'une culture organisationnelle et il est de la responsabilité des gestionnaires de planifier la tenue d'activités de formation et de celle du personnel de saisir les opportunités d'apprentissage.

### *La gestion des risques*

Les établissements de santé publics doivent établir et mettre en place des politiques pour assurer la sécurité et éviter les événements indésirables dans les installations pour lesquelles ils sont responsables de la qualité des soins. Les politiques de gestion des risques touchent les usagers, le personnel et les organisations par la régulation des professions et du système de santé, la mise en place d'un environnement de travail sécuritaire, une protection immunitaire

efficace et l'embauche de personnel qualifié (Brault et al., 2008; Braithwaite et Travaglia, 2008). L'utilisation de données concernant les événements indésirables permet de cerner les failles reliées à la sécurité des soins et services. Elle guide les gestionnaires dans l'amélioration des processus et le personnel dans l'amélioration de leurs pratiques (Halligan et Donaldson, 2001).

#### *La transparence*

L'organisation est imputable de la qualité et de la sécurité des soins et services. La tenue d'un registre des incidents et des événements sentinelles est essentielle et par la suite l'organisation doit être en mesure de communiquer les initiatives d'amélioration de la qualité et leur efficacité, tout en respectant la confidentialité des usagers et des professionnels (Brault et al., 2008; Braithwaite et Travaglia, 2008). L'organisation est aussi responsable de s'assurer de la satisfaction des usagers et de mettre en place un mécanisme de traitement des plaintes efficace. (Sally et Donaldson, 1998).

Bien que la gouvernance clinique fasse référence à une culture de qualité qui lie le système de gestion et le système clinique, nous pensons qu'elle doit s'étendre aux partenaires privés qui font partie des acteurs responsables de la prestation des soins et services en ressources intermédiaires. Selon Brault et al., (2008), la gouvernance clinique concerne tous les acteurs impliqués dans la prestation des soins et services. Dans un contexte de partenariat, les composantes de la gouvernance clinique: formation du personnel, tenue d'audits, création de procédures et processus associés à la gestion des risques et à la transparence sont applicables autant pour le CSSS que pour le partenaire privé.



## Recension des écrits

La recension des écrits porte d'abord sur le cadre légal puisque l'implantation et le fonctionnement des ressources intermédiaires relèvent de différentes lois et sont assujettis à un cadre de référence et des contrats mis en place pour assurer la qualité des soins et services.

Dans un deuxième temps, nous ferons un examen de la relation qui lie l'établissement public et le partenaire privé ainsi que des enjeux reliés à la collaboration, à l'imputabilité, à la transmission des valeurs et à l'interdépendance entre les acteurs pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services.

Finalement, en utilisant le cadre de référence de la gouvernance clinique, nous nous pencherons sur les éléments essentiels au fonctionnement du système clinique et du système de gouverne dans un contexte de partenariat.

### Le cadre légal

La recherche documentaire porte sur les conditions de mise en œuvre d'une ressource intermédiaire, le profil des usagers, l'offre de services et les caractéristiques de fonctionnement des ressources intermédiaires. Il sera aussi question des lois concernant la santé et les services sociaux, de celles qui régissent la pratique des professionnels, particulièrement du personnel infirmier, ainsi que des concepts légaux et des obligations liées aux contrats entre les établissements publics et les partenaires privés. Ces différents éléments du cadre légal seront traités afin de permettre une compréhension du contexte dans lequel les soins sont dispensés.

#### *La mise en œuvre d'une ressource intermédiaire*

Le Cadre de référence du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2001) a pour objectif de faire connaître aux établissements publics et aux partenaires privés les orientations ministérielles, les principes directeurs et les assises qui sous-tendent la création des ressources intermédiaires. Il fournit aux établissements de santé publics et aux partenaires privés une référence commune

à l'égard de l'organisation, la gestion, la prestation et la rétribution pour des services de qualité et précise leurs rôles et responsabilités respectifs. Les orientations et les principes directeurs du Cadre de référence comprennent l'intégration et la participation sociale de l'utilisateur en reconnaissant ses besoins individuels, en le valorisant dans l'exercice de ses rôles sociaux et en instaurant une approche milieu de vie qui ressemble davantage au domicile qu'à l'institution. Les principes directeurs du Cadre de référence favorisent aussi l'accessibilité aux ressources appropriées en fonction des besoins des usagers et des disponibilités humaines, matérielles et financières de l'établissement public et du partenaire privé. Les orientations et les principes directeurs du ministère accordent une place importante à la qualité des soins et services en confirmant l'imputabilité de l'établissement public pour l'ensemble des soins et services rendus à l'utilisateur et l'imputabilité du partenaire privé pour la qualité du milieu de vie et des services de soutien ou d'assistance. Les deux parties doivent s'engager à respecter les droits des usagers et à agir avec prudence et diligence ainsi qu'à s'engager à poser les actions nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Enfin, les deux parties s'assurent du respect des orientations ministérielles et des balises du Cadre de référence dans l'organisation des services, d'une flexibilité pour répondre aux besoins évolutifs des usagers et du maintien d'une culture et d'une gestion intégrée de la qualité dans l'organisation des soins et services. Les orientations et les principes directeurs du Cadre de référence définissent aussi la nature des relations entre l'établissement public et le partenaire privé qui doivent être fondées sur la bonne foi et sur la collaboration dans l'exercice des rôles et responsabilités qui leur sont propres dans le meilleur intérêt de l'utilisateur.

La mise en œuvre d'une RI comporte plusieurs étapes. L'Agence de Santé et de Services Sociaux (ASSS) doit en vertu de l'article 304, alinéa 2 de la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (LSSSS), identifier dans un premier temps les CSSS de sa région de juridiction qui peuvent recourir aux services de partenaires privés pour implanter des ressources intermédiaires et en assurer le

suivi professionnel. L'ASSS désigne les CSSS selon certains critères: le respect de leur mission, la contribution de leur expertise, l'équité dans l'accessibilité aux ressources ainsi que la continuité et la qualité des services offerts et l'efficacité dans le recrutement et l'utilisation des ressources. (MSSS, 2001), et elle détermine le nombre de places en ressources intermédiaires pour chaque territoire de CSSS. Par la suite, le CSSS est responsable de l'évaluation des postulants en regard de leurs habiletés et compétences à garantir des services de qualité selon l'approche milieu de vie, l'aménagement des places requises déterminé dans le Guide de mise en œuvre d'une ressource intermédiaire (ASSS, 2007), le respect des normes et règles de la Régie du bâtiment ainsi qu'en matière de sécurité, prévention des incendies et prévention des infections. Les candidatures sélectionnées seront soumises à l'ASSS pour être reconnues comme ressources intermédiaires. La reconnaissance d'une ressource intermédiaire lui confère l'obligation d'être rattachée à un établissement public (MSSS, 2001; ASSS, 2007).

L'étape suivante est la signature du contrat entre le CSSS et le partenaire privé afin selon l'article 304, alinéa 4, de la LSSSS de s'assurer de la mise en place et du fonctionnement de mécanismes de concertation qui régissent les rapports entre le CSSS et le partenaire privé. Ces mécanismes doivent préciser les clientèles cibles, la capacité d'accueil, les modalités d'admission des usagers, les obligations du partenaire privé envers l'utilisateur et envers le CSSS, les obligations du CSSS envers l'utilisateur et le partenaire privé, la rétribution et les modalités de paiement, la durée de l'entente, le mode de renouvellement de l'entente et les conditions de résiliation de l'entente (MSSS, 2001).

Par la suite, un protocole d'entente (AQESSS, 2008) est signé entre l'établissement public et le partenaire privé afin de mettre en application les articles 39.7 et 39.8 du Code des professions qui permet à une personne de prodiguer des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne et

d'administrer des médicaments pour un usager inscrit dans un CSSS. Ces activités de soins peuvent être effectuées dans le cadre d'un programme de soutien à domicile dont font partie les ressources intermédiaires. Ce protocole est déterminant pour le personnel infirmier du CSSS qui pratique en ressource intermédiaire, car il autorise la prestation des activités confiées à du personnel dit «non professionnel» dont l'administration de la médication, l'exécution de soins invasifs d'assistance ou l'exécution de toute autre activité de soins permise par la loi (Loi modifiant le Code des professions, L.Q. 2002, c. 33) et autorisée par le CSSS signataire du protocole. Ce protocole établit aussi l'obligation par le partenaire privé de s'assurer de ne prodiguer que les activités permises et selon les directives du CSSS, il s'assure aussi que la personne autorisée a été formée par le CSSS et qu'elle utilise les techniques de soins de celui-ci de façon sécuritaire. Toutefois, le protocole ne précise pas les conditions spécifiques liées à l'encadrement du personnel non professionnel comme les exigences au niveau de la scolarité requises pour l'exécution des activités confiées ou les modalités de supervision de ces activités. Les obligations du CSSS consistent à désigner un membre de son personnel infirmier pour évaluer les besoins de l'utilisateur et préciser dans son plan thérapeutique infirmier (PTI) les activités qui seront confiées. Il s'assure que les conditions spécifiques à l'administration de la médication et aux activités de soins confiées sont conformes au protocole d'entente (médication prescrite, préparée par un professionnel et prête à être administrée) et sont sécuritaires en tenant compte de l'état clinique de l'utilisateur (stabilité de l'état de santé). Le CSSS est responsable de la formation du personnel du partenaire privé en ce qui concerne l'administration de la médication, les activités de soins invasifs ou toute autre activité de soins confiée. À cet effet, il désigne un membre de son personnel infirmier pour offrir l'enseignement, évaluer la compréhension des personnes autorisées et leur capacité à exercer les activités permises, vérifier que les personnes autorisées maintiennent leurs compétences à jour afin de s'assurer de la qualité et la sécurité de la prestation des soins. Selon le protocole, le CSSS est

responsable de rendre des membres de son personnel infirmier disponibles pour apporter l'aide et le soutien clinique requis. Le protocole établit aussi sa durée, il contient les clauses concernant les mésententes et les extraits de la LSSSS (L.R.Q., c. S-4.2) en lien avec la communication des renseignements, le traitement des plaintes et la gestion des risques.

### *Le profil des usagers*

Les usagers admis en ressources intermédiaires sont des adultes en perte d'autonomie présentant un profil gériatrique. Leur évaluation démontre qu'ils ne sont plus en mesure de bénéficier du programme de soutien à domicile et ne répondent pas aux critères d'admission en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Ces usagers présentent des problèmes de santé qui peuvent être multiples et complexes mais dont l'état nécessite moins de trois heures/soins ou possèdent un profil Iso-SMAF entre 4 et 10. Ils requièrent aussi une présence éveillée de 24 heures. Les usagers présentant une déficience intellectuelle importante, des troubles graves de la personnalité ou de comportement ne sont pas admis en ressources intermédiaires. La plupart des usagers ne sont pas autonomes pour la prise de leur médication. Les directions des soins infirmiers des CSSS ont la responsabilité de confier ou non des activités de soins à du personnel non professionnel. Elles établissent certaines conditions d'encadrement clinique afin d'assurer la prestation sécuritaire et la qualité des soins puisqu'elles n'apparaissent pas dans le guide de mise en œuvre. Ainsi, des CSSS ont pris position en n'autorisant pas le personnel non professionnel des partenaires privés de leur territoire à exercer des activités permises par la loi mais qu'ils jugent à haut risque de préjudices pour les usagers. Par exemple l'administration de l'insuline selon échelle ou avec un stylo injecteur ou l'administration de narcotiques au besoin en l'absence du personnel infirmier du CSSS peuvent représenter des critères de non-admissibilité dans certaines ressources intermédiaires.

### *L'offre de service et le fonctionnement*

L'offre de service est basée sur l'approche milieu de vie (ASSS, 2007) puisque par définition les ressources intermédiaires ont été créées pour offrir un milieu de vie substitut adapté à chaque usager. Les principes d'autonomie des usagers à l'égard de leurs soins d'assistance, de leur médication, de même que leur intégration dans la communauté diffèrent du milieu institutionnel (CHSLD) où l'utilisateur est souvent complètement pris en charge. En ressources intermédiaires, les usagers sont encouragés à continuer l'auto-administration de leur médication lorsque les conditions sécuritaires sont en place, ils sont stimulés à exécuter leurs soins d'hygiène de façon autonome et ils peuvent continuer à exercer des activités et faire des sorties à l'extérieur sans accompagnement suite à l'évaluation des intervenants.

Le CSSS a la responsabilité de s'assurer que les soins et services sont rendus et respectent le contrat ainsi que le protocole d'entente. Il est le seul responsable du suivi professionnel et de l'exercice de la prévention, de l'évaluation et du contrôle des infections. C'est aussi le CSSS qui verse au partenaire privé la rétribution fondée sur le degré de soutien ou d'assistance de l'utilisateur établi selon une grille de classification suite à l'évaluation faite par le personnel professionnel. Les modes et échelles de rétribution sont déterminés par l'ASSS et par des représentants du Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS, 2011) selon l'art. 303; 303.1 de la LSSSS avec l'approbation du ministère (MSSS, 2001). Le CSSS a aussi des responsabilités qui concernent plus directement l'utilisateur: dispenser l'ensemble des services professionnels requis par les usagers (soins infirmiers, service social, réadaptation, nutrition), identifier un gestionnaire de cas pour chaque usager et établir un plan de service d'intervention (PSI) en collaboration avec l'utilisateur ou son représentant et en collaboration avec le partenaire privé. Le CSSS s'assure également de la prestation et de la qualité des

soins et services ainsi que de la satisfaction des usagers (ASSS, 2007; LSSSS, art. 303). Le Cadre de référence, le contrat et le protocole d'entente entre les parties établissent chacun l'imputabilité du CSSS pour assurer les usagers et leurs représentants de la qualité des soins et services rendus autant par son personnel que par celui du partenaire privé.

Par conséquent, la première responsabilité du partenaire privé de la ressource intermédiaire est le respect des clauses du contrat convenu avec le CSSS. Ses responsabilités envers l'utilisateur sont de fournir le gîte et une alimentation équilibrée pour les repas et collations, procurer les services d'assistance aux soins d'hygiène, assurer l'entretien de la literie et des vêtements personnels, fournir un service d'entretien ménager selon les règles d'hygiène et de prévention des infections, offrir des activités quotidiennes de loisirs et assurer la présence de personnel habilité à intervenir auprès des usagers y compris dans des situations d'urgence selon le ratio déterminé au contrat (ASSS, 2007).

Le CSSS qui développe une ressource intermédiaire en partenariat avec le secteur privé reçoit un budget de développement de l'ASSS. Ce budget est accordé pour les services professionnels et est déterminé par le nombre d'utilisateurs qui seront admis à la ressource intermédiaire. Le CSSS alloue son budget selon le type de profession et le nombre de professionnels de son choix. Ainsi il décidera d'ouvrir plus ou moins de postes en soins infirmiers ou en travail social, d'avoir du personnel ou non en réadaptation ou en nutrition. Le CSSS peut décider que son personnel professionnel sera en poste dans les ressources intermédiaires de façon continue ou qu'il sera absent pendant une certaine période de la journée pour effectuer son travail clérical au CSSS ou encore certains jours pour travailler dans un autre site du CSSS. Le personnel professionnel est habituellement présent sur le quart de jour et ne couvre pas les fins de semaine et les jours fériés, cependant certains CSSS ont instauré une rotation du personnel infirmier les fins de semaine.



Lorsque le personnel du CSSS est absent, le personnel du partenaire privé assure la surveillance des usagers. Peu importe le modèle choisi par le CSSS, les intervenants demeurent responsables du suivi de plusieurs usagers présentant des problèmes de santé et psychosociaux complexes. Il y a souvent un seul membre du personnel infirmier dans une ressource intermédiaire et avec l'augmentation de la taille des ressources intermédiaires, plusieurs CSSS puisent à même leur budget pour ajouter du personnel infirmier auxiliaire lorsqu'il y a plus de 30 usagers. La collaboration avec le personnel non professionnel et avec les responsables de la ressource est essentielle pour assurer la qualité des soins et services. Même s'il est imputable de la qualité des soins et services offerts, le CSSS ne participe pas à l'embauche du personnel du partenaire privé. Cependant en vertu du protocole d'entente, le CSSS peut retirer l'exercice d'activités de soins à du personnel non professionnel suite aux recommandations de son personnel infirmier.

Dans la pratique, ce type de partenariat avec le secteur privé en hébergement même s'il est encadré par des lois et par des ententes contractuelles, demande au CSSS d'exercer une vigilance constante pour assurer la qualité des soins et services.

#### La gestion de la qualité des soins dans un contexte de partenariat public/privé

Nous examinerons d'abord le concept de la qualité, et ensuite l'importance de l'adhésion à des valeurs pour tous les partenaires pour atteindre les objectifs de qualité. La recension portera par la suite sur des études comparatives de la qualité des soins selon le mode de financement dans des organisations à but lucratif versus des organisations sans but lucratif. Enfin, nous examinerons les enjeux liés à la collaboration, à l'imputabilité et à la transmission de l'information entre les détenteurs d'enjeux pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services.

### *Le concept de qualité*

Plusieurs définitions réfèrent au concept de qualité. Les propos de Donabédian (1988) s'appliquent bien dans un contexte de contrat entre un organisme public et une organisation privée. Il définit d'abord la qualité selon des dimensions techniques et interpersonnelles. La dimension technique de la qualité dépend des connaissances, de la compétence dans l'exécution, de la justesse ainsi que du jugement quant au choix des services et des activités de soins qui sont utilisés. Elle inclut les meilleures pratiques et la sécurité des soins. La dimension interpersonnelle correspond à la communication, à la confidentialité, au choix éclairé de l'utilisateur, à l'empathie, au tact, à la politesse et à l'honnêteté. Selon Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz (2011), les relations psychologiques et sociales entre les pourvoyeurs de soins et services et les usagers dépendent beaucoup du système de valeurs et du contexte. Pour ces auteurs, la propreté et la convenance de l'environnement ainsi que le niveau d'aide du personnel font aussi partie de la dimension interpersonnelle. Donabédian (1988), traite ensuite de la dimension sociale de la qualité en terme d'accessibilité et de distribution des services. Cette dimension est reprise et précisée par Brousselle et al. (2011) dans la dimension organisationnelle comprenant cinq aspects de l'offre de soins et services: la globalité, la continuité, l'accessibilité, l'intégralité ou l'étendue des services offerts et la coordination du système de prise en charge. Selon Roy, Litvak, & Paccaud (2010), l'offre de services doit être pertinente et adaptée aux besoins de chaque usager et tenter d'atteindre la plus haute qualité possible. Ceci réfère à une organisation de services axée sur l'utilisateur à la bonne place, au bon moment avec les services appropriés à sa situation de santé. Cependant Brousselle, et al., (2011) mentionnent que les normes organisationnelles doivent aussi tenir compte des valeurs morales et des attentes individuelles des usagers.

*Le système de valeurs et les objectifs des organisations avec et sans but lucratif*

Dans une perspective de gouvernance clinique, la culture de prestation des services se transforme vers une culture axée sur la qualité des services. La qualité doit devenir une priorité pour tous (Brault et al., 2008). Les CSSS ont pour mission de promouvoir, de maintenir et d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la personne et de la population de leur territoire. Ils s'assurent de l'accessibilité et de l'équité des soins et services en collaboration avec leurs différents partenaires. Les CSSS adoptent des programmes de gestion de la qualité centrés sur l'utilisateur. Ces programmes sont aussi généralement associés aux dimensions de qualité d'Agrément Canada. La mise en pratique des programmes de qualité dépend d'une combinaison de connaissances, d'habiletés et de valeurs (Braithwaite et Travaglia, 2008). L'intégration de valeurs liées aux normes organisationnelles et aux relations interpersonnelles fait partie de la qualité des services. La gouvernance clinique propose le système collectif de représentations et de valeurs comme un des trois sous-systèmes de l'environnement organisationnel, les deux autres étant le système de gouvernance et le système clinique. Le CSSS utilise son discours managérial pour définir et transmettre sa mission et ses valeurs afin de mobiliser ses intervenants et atteindre ses objectifs (Brault et al., 2008). Dans un contexte de partenariat, le CSSS est responsable d'impliquer les différents acteurs afin d'atteindre ses objectifs de qualité. Cette implication est difficile puisque les intérêts des deux parties sont différents. Chaque partie est considérée comme étant « détentrice d'enjeux » c'est-à-dire qu'elle peut influencer ou être influencée par l'atteinte des objectifs. En santé, les détenteurs d'enjeux ont souvent des buts différents et des intérêts conflictuels concernant l'accès aux services, la qualité, la sécurité et la satisfaction des usagers (Porter, 2010). Les intérêts des détenteurs d'enjeux des organisations à but lucratif (partenaires privés) sont de maximiser les profits et ceux des détenteurs d'enjeux des organisations à but non lucratif (CSSS) sont l'atteinte d'objectifs liés à leurs valeurs, tels que le bien-être de la population et la qualité des soins et services (Lamarche et Trigub-Clover, 2008). Cette

divergence d'objectifs des deux parties dans le contexte de partenariat est l'obstacle principal pour l'atteinte de la qualité et la sécurité des soins et services.

*La qualité des soins dans les organisations avec et sans but lucratif*

Plusieurs études ont été réalisées afin de comparer la qualité des soins et services dans les résidences à but lucratif et dans les résidences sans but lucratif ou publiques. Deux revues systématiques concernant la qualité des soins dans les résidences pour personnes âgées avec ou sans but lucratif ont été publiées dans les dernières années et sont citées régulièrement dans la littérature. La première (Comondore et al., 2009) réalisée avec 82 études provenant du Canada et des États-Unis et comprenant quatre critères de qualité relatifs à la dotation en personnel, aux ulcères de pression, aux mesures de contentions et aux faiblesses rapportées par des inspecteurs, arrive à la conclusion pour 40 études que les résidences sans but lucratif offrent des soins de meilleure qualité pour les ulcères de pression et sont mieux dotées en personnel que les résidences avec but lucratif. Les résidences à but lucratif offrent de meilleurs soins dans 3 études et pour 39 études les conclusions sont ambiguës. Il est intéressant de noter que l'étude révèle une association entre une insuffisance de formation et une insuffisance de personnel sur la qualité des soins et l'évolution de l'état de santé des usagers. McGregor & Ronald (2011) soulignent que la réduction de personnel est un des principaux mécanismes utilisés pour générer des bénéfices, ce qui entraîne inévitablement une diminution de la qualité des soins. La deuxième revue systématique (Hillmer et al., 2005) a été réalisée avec 38 études dont 37 sont canadiennes et a utilisé le cadre de référence de Donabédian. Les indicateurs de qualité en lien avec la structure réfèrent aux caractéristiques de l'organisation comme la dotation en personnel et l'offre de services. Ceux des processus renvoient au fonctionnement et à ce qui est fait ou non dans l'intérêt des usagers comme l'usage inapproprié de contentions ou de médication et à la fréquence des soins et services. Enfin, l'état de l'utilisateur concerne les indicateurs de résultats comme la prévalence et l'incidence

des ulcères de pression ou le taux d'hospitalisations liées à de la négligence dans les soins et services. Il ressort des conclusions de cette revue de littérature que les résidences à but lucratif semblent associées à des soins et services de moins bonne qualité qui peuvent avoir un impact important sur la qualité de vie des usagers. Les chercheurs notent entre autres un ratio de personnel infirmier moins important et une plus grande rotation de personnel dans les organisations à but lucratif. Pour leur part, McGregor & Ronald (2011) ont revu les résultats des recherches canadiennes et américaines traitant de la relation entre la structure d'une organisation et la qualité des soins et services. Elles constatent que les organisations à but lucratif sont plus susceptibles de fournir des soins de moindre qualité. Une revue systématique réalisée avec 15 études (Devereaux et al., 2002) comparent le taux de mortalité dans plus de 26,000 hôpitaux à but lucratif et sans but lucratif aux États-Unis. L'interprétation des résultats démontre qu'il y aurait un plus haut risque de mortalité dans les hôpitaux à but lucratif. Selon l'étude, les administrateurs de ces hôpitaux prévoient un retour de 10 à 15% de leur investissement et la façon d'arriver à ce résultat est la diminution des soins et services ce qui augmente les risques de préjudices pour l'utilisateur. Bien que moins récente et concernant des centres hospitaliers, cette étude démontre bien l'intérêt des administrateurs des établissements privés envers la production de profits qui est observé chez les partenaires.

### *Le financement*

La production de services en terme de quantité représente une partie de l'équation pour générer des profits pour le partenaire privé, le financement est associé à la deuxième partie de l'équation. En effet, si diminuer les services augmente les profits pour le partenaire privé, recevoir plus de financement pour les services rendus y contribue aussi. Les résidences privées à but lucratif de petite ou grande taille apparues en grand nombre dans les dernières années reçoivent leur financement des utilisateurs-payeurs et se doivent d'être rentables car elles

représentent des occasions d'affaires ou des commerces pour les propriétaires ou les investisseurs. Ils recherchent donc la plus petite combinaison de ressources et services pour satisfaire les clients (Lamarche et Trigub-Clover, 2008). En contrepartie, les organisations à but non lucratif ou publiques dont font partie les CHSLD disposent d'un budget de fonctionnement qui doit être dédié à la création de programmes et de services pour les usagers incluant la dotation de personnel, l'établissement de processus, l'entretien des bâtiments, la diffusion de l'information et les ressources matérielles. Ces organisations présentent une offre de services bien définie à un coût uniforme pour tous les usagers et en assument entièrement la gestion budgétaire et matérielle ainsi que le contrôle de la qualité. Ce qui distingue les organisations à but lucratif et sans but lucratif est l'utilisation de leur profit ou du surplus de financement. Pour les premières il sera essentiellement versé aux propriétaires ou aux actionnaires, pour les deuxièmes il sera réinvesti dans l'organisation pour l'atteinte de ses objectifs (Lamarche et Trigub-Clover, 2008). Même si l'analyse comparée des systèmes de santé montre que les pays où le financement public est prédominant contrôlent mieux les dépenses de santé et qu'il s'avère que le financement public peut mieux garantir l'accessibilité et l'équité dans l'offre de soins, la privatisation de production de soins peut constituer un atout en autant que la régulation demeure faite par le système public incluant la définition des services couverts, et des normes associées de même que l'évaluation de la performance (Contandriopoulos, Denis & Dubois 2000). Les résultats de l'étude de Lamarche et Trigub-Clover (2008) vont dans le même sens en démontrant que la performance dans le financement et la fourniture de services sont supérieures si la régulation est mixte ou idéalement assumée par le secteur public.

Dans le contexte de partenariat en ressources intermédiaires, le coût d'hébergement est le même pour chaque usager et il est déterminé par le Ministère. Le CSSS offre des services aux usagers par l'entremise du partenaire privé. Pour certains auteurs, il s'agirait plus d'une forme de sous-traitance que d'un partenariat

et constituerait pour l'État un moyen d'assurer l'accessibilité et la qualité des services de santé dans un contexte financier restreint (Lamarche et Trigub-Clover, 2008). Le partenaire privé reçoit par le CSSS un montant quotidien sous forme de *per diem* pour chaque usager selon l'évaluation des besoins de soutien et d'assistance faite par les intervenants du CSSS (CPNSSS, 2011). Il reçoit aussi des montants fixes relatifs aux coûts d'opérations (repas, entretien ménager, loisirs), aux frais de gestion et à des mesures particulières (immeubles). Il doit donc espérer se garder une marge de profits tout en se conformant aux dispositions du contrat pour les ratios de personnel, pour le nombre d'heures de loisirs et d'entretien ménager et se référer au guide alimentaire pour la composition des menus et des collations.

Dans cet esprit, il apparaît que des mécanismes de communication et de diffusion de l'information sont essentiels pour assurer la prestation et la gestion de la qualité des services.

#### *Collaboration et transmission de l'information entre les détenteurs d'enjeux*

Dans une perspective de gouvernance clinique, le CSSS a une obligation de transparence en regard des stratégies d'amélioration de la qualité et de leur efficacité, de même que pour établir un mécanisme de gestion des risques (Brault et al., 2008). Il définit l'offre de services et les critères de qualité associés et exerce à la fois la gestion et le contrôle de la qualité des soins et services rendus par son établissement, et de ceux rendus par le partenaire avec sa collaboration. La définition que fait Himmelman (2001) de la collaboration se traduit par l'échange d'informations, l'amélioration des interventions et le partage des ressources dans un but commun et pour le bénéfice mutuel des parties. Cette collaboration est très importante dans la relation entre le partenaire privé et le CSSS, car elle est en lien avec la confiance mutuelle. Dans la littérature, l'asymétrie d'informations concerne principalement les échanges entre les intervenants (médecins, personnel infirmier ou paramédical) et les usagers. En tant que consommateur de soins, l'utilisateur se

trouve en position de faiblesse car sa consommation est dictée par le besoin de sauvegarder sa santé ou son bien-être et parce qu'il est difficile pour lui d'évaluer la qualité des soins en raison de la complexité de la technologie et de l'impact de la maladie sur son jugement (Contandriopoulos et al., 2000). Les usagers hébergés en résidences sont en situation de vulnérabilité à cause de leur état de santé et démunis face aux recours pour revendiquer leurs droits. Selon Chou (2002), cette situation est particulièrement présente pour les usagers qui sont isolés sans famille ou proches pour veiller à une certaine qualité dans la prestation des soins et services. Il arrive à la conclusion de l'existence d'un lien entre la diminution dans la qualité des soins et l'asymétrie d'informations et que cette dernière est plus présente lorsqu'il y a moins de surveillance de la part des proches de l'utilisateur. Dans le contexte de partenariat, le CSSS a la responsabilité de s'assurer de la qualité des soins et services au nom des usagers. La relation contractuelle est caractérisée par l'asymétrie d'informations qui peut exister entre le partenaire privé et les usagers et aussi entre le CSSS et le partenaire privé. La recherche de profits est plus susceptible d'amener les organisations à but lucratif à diminuer la qualité des soins et services surtout dans les aspects plus difficiles à déceler; par exemple la compétence ou la formation de base du personnel embauché, les mesures de prévention des infections et les conformités en matière de sécurité. Dans la pratique, nous observons la diminution des portions aux repas, l'absence de variété, de légumes frais ou de collations. La fréquence de l'entretien ménager n'est pas toujours respectée, les produits ne sont pas adéquats pour les désinfections. Certaines ressources n'offrent pas les heures de loisirs requises au contrat. Certaines lacunes au niveau des installations se sont aussi développées comme la détérioration des surfaces ou du mobilier, le mauvais fonctionnement du système de chauffage. Lorsque différents moyens sont utilisés par les partenaires privés pour diminuer la quantité ou la qualité des services afin de maximiser leurs profits, ils ne répondent pas aux critères du CSSS et ne respectent pas ses valeurs notamment en matière d'accessibilité, d'équité et de qualité. Ces pratiques se



déroulent souvent à l'insu des CSSS et il en résulte des difficultés relationnelles entre les partenaires. Brouselle et al. (2011), notent que les relations interpersonnelles dépendent du système de valeurs et du contexte dans lequel elles s'articulent. De plus, le fait que les pourvoyeurs de soins et services soient à la fois le partenaire privé et le CSSS et que ce dernier soit imputable de la qualité et la sécurité offertes par les deux parties complique les mécanismes de gestion et la transmission de l'information aux usagers. Le CSSS doit donner l'assurance que les valeurs associées à sa mission sont respectées dans l'offre de services rendus par son personnel et par le partenaire. Les éléments de la gouvernance clinique constituent pour le système clinique et le système de gouverne des moyens de favoriser la circulation des informations nécessaires à la production et la distribution des soins et services. (Denis et al., 2008).

#### Le milieu clinique et la qualité des soins en ressources intermédiaires dans une perspective de gouvernance clinique

Cette section porte sur les éléments de la gouvernance clinique indispensables pour assurer la qualité des soins et services par le personnel infirmier en ressources intermédiaires; les soins centrés sur l'utilisateur, le développement professionnel et l'application des meilleures pratiques, ainsi que l'exercice du leadership clinique. Nous examinerons également les conditions de pratique en ressources intermédiaires, en particulier la délégation de l'administration de la médication et de soins invasifs et d'assistance et les implications de ces conditions de pratique pour le personnel infirmier.

#### *Les soins centrés sur l'utilisateur*

Chaque usager est unique et présente des besoins différents. Pour Bishop (2008), l'implication des différents acteurs dans la qualité des soins centrés sur l'utilisateur est un principe important de la gouvernance clinique. Les usagers et leurs

proches désirent que les professionnels soient à l'écoute de leurs besoins et désirent être impliqués dans les différentes étapes du processus de soins dans le respect de leurs valeurs, de leurs croyances et de leurs convictions (Lefebvre, Levert, & Gauvin-Lepage, 2010). En plus du simple consentement, il est important d'obtenir la participation de l'utilisateur et ses proches aux décisions qui ont un effet sur ses soins (Braithwaite & Travaglia, 2008). Le besoin de contextualiser les normes est mentionné par Denis et Contandriopoulos, (2008), c'est-à-dire d'être capable de transgresser l'expertise et les connaissances pour prendre en compte ce que pensent et souhaitent les usagers. Les informations provenant de l'utilisateur et de ses proches sont utilisées par le personnel infirmier pour évaluer les besoins de ce dernier et elles sont complétées par celles provenant d'autres professionnels ou d'autres établissements de santé, et par celles des dispensateurs de soins d'aide ou d'assistance dont font partie les préposés aux bénéficiaires.

En plus de déterminer les besoins des usagers et planifier les interventions, l'analyse des informations provenant de l'utilisateur et de ses proches sert à améliorer la qualité des soins (Halligan & Donaldson, 2001). Par exemple, l'implication du personnel infirmier dans la recherche des causes des événements indésirables contribue à la mise en place de moyens pour en prévenir la récurrence.

#### *Le développement professionnel et l'application des meilleures pratiques*

Le personnel professionnel a une responsabilité envers les usagers et envers son ordre professionnel dans la prestation de soins de qualité et sécuritaires (Braithwaite & Travaglia, 2008). Cette responsabilité est de plus en plus importante avec l'arrivée de nouvelles technologies et le renouvellement des pratiques. Au cours des dernières années, la législation a redéfini les rôles du personnel dans le domaine de la santé et a apporté des changements dans l'organisation du travail. Le personnel infirmier participant à l'étude de Ross, Redfern, Harris & Christian (2011) a mentionné que les innovations et le développement de nouveaux rôles pouvaient représenter une opportunité

d'améliorer les pratiques et le suivi des usagers et développer de nouvelles habiletés. Pour certains cependant, cela se faisait à leur détriment parce que cela demandait trop d'investissement personnel. Les incitatifs au développement de nouveaux rôles et à la prise d'initiatives sont liés à l'interaction entre différents facteurs personnels et professionnels; le développement professionnel, l'impression d'apporter sa contribution dans l'amélioration de la qualité des soins, la satisfaction des usagers et l'évolution de leur état de santé, l'acquisition de nouvelles habiletés et l'avancement de sa carrière. Les changements de pratique qui découlent des innovations et des nouveaux rôles associés à la réorganisation dans le système de santé demandent aussi certaines compétences et qualités personnelles; la résistance au stress, du leadership, la capacité de travailler en interdisciplinarité, la volonté d'acquérir de nouvelles connaissances et de développer ses compétences afin de répondre adéquatement aux exigences du changement. Le contexte de travail en ressources intermédiaires représente un milieu propice aux innovations dans la prestation des soins et l'organisation du travail, mais les changements fréquents du personnel infirmier et l'expérience de l'étudiante lui ont démontré que c'est un milieu qui ne convient pas à tous.

L'implantation de la gouvernance clinique pour assurer la qualité des soins dans un milieu de travail implique la volonté des acteurs à la mobilisation et au partage de leur expertise et de leurs connaissances et à la coopération dans un cadre organisationnel dont ils se sentent à la fois parties prenantes et redevables (Denis & Contandriopoulos, 2008). Le personnel est responsable de respecter les politiques, les procédures et les normes du CSSS en matière de qualité et sécurité. Ces dernières sont habituellement basées sur les meilleures pratiques et sur les pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada. Cet engagement du personnel infirmier dans l'acquisition et le développement de connaissances et d'habiletés est un enjeu fondamental de la gouvernance clinique. La responsabilité des organisations de santé dans la diffusion de l'information et des connaissances ainsi que dans l'accès aux meilleures pratiques est récurrente dans la littérature.

En contrepartie, la responsabilité du personnel est de saisir les opportunités offertes et d'utiliser les mécanismes mis en place dans un objectif d'amélioration des pratiques. L'identification des besoins de formation nécessaires au développement de nouvelles pratiques, est une façon pour le personnel d'assurer la qualité des soins (Brault & Roy, 2006). Les nouvelles connaissances peuvent enrichir le contexte de la pratique et induire des activités d'interprétation et d'apprentissage (Denis & Contandriopoulos, 2008). L'intégration des dernières données de recherche représente un des éléments indispensables à l'application des meilleures pratiques; le second est l'utilisation de l'expertise clinique (Braithwaite & Travaglia, 2008). La manière d'utiliser l'un et l'autre et la proportion de leur utilisation ainsi que la considération des préférences de l'utilisateur pour arriver à une prise de décision réfèrent au jugement clinique. L'exercice du jugement clinique est extrêmement complexe et s'exerce souvent dans des situations ambiguës, comportant des conflits de valeurs et d'intérêts parce que comme le mentionne Tanner (2006), il peut être influencé par les perceptions du personnel. Le personnel infirmier exerce au mieux son jugement clinique pour adapter ses connaissances et son expertise à la situation et l'évaluation de la condition de chaque usager tout en s'assurant que ses décisions sont fondées sur des connaissances scientifiques reconnues (Contandriopoulos, 2008). L'exercice du jugement clinique et la capacité d'établir des priorités sont deux qualités essentielles que doit détenir le personnel infirmier en ressources intermédiaires. Suite à l'évaluation des usagers, le personnel infirmier s'assure par l'exercice de son leadership clinique que leurs besoins sont comblés et qu'ils reçoivent des soins et services de qualité et sécuritaires (Hamric, Spross & Hanson, 2009).

### *Le leadership*

Le leadership clinique s'exprime par la reconnaissance des besoins des personnes, des familles et des communautés en expliquant la complexité des situations de soins, et en partageant sa compréhension des besoins. Le leadership

clinique signifie aussi de jouer un rôle «d'advocacy» en prenant parti pour les usagers et en s'investissant dans les questions sociales relatives à la santé (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Selon la position l'AIIC (2003), il est important que le personnel infirmier démontre un leadership fort afin de faire progresser les mesures pour assurer la prestation de soins de qualité.

Le système clinique réfère aux conditions entourant l'autonomie des professionnels dans la prise de décision clinique pour assurer la qualité des soins. (Contandriopoulos et al., 2000). De ce fait, tout en étant centré sur les besoins des usagers, le leadership clinique est utilisé pour faire le lien entre le milieu clinique et celui de la gouvernance afin d'assurer la qualité des soins et services (Hamric et al., 2009). Dans la perspective de gouvernance clinique la qualité des soins et des services devient la mission commune du CSSS et de son personnel. La responsabilité conjointe et l'obligation de rendre compte offre aux cliniciens un rôle accru dans les initiatives d'amélioration de la qualité et nécessite un leadership clinique fort (Brault et al, 2008). L'exercice du leadership en gouvernance clinique transforme les pratiques. Les *leaders* cliniques s'occupent de gestion et les *leaders* gestionnaires se préoccupent de la clinique (Denis et Contandriopoulos, 2008). Pour que son implantation soit réussie, la gouvernance clinique ne doit pas être perçue comme une structure supplémentaire par le personnel professionnel mais comme le moyen d'influencer des actions pour le partage d'une vision commune (Scott, 1999). L'exercice du leadership clinique auprès des gestionnaires du CSSS dans le contexte des ressources intermédiaires est essentiel. Le personnel clinique s'assure que les besoins des usagers sont comblés selon la disponibilité des ressources du CSSS et du partenaire. Il transmet aux gestionnaires ses observations et les informations recueillies concernant la qualité et la sécurité des soins et services rendus aux usagers. Il utilise son expertise et ses habiletés pour suggérer des améliorations dans les conditions de prestation des soins et services et dans l'organisation du travail, dans le développement de nouveaux protocoles ainsi que pour influencer certaines

orientations. Il utilise ses connaissances et son expertise pour promouvoir l'application des meilleures pratiques auprès du personnel du partenaire. L'application de la gouvernance clinique dépend du degré d'autonomie du personnel et représente le principal enjeu au niveau clinique. En effet, il peut être difficile pour certaines organisations de santé de maintenir l'équilibre entre le besoin de coordination des gestionnaires et l'autonomie des professionnels. Denis et Contandriopoulos (2008) rapportent les trois problèmes fondamentaux dans les organisations professionnelles énoncés par Mintzberg en 1979; l'insuffisance de la coordination du travail professionnel, l'abus de l'autonomie susceptible d'entraîner des comportements irresponsables ou un manque de compétence, et le problème de l'innovation lié au manque de coopération entre différents groupes de professionnels.

La liberté des professionnels peut aussi être entravée par la logique marchande et soumise à des contraintes externes et des préoccupations économiques qui affectent la prise de décision clinique et par conséquent la qualité des soins (Contandriopoulos et al., 2000). Le partenariat représente énormément de contraintes pour le personnel clinique. Ce dernier doit faire preuve de vigilance pour s'assurer que les soins et services sont rendus pour chaque usager selon leurs besoins et selon les consignes transmises au partenaire et à son personnel. Cependant, le personnel clinique a peu d'emprise sur les employés du partenaire puisque ceux-ci ne font pas partie du CSSS. Le personnel clinique est porteur des valeurs du CSSS auprès du partenaire. Dans cette optique, le personnel infirmier devrait utiliser son leadership clinique pour implanter une culture de qualité en instaurant les meilleures pratiques de soins pour tout le personnel.

Le personnel infirmier doit aussi être conscient de son rôle face aux autres disciplines afin d'avoir une influence égale et faire valoir ses habiletés et ses compétences dans la prise de décision (Scott, 1999). L'exercice du leadership demande de posséder des compétences afin d'utiliser les informations issues de l'analyse des situations pour les partager et motiver les autres membres de

l'équipe dans l'atteinte des objectifs (Hamric et al. 2009). Selon Bishop (2008) la gouvernance clinique représente une opportunité pour le personnel infirmier de démontrer son efficacité et de clarifier son rôle. Ceci est d'autant plus important en ressources intermédiaires car il y a souvent un seul représentant par discipline pour participer à l'évaluation de l'état de santé et assurer les suivis des usagers. L'exercice du leadership pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services s'exerce auprès de ses collègues de l'équipe interdisciplinaire pour bien définir les responsabilités de chacun.

#### *Les conditions de pratique en ressources intermédiaires*

Le contexte dans lequel la pratique clinique est exercée incluant le nombre d'usagers, la composition du personnel et l'organisation du travail ne peut être ignoré. L'isolement du personnel infirmier dans les ressources intermédiaires exige une bonne expertise clinique jumelée à de solides connaissances et l'habileté à utiliser l'un et l'autre de façon judicieuse pour la prise de décision dans les situations cliniques et pour l'établissement des priorités. Selon Denis et Contandriopoulos (2008) la pratique en solo est propice au laissez-faire de chaque professionnel surtout lorsque les problèmes se complexifient et que les acteurs et les organisations sont fortement interdépendants dans la recherche de solutions. Par exemple, l'isolement du personnel infirmier peut l'amener à se sentir dépassé par la tâche et provoquer un certain découragement qui fait en sorte que la prise de décision clinique est inadéquate dans certaines situations. La pratique en solo et l'interdépendance avec les autres membres du personnel, nous amènent à traiter du ratio de personnel infirmier qui n'est pas clairement défini en ressources intermédiaires. Selon les budgets accordés par l'ASSS, il serait d'environ un infirmier(e) pour trente à quarante usagers. Dans la pratique, il n'est pas rare que le ratio soit d'un pour cinquante ou soixante usagers. Certains CSSS ont introduit du personnel infirmier auxiliaire en support au personnel infirmier. Le personnel infirmier doit tout de même remplir ses obligations professionnelles pour chaque

usager en l'évaluant et en établissant un PTI, en assurant le suivi de la condition de santé, en exécutant les activités de soins réservées à sa profession, en participant au plan de services individuel (PSI) et en établissant des liens avec les autres professionnels de la santé y compris les autres établissements ainsi qu'avec la famille ou les proches.

L'administration de la médication et l'exécution de certains soins invasifs sont déléguées aux préposés. Il leur est aussi demandé d'exercer la surveillance des usagers et de respecter le plan d'aide et les consignes des intervenants du CSSS en considérant que le personnel du CSSS n'est pas toujours présent. Chaque établissement détermine les activités de soins dont il autorise la délégation au personnel non infirmier ainsi que les conditions locales d'application de ces activités. Le document informatisé concernant les méthodes de soins élaboré par l'AQESSS, comporte une section considérable réservée aux activités pouvant être exécutées par le personnel dit «non professionnel». En vertu de l'article 207 de la LSSSS, la direction des soins infirmiers (DSI) de chaque CSSS est responsable d'établir les conditions d'encadrement clinique pour la prestation sécuritaire et la qualité des activités de soins dont la délégation est permise par l'établissement. Toutefois, la loi n'en précise pas les balises dans le contexte de partenariat. Il existe peu d'écrits sur les conditions de pratique en ressources intermédiaires. La littérature traite cependant de la délégation des activités de soins, des conditions d'encadrement, de la proportion du personnel infirmier dans l'équipe de soins et de son temps de présence auprès des usagers. Le récent document de l'OIIQ, (2011) sur la contribution des aides-soignants et des proches aidants aux soins infirmiers, mentionne justement le manque de précision sur les conditions d'encadrement dans la LSSSS et dans le contrat entre l'établissement et le partenaire privé. L'OIIQ soutient que l'exercice infirmier est axé sur l'évaluation, le suivi de l'état de santé et la prestation des soins et traitements fondés sur des décisions cliniques, et que ces activités confèrent au personnel infirmier un rôle essentiel d'encadrement clinique et de référence pour les usagers et le personnel



non professionnel pour qui la délégation de certaines activités de soins nécessite une surveillance étroite. Dans la pratique, le manque d'implication du partenaire privé dans l'encadrement de son personnel non professionnel, amène une certaine confusion et de l'insécurité pour le personnel infirmier en regard de son imputabilité pour la qualité des soins et services. Cette situation est complexifiée par le fait que les préposés aux bénéficiaires (PAB) étant des employés du partenaire privé, ne se trouvent pas sous l'autorité directe du personnel infirmier. De plus, l'embauche des PAB est faite exclusivement par les partenaires, selon leurs critères. La formation de base exigée, mise à part celle concernant les activités confiées, varie d'une ressource à l'autre mais elle est insuffisante la plupart du temps. Nous remarquons le manque de connaissances sur les façons d'intervenir auprès des personnes présentant des déficits cognitifs, une mauvaise application des techniques de déplacements sécuritaires, une incompréhension des consignes des intervenants quelques fois associée au manque de maîtrise de la lecture et de l'écriture du français. L'AIIC (2003) croit que le recours à des méthodes de dotation inappropriée, le manque d'effectifs et de compétences sont une menace pour la sécurité des usagers.

Les conditions d'encadrement sont mal définies en partie parce que l'organisation du travail des PAB relève du partenaire privé et la responsabilité de la formation et de la supervision des activités confiées ainsi que de la qualité des soins relèvent du CSSS. Le personnel infirmier évalue les besoins spécifiques de l'utilisateur se rapportant à l'administration de médicaments et aux soins invasifs d'assistance. Il s'assure que les conditions spécifiques à ces activités sont conformes, c'est-à-dire que les médicaments sont obligatoirement prescrits par un professionnel habilité à prescrire et préparés sous la responsabilité d'un pharmacien sous une forme prête à être administrée. Le personnel infirmier prend la décision de confier une activité de soin autorisée par le CSSS en tenant compte de l'état clinique de l'utilisateur et des risques de préjudices. La formation concernant l'administration de la médication et les activités de soins invasifs est donnée par un

membre du personnel infirmier du CSSS selon les méthodes de soins reconnues par ce dernier et seules les personnes ayant reçu cette formation sont autorisées à exercer les activités confiées. La compréhension du personnel de la ressource doit être évaluée et la première prestation de soins devrait être faite en présence du personnel infirmier. La vérification des qualifications pour les activités confiées et la mise à jour des connaissances du personnel sont aussi sous la responsabilité du CSSS (AQESSS, 2008). Le personnel infirmier peut retirer l'exercice d'une activité s'il juge que le PAB n'est pas qualifié (OIIQ, 2011). Les erreurs reliées à l'administration des médicaments ou à la mauvaise exécution d'un soin doivent être documentées par le personnel du partenaire au moyen des rapports d'incidents et d'accidents et analysées par le personnel infirmier du CSSS. La gestion des risques est sous la responsabilité du CSSS mais elle concerne autant le personnel du partenaire que celui du CSSS.

La crainte d'être tenu responsable des erreurs faites par les PAB lors de l'administration de médicaments ou la prestation d'activités confiées est régulièrement mentionnée par le personnel infirmier. De leur côté, les PAB se retrouvent dans une position où ils sont redevables à la fois à leur employeur et au personnel du CSSS pour la qualité des soins et services. Cette situation amène de la confusion et de l'insatisfaction de part et d'autre car les PAB reçoivent parfois des messages contradictoires et les intervenants constatent que les consignes ne sont pas respectées par les PAB. Dans une étude, des données recueillies à l'intérieur de focus groupes composés d'aides-soignants d'une part et de personnel infirmier d'autre part de différents centres d'hébergement du Midwest américain révèlent pour chacun des groupes, l'importance de la collaboration entre le personnel infirmier et le personnel non professionnel pour assurer la qualité des soins et services (Schirm, Albanese, Garland, Gipson, & Blackmon, 2000). Les résultats de l'étude de Kostiwa et Meeks (2009) faite auprès de PAB de résidences privées démontrent que leur satisfaction provient de la reconnaissance des usagers et de l'appréciation de leur travail par leur employeur. Les conditions de travail RI sont

peu avantageuses même si certaines ressources sont syndiquées. Les tâches et les responsabilités sont disproportionnées par rapport au salaire. Toutes ces insatisfactions sont responsables d'un fort roulement de personnel chez les PAB.

Le personnel infirmier reconnaît l'importance du rôle du personnel non professionnel dans l'observation de l'état de santé des usagers et des implications de ces observations sur leurs interventions (Schirm et al., 2000). L'absence de personnel infirmier sur tous les quarts de travail en ressources intermédiaires accentue cette importance. Une revue systématique (Spilsbury, Hewitt, & Stirk, 2011) regroupant cinquante études et menée aux États-Unis, souligne la difficulté associée à la compréhension de la relation entre le ratio de personnel infirmier et la qualité des soins dans les résidences de personnes âgées. Les résultats des études ne seraient pas concluants à cet égard à cause de l'utilisation de méthodes disparates pour définir et mesurer la qualité et le ratio de personnel infirmier. Castle (2008) confirme dans sa revue de littérature qu'il ne peut établir de solide concordance entre le ratio de personnel et la qualité des soins en raison des limitations des études et de la présence d'autres facteurs. Spilsbury et al. (2011) notent que le concept de qualité ne concerne pas que l'aspect technique des soins lié aux indicateurs, mais aussi sa signification pour l'utilisateur et sa famille. Tout ce qui fait référence à la qualité de vie, à l'assistance pour les activités de la vie quotidienne, aux relations interpersonnelles fait aussi partie du concept de qualité de soins et appartient autant aux PAB qu'au personnel infirmier. Spilsbury et al. (2011), mentionnent, tout comme Castle (2008), la présence de facteurs associés à la qualité des soins comme le roulement de personnel, la mixité ainsi que la formation et la compétence du personnel. La majorité des études démontre une relation positive ou sans effet entre la qualité des soins et les interventions des PAB, cependant, elles ne mentionnent pas de quelle façon. Une étude a été menée dans six pays sur les standards de dotation du personnel dans les résidences pour personnes âgées (Harrington et al., 2012). Les résultats concernant le Canada proviennent de neuf provinces excluant le Québec. Les données recueillies par

internet démontrent que certains pays dont le Canada ont un ratio de personnel insuffisant et que la plupart des pays n'ont pas ajusté leurs critères de compétence pour le personnel des résidences pour personnes âgées. Le contexte de soins a aussi une importance non négligeable sur le ratio et la mixité du personnel. Le profil et le nombre des usagers, leur degré d'autonomie, les soins requis, la présence ou non de déficits cognitifs, le type de résidence privée ou publique ou en partenariat sont déterminants à cet égard.

Assurer la qualité des soins pour les personnes en hébergement est un processus complexe qui doit tenir compte de l'ensemble des facteurs mentionnés précédemment afin que la lecture des indicateurs de qualité s'avère juste. L'organisation du travail en fonction de ces facteurs dans une perspective de gouvernance clinique, sert d'assise pour atteindre les objectifs de qualité de l'organisation.

Le système de gouverne et l'organisation du travail pour assurer la qualité des  
soins dans une perspective de gouvernance clinique

Cette section traitera de l'incitation et du partage de l'information dans l'implantation de la gouvernance clinique, de la synergie entre le système de gouverne et le système clinique et de l'organisation du travail.

#### *Les composantes du système de gouverne*

Le système de gouverne comprend les règles liées à la gestion, au financement et aux mécanismes d'information (Brault et al, 2008). Il concerne les modes d'organisation, les mécanismes qui permettent d'assurer l'accès et la prestation des services, la distribution des ressources, le contrôle des pratiques professionnelles ainsi que les incitatifs à l'efficience et la gestion de la qualité (Contandriopoulos, et al., 2000; Contandriopoulos, 2008). Il traite aussi des différentes dimensions de l'organisation de santé; le discours managérial qui définit ses valeurs, sa mission et sa philosophie, les structures formelles déterminées par l'organigramme et par les

procédures et la technologie utilisées, les structures informelles profondes qui résultent de l'interaction entre les acteurs et entre les autres dimensions de l'organisation de santé (Brault et al, 2008). Dans une perspective de gouvernance clinique, le système de gouverne assure la transmission des valeurs et la mise en place de structures formelles pour développer des stratégies et créer un environnement propice à l'implantation d'une approche ou d'une philosophie qualité. Les mécanismes de gouverne (financement, prestation des services, distribution des ressources) doivent être établis de façon transparente et respecter les valeurs de l'organisation de santé en matière d'accessibilité, d'équité, de qualité et de sécurité et être centrés sur les besoins de l'utilisateur.

Certains auteurs considèrent que les principes de la gouvernance clinique qui émanent de la théorie sont faciles à concevoir, mais l'application pratique de ces principes est plus difficile (Scott, 1999 ; Brault et al, 2008 ; Braithwaite et Travaglia, 2008). L'espace de régulation de la gouvernance demeure limité par les décisions prises au niveau macroscopique du système de santé et par les exigences du milieu clinique (Contandriopoulos, 2008).

#### *L'incitation dans l'implantation de la gouvernance clinique*

L'organisation détient un rôle spécifique pour implanter les principes associés à la gouvernance clinique en créant l'environnement nécessaire au déploiement des pratiques cliniques (Brault & Roy, 2006). L'action collective de la gouvernance clinique est orientée en ressources intermédiaires vers la recherche conjointe par le personnel clinique et le personnel de gestion de stratégies pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services. L'action collective est aussi exercée dans une optique d'inclusion du partenaire privé afin de l'associer à la démarche qualité. La participation de l'ensemble des acteurs est indispensable et la gouvernance clinique implique la volonté de mobiliser et de valoriser l'expertise, le partage des connaissances et la coopération dans un cadre organisationnel qui signale des attentes claires et dont tous se sentent à la fois parties prenantes et redevables

(Denis et Contandriopoulos, 2008). Le processus doit être concret et significatif pour l'ensemble du personnel et s'accorder aux pratiques cliniques (Scott, 1999). Il est important pour le personnel infirmier de comprendre son rôle et sa valeur ajoutée dans le processus ainsi que les opportunités créées par l'implantation de la gouvernance clinique (Bishop, 2008). Un parallèle peut être fait avec les hôpitaux magnétiques aux Etats-Unis qui favorisent l'autonomie professionnelle du personnel infirmier et la prise de décision, l'implication dans l'organisation du travail, l'exercice du leadership et le développement des connaissances Bishop (2009)

Les incitatifs et le partage d'informations entre les différents acteurs du secteur public et privé seront cruciaux pour la mobilisation (Denis & Contandriopoulos, 2008). Le système de gouverne encourage la participation et la collaboration des différents acteurs pour fixer des objectifs communs de qualité et de sécurité des soins et services et suscite leur capacité d'action pour la mise en place des mécanismes pour atteindre ces objectifs. Il mise sur l'enthousiasme du personnel créé par l'atteinte d'objectifs concernant l'apprentissage de nouvelles connaissances et le développement d'habiletés pour le bien-être des usagers et sur le sentiment de faire une différence dans l'atteinte des objectifs qualité. (Halligan & Donaldson, 2001). L'espace d'échanges et de mobilisation créé par la gouvernance clinique laisse place aux initiatives d'amélioration de la qualité et sert d'incitatif à la mobilisation du personnel.

#### *Le partage de l'information dans l'implantation de la gouvernance clinique*

La position d'autorité du système de gouverne lui donne accès aux informations concernant les changements relatifs aux services, à l'offre de soins, aux changements dans les pratiques et dans l'organisation du travail consécutives à des prises de décision au niveau macroscopique du système de santé. La diffusion de ces informations conduit le personnel à accepter les impératifs et les contrôles organisationnels pour améliorer l'accès, la qualité et la sécurité des soins et à

s'identifier suffisamment à l'organisation de santé pour accepter ces impératifs (Denis & Contandriopoulos, 2008). Les différentes données et statistiques font partie des informations qui doivent aussi être diffusées et partagées sous une forme qui permet au personnel de se situer en rapport avec ce qui est attendu et susciter des pistes d'amélioration. Finalement, l'action collective est consolidée par la diffusion des avancées technologiques et par le transfert des connaissances. L'information joue un rôle critique dans le renouvellement de la gouvernance et dans l'engagement des acteurs et elle doit être diffusée largement (Denis & Contandriopoulos, 2008). Dans le contexte des ressources intermédiaires, le CSSS doit user de transparence envers les usagers, et les différents acteurs en partageant l'information concernant la gestion des risques, les résultats des audits, les rapports d'Agrément Canada et les directives du Ministère qui influencent l'organisation du travail comme certaines restrictions budgétaires ou des changements dans les politiques et procédures.

Le partenaire privé est inclus dans le partage des informations, mais comme nous l'avons vu précédemment, ce partage n'est souvent pas réciproque. Le CSSS doit développer des mécanismes afin que le partenaire privé rende compte de la quantité et de la qualité des soins et services. Les incitatifs altruistes n'auront pas d'effet sur le partenaire privé et bien que son personnel puisse adhérer de façon individuelle aux objectifs et aux valeurs du CSSS, il demeure assujéti à son employeur. L'inclusion du partenaire privé comme acteur de l'action collective est freinée par la différence des objectifs des deux organisations.

### *Le leadership organisationnel*

C'est le système de gouverne qui conçoit et conduit l'action collective dans le but de maximiser la performance de l'organisation mais en faisant en sorte de laisser de l'espace à la liberté professionnelle et à l'autorégulation par les pairs (Contandriopoulos, 2008). Tout comme le personnel clinique, les gestionnaires doivent exercer leur leadership dans l'implantation de la gouvernance clinique.

L'exercice du leadership par les cliniciens et par les gestionnaires est nécessaire pour coordonner les impératifs des deux systèmes (Denis & Contandriopoulos, 2008). La réussite du changement provoqué par l'implantation de la gouvernance clinique, est l'exercice d'un leadership adéquat et efficace tant au niveau clinique qu'organisationnel (Scott, 1999). Les leaders à tous les niveaux s'engagent en faveur de la gouvernance clinique et des politiques qui favorisent le développement organisationnel et professionnel indispensables à la réussite de son implantation (Denis et Contandriopoulos, 2008). Les gestionnaires exercent leur leadership dans la mise en place des mécanismes de gouvernance clinique et l'atteinte des objectifs plutôt que l'exercice du contrôle (Scott, 1999). Plus particulièrement, le leadership organisationnel, s'exprime par l'animation de milieux de travail stimulants, la redéfinition des rôles et des fonctions en lien avec l'évolution des connaissances et le questionnement autour des valeurs, des objectifs poursuivis et des perspectives d'amélioration (Pepin et al, 2010).

#### *La synergie entre le système de gouverne et le système clinique*

La réussite de la gouvernance clinique nécessite une forte synergie entre le système clinique et le système de gouverne. Selon le modèle renouvelé de gouvernance clinique de Brault et al (2008) (figure1) la gouvernance clinique est un espace situé entre le système de gestion et le système clinique où se mobilisent *conjointement* les savoirs et d'où émergent les relations des acteurs des deux systèmes de façon égalitaire et enrichissante. L'autorité de gouvernance détenue par les professionnels est appuyée par leur savoir, leur expertise et leur compétence. L'autorité détenue par les gestionnaires est en appui aux professionnels entre autres en fournissant le support organisationnel requis particulièrement en ce qui concerne les innovations (Richer, Ritchie, & Marchionni, 2009). L'autorité détenue par tous les acteurs à différents niveaux les rend imputables de l'atteinte des objectifs de qualité et responsables de l'implantation et de la mise en œuvre des initiatives de qualité (Brault et al, 2008).



### *L'organisation du travail*

Plusieurs éléments font partie de l'organisation du travail dans le cadre de la gouvernance clinique et doivent faire l'objet d'une intégration harmonieuse. La dotation en personnel infirmier capable de répondre aux impératifs de la gouvernance clinique est mentionnée par plusieurs auteurs (Brault et al, 2008; Scally et Donaldson, 1998; AIIC, 2003, OIIQ, 2011; Scott, 1999; Bishop, 2008; Braithwaite et Travaglia, 2008). Les changements organisationnels qu'impliquent la gouvernance clinique nécessitent d'avoir du personnel infirmier qui désire non seulement participer aux initiatives de qualité développées par la gouvernance clinique mais qui a aussi la capacité de questionner les pratiques existantes et de proposer des améliorations. Le recrutement et la sélection du personnel infirmier devront se faire en ce sens.

L'organisation du travail est conçue de façon à permettre au personnel infirmier d'avoir accès aux activités de formation en lien avec la pratique, les nouvelles technologies et le développement d'habiletés. Le système de gouverne doit mettre en place les structures et utiliser les ressources permettant l'accès aux données concernant les meilleures pratiques et le transfert des connaissances ainsi qu'inclure le support offert par les conseillères cadres.

L'imputabilité liée à la gouvernance clinique implique l'obligation de rendre des comptes. Le système de gouverne est responsable de la mise en place des mécanismes d'audits pour connaître l'efficacité de ses interventions pour assurer la qualité des soins et pour évaluer et réviser les pratiques cliniques. Ces mécanismes sont nécessaires et concernent aussi le partenaire privé, mais leur utilisation n'est pas garante de la détection de toutes les faiblesses dans la pratique clinique (Scally et Donaldson, 1998; Buetow & Roland, 1999). De plus contrairement aux indicateurs utilisés au niveau de la gestion, les audits concernent la pratique et peuvent être interprétés plutôt comme une mesure de contrôle par le personnel que comme un moyen d'améliorer les pratiques (Buetow & Roland, 1999). Le danger de l'accroissement ou l'alourdissement lié à leur utilisation sur la

motivation et l'engagement du personnel sans apporter nécessairement d'effet positif pour les usagers est souligné par Denis et Contandriopoulos ( 2008).

L'imputabilité du système de gouverne l'oblige aussi à intégrer une procédure pour la gestion des risques dans l'organisation du travail qui inclut également le partenaire privé. Cette procédure comprend entre autres les risques reliés aux mauvaises pratiques. La mauvaise performance du personnel représente un risque non seulement pour les usagers mais aussi pour l'organisation (Scally & Donaldson, 1998). La procédure vise aussi les risques reliés aux bâtiments ou à l'environnement, à l'entreposage des produits dangereux, aux services alimentaires, aux mesures de prévention et contrôle des infections.

Le traitement des plaintes est perçu comme un moyen pour améliorer la qualité des soins et services plutôt qu'un blâme porté au personnel, aux gestionnaires du CSSS ou au partenaire. Les usagers et leurs proches sont encouragés à communiquer leurs impressions au sujet des soins et services et le CSSS met en place des mécanismes pour connaître la satisfaction des usagers. Cette perspective du traitement des plaintes est reprise par Braithwaite et Travaglia, (2008). Dans un esprit de transparence, le CSSS fait connaître aux usagers et à leurs proches les interventions entreprises suite à des événements indésirables ou à des insatisfactions.

*Stratégies d'intervention*

La recension des écrits a démontré que les stratégies d'intervention pour assurer la qualité des soins et services en ressources intermédiaires s'appliquent non seulement aux partenaires privés, mais concernent aussi le CSSS. Le tableau des stratégies d'interventions présentées dans cette section se retrouvent dans le tableau de l'appendice 2.

### *La sélection, la dotation et la rétention du personnel infirmier*

L'expérience de l'étudiante, l'observation du roulement de personnel dans les ressources intermédiaires de l'ensemble des CSSS et les expériences malheureuses de plusieurs membres du personnel infirmier démontrent l'importance de la sélection du personnel infirmier pour assurer la qualité et la sécurité des soins (Scally et Donaldson, 1998).

La formation initiale demandée pour les postes en soins infirmiers en ressources intermédiaires varie d'un CSSS à l'autre. Certains CSSS offrent leurs postes aux infirmières cliniciennes seulement, d'autres à cause des difficultés de recrutement, les ouvrent indifféremment aux infirmières techniciennes ou cliniciennes. Selon l'étude de Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber (2003), les hôpitaux avec un plus grand personnel infirmier possédant une formation universitaire ont de plus faibles taux de mortalité et d'événements indésirables. Ceci ramène le débat autour de l'expérience et l'expertise du personnel versus la formation académique. Bien que la formation universitaire procure des avantages indéniables, la pratique en ressources intermédiaires demande de posséder une solide expertise clinique ainsi que des habiletés indispensables; un excellent jugement clinique, la capacité d'établir des priorités de suivis et d'interventions et de la facilité dans l'organisation du travail. Face aux pressions du système de santé pour éviter les hospitalisations, à celles du partenaire qui demande des interventions lors de l'alourdissement des usagers et celles des familles qui confondent parfois CHSLD et ressources intermédiaires, le personnel infirmier doit aussi pouvoir veiller à la sauvegarde de son autonomie professionnelle déterminée par son jugement et ses

connaissances scientifiques. Comme nous l'avons vu précédemment, le personnel dans le cadre de la gouvernance clinique doit démontrer des compétences en leadership et avoir la volonté de saisir les opportunités pour développer ses connaissances et appliquer les meilleures pratiques (Brault et al., 2008 ; Braithwaite et Travaglia, 2008 ; Scott, 1999).

Pour s'assurer de se doter du personnel infirmier qui correspond à ces exigences pour le milieu des ressources intermédiaires, l'affichage doit miser autant sur la formation académique que sur l'expertise et les habiletés. L'exercice du jugement clinique doit être démontré par la réussite d'un examen comportant des mises en situation. L'entrevue doit révéler les habiletés personnelles requises, les compétences cliniques et la compréhension de ce qui est attendu dans une perspective de gouvernance clinique. La dernière intervention pour la sélection se situe dans l'évaluation du personnel infirmier pendant la période de probation. La réorganisation par programmes au niveau du personnel d'encadrement dans les CSSS fait en sorte que le supérieur immédiat peut faire partie d'une autre discipline. Pour remédier à cette situation, chaque programme est doté d'un ou un(e) assistant(e) du supérieur immédiat (ASI) qui fait partie du personnel infirmier et participe à l'évaluation du personnel. Selon l'AIIC (2003), il est important d'avoir une infirmière gestionnaire de premier niveau pour soutenir les infirmières dans le développement de milieux de soins de qualité. Il faut également une description qui reflète de façon juste la nature et les tâches associées au poste. Ces stratégies de sélection et de dotation contribuent à la stabilité du personnel nécessaire pour la continuité des soins et services et l'établissement de relations de collaboration avec l'usager et ses proches (Lefebvre, Levert & Gauvin-Lepage 2010 ; Halligan et Donaldson, 2001).

Les postes de soins infirmiers en ressources intermédiaires doivent faire partie d'un plan de postes à cause des particularités du contexte de partenariat et des qualités requises. Des visites faites de façon ponctuelle sans stabilité de personnel ou par du personnel de la main-d'œuvre indépendante ne conviennent pas pour ce

milieu de soins. Depuis quelques années, plusieurs CSSS puisent à même leur budget pour introduire des infirmières auxiliaires dans les ressources intermédiaires qui accueillent plus de 30 ou 40 usagers. Nous pensons que cet ajout est indispensable afin que le personnel infirmier puisse compléter ses obligations professionnelles d'évaluation, de rédaction des plans thérapeutiques infirmiers (PTI) et de suivis pour tous les usagers.

Si le CSSS met en place des stratégies de sélection, il doit aussi avoir des stratégies pour la rétention de son personnel. Plusieurs auteurs ont mentionné l'importance des incitatifs dans la motivation et l'implication du personnel (Bishop, 2009 ; Scally et Donaldson, 1998 ; Brault et al., 2008 ; Denis et Contandriopoulos, 2008). Dans une perspective de gouvernance clinique ces incitatifs pour le personnel infirmier sont liés à la valorisation du modèle professionnel et à l'exercice de l'autonomie; le sentiment de participer conjointement avec les gestionnaires à l'implantation d'une culture de qualité, de posséder un espace pour mobiliser les savoirs, développer et implanter des interventions basées sur les meilleures pratiques, et accroître ses connaissances.

#### *La formation et le développement professionnel du personnel infirmier*

Le personnel clinique peut présenter certaines réticences à participer à l'élaboration et l'implantation de processus qui relèvent plus traditionnellement de la gestion par manque d'expérience ou de connaissances. L'organisation doit fournir le soutien nécessaire au personnel par le biais des conseillères cliniques ou en offrant de la formation. De plus, le développement rapide de nouvelles connaissances, le renouvellement des pratiques et les avancées technologiques obligent les organisations à favoriser la participation à la formation continue ou aux colloques qui diffusent les derniers résultats de recherche pour permettre l'accès aux meilleures pratiques. La valorisation professionnelle, l'aménagement des horaires de travail, le remplacement lors des absences et le paiement des frais pour certaines formations peuvent représenter des incitatifs pour le personnel.

Dans la perspective de la gouvernance clinique, le CSSS développe des mécanismes de transfert de connaissances. Il rend disponibles les données concernant les meilleures pratiques par l'accès aux ressources nécessaires comme le matériel informatique et l'accès aux bases de données ou à différents programmes, par exemple les méthodes de soins de l'AQUESSS et la version électronique du Compendium des médicaments. Il favorise aussi le retour sur les formations auprès des pairs en prévoyant du temps à cet effet par exemple à l'intérieur de rencontres cliniques. Les connaissances et l'expertise du personnel sont aussi prises en compte dans la façon d'intégrer et d'utiliser les nouvelles technologies (Halligan et Donaldson, 2001).

#### *La formation et la collaboration du personnel du partenaire privé*

Le CSSS ne participe pas à la sélection du personnel du partenaire privé et ce dernier n'est pas tenu de répondre à des exigences pour la formation de base de son personnel. Le CSSS peut cependant avoir certaines exigences concernant l'attitude et le comportement envers les usagers et envers son personnel, ainsi que pour la connaissance de la lecture et l'écriture de la langue française. La formation des préposés pour les soins d'hygiène n'est pas uniforme, mais ils doivent avoir suivi une formation d'organismes reconnus pour les déplacements sécuritaires (PDSB) et pour la réanimation cardio-respiratoire. Le CSSS est responsable de donner la formation pour l'administration de la médication et autres activités confiées dans le cadre de la loi (Loi modifiant le Code des professions. Art 39.6 à 39.10, LSSSS, art, 207) et de s'assurer qu'ils ont les habiletés pour les effectuer (AQESSS, 2008) par la réussite avec une note d'au moins 80% d'un examen écrit ainsi que d'un examen pratique. Nous avons constaté que ces formations étaient insuffisantes pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Leur implication étant essentielle (Scott, 1999), les besoins de formation doivent être identifiés (Brault et al., 2006) par le CSSS et ce dernier facilite l'accès aux formations en fournissant les ressources nécessaires lorsque c'est possible. En contrepartie, le partenaire privé

s'engage à libérer et payer son personnel lors des formations. Par exemple, une formation concernant l'approche avec les personnes souffrant de déficits cognitifs pour faciliter la prestation des soins et services, peut s'avérer très appréciée des préposés et constituer une des formations qui contribue à assurer la qualité et la sécurité des soins. Le CSSS étant responsable de la transmission de ses valeurs, le partenaire privé et son personnel doivent connaître et respecter le code d'éthique. Nous pensons que l'acquisition de connaissances renforce le sentiment de compétence dans l'accomplissement des tâches et joue un rôle dans leur engagement (Denis et Contandriopoulos, 2008). Selon Pepin et al., (2010), l'apprentissage revêt un caractère relationnel qui prépare au travail en collaboration.

Outre la formation, la collaboration s'avère une stratégie qui favorise l'implication et la participation du personnel du partenaire privé et particulièrement des préposés à l'implantation d'un milieu axé sur la qualité des soins et services. Nous pouvons faire un parallèle avec la démarche évoquée dans l'article de Lefebvre et al., 2010 pour cibler un but. En effet, il s'agit de considérer ce personnel en tant que partenaire parce qu'il peut fournir des informations précieuses sur les usagers et avoir développé des relations privilégiées avec eux. Ces informations contribuent à développer des interventions centrées sur les besoins des usagers. Le danger est de se positionner comme expert et couper la communication avec ce personnel. Les préposés travaillent en collaboration avec le personnel infirmier pour l'atteinte des objectifs de qualité et participent de ce fait à l'action collective (Halligan et Donaldson, 2001)

#### *Mise en place d'un milieu axé sur la qualité des soins et services*

L'implantation de la gouvernance clinique nécessite un changement de culture dans la gestion et exige des habiletés à gérer ces changements. Les gestionnaires doivent accepter de partager un espace d'autorité de gouvernance et favoriser la capacité d'action du personnel infirmier. La réussite de l'implantation implique le



partage de valeurs et d'objectifs communs et réside dans la synergie entre le système clinique et le système de gestion et leur capacité à s'influencer mutuellement (Brault et al., 2008 ; Scott, 1999). Nous pensons que cette synergie ne peut se faire sans développer une vision commune de ce qui est attendu en termes de qualité et sélectionner les moyens qui seront employés. Cela signifie de réserver le temps de discussion nécessaire à la compréhension et l'intégration du projet de gouvernance clinique. Les gestionnaires et le personnel clinique se questionnent sur l'offre et la prestation des soins et services, sur la façon d'intégrer les nouvelles technologies, sur les processus à utiliser pour assurer la qualité et sur la façon de les mettre en place et de les évaluer (Halligan et Donaldson, 2001). Certains auteurs ont mentionné des difficultés d'implantation liées au fait que le concept demeure théorique et incompris du personnel (Brault et al., 2008). Concrètement, les connaissances et l'expertise du personnel infirmier sont utilisées dans la création et l'élaboration de processus organisationnels ou d'outils de gestion de la qualité, en collaboration avec les gestionnaires tout en respectant les besoins des usagers et selon les ressources disponibles. Le personnel infirmier pourrait même prendre la direction de l'implantation de certains processus et par la suite participer à leur l'évaluation. Pour réussir, l'implantation de la gouvernance clinique doit se traduire par des actions au niveau de la pratique et ne pas demeurer un concept philosophique (Scott, 1999). La création des ressources intermédiaires est relativement récente et c'est un milieu qui ne correspond ni au domicile, ni à l'hébergement. Beaucoup d'aspects de l'organisation du travail doivent faire l'objet d'une réflexion et laissent place à l'innovation ainsi qu'à l'exercice du leadership de la part du personnel clinique et des gestionnaires.

#### *L'utilisation des résultats de recherche et l'application des meilleures pratiques*

L'utilisation des résultats de recherche et l'application des meilleures pratiques ne se font pas, comme certains auteurs le mentionnent (Braithwaite et Travaglia, 2008; Tanner, 2006; Contandriopoulos, 2008) sans être jumelées à l'expertise

clinique, la connaissance des besoins spécifiques de chaque usager et le respect de leur volonté. L'application des meilleures pratiques résulte de l'analyse de chaque situation et de l'utilisation des connaissances du personnel en regard de ces pratiques et selon les ressources disponibles (Cullum, Ciliska, Marks, & Haynes, 2008). L'accessibilité aux données de recherches et aux meilleures pratiques est la responsabilité du CSSS. Les facteurs organisationnels sont ceux qui ont le plus d'influence sur l'utilisation des données de recherches et les organisations qui privilégient leur utilisation ont une influence sur la motivation et l'engagement de leur personnel infirmier dans l'application des meilleures pratiques (Royle, & Blythe, 2008). La disponibilité du matériel informatique comportant des accès sécurisés pour différents programmes et pour les méthodes de soins de l'AQESSS est indispensable puisque les ressources intermédiaires sont réparties à travers tout le territoire du CSSS. L'accès à une personne ressource qui possède l'habileté et les connaissances pour déterminer la qualité des informations est aussi très important. Les conseillères cadres peuvent être ces personnes ressources de même qu'elles peuvent agir comme «courtiers de connaissances». Elles cherchent les informations parmi les connaissances scientifiques qui leur sont disponibles et qui concernent les données de recherches et les meilleures pratiques, pour les rendre accessibles et les transmettre au personnel infirmier. Dans la pratique, le personnel infirmier n'a pas le temps de faire lui-même ces recherches. L'organisation du travail devrait prévoir des rencontres cliniques régulières, animées par une conseillère cadre et qui regroupent tout le personnel infirmier des ressources intermédiaires. Ces rencontres représentent des espaces pour le transfert des connaissances et pour des discussions de situations cliniques où chacun selon son expertise, ses connaissances et son jugement clinique peut faire part des interventions qui lui semblent appropriées.

### *Les audits cliniques et l'efficacité clinique*

L'organisation s'assure que l'exercice clinique relève des meilleures pratiques en établissant un processus de vérification clinique en collaboration avec le personnel. Il faut d'abord établir quels sont les attributs recherchés dans le concept de qualité et définir ce qui est optimal pour chaque usager ou pour l'ensemble des usagers avant de penser à des mécanismes de contrôle ou d'évaluation de la qualité (Donabédian, 1988). Les audits doivent être effectués en utilisant des critères précis qui sont sélectionnés pour l'évaluation d'aspects bien définis. (Braithwaite et Travaglia, 2008). Il est important que ce processus soit associé à une démarche positive de questionnement et d'amélioration plutôt que d'identifier simplement les erreurs (Halligan et Donaldson, 2001; Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2006). Tous les acteurs du CSSS et du partenaire privé sont interpellés. Les vérifications concernent en plus des pratiques cliniques, les mesures de prévention et de contrôle des infections associées aux procédures de désinfection effectuées par le partenaire privé, les mesures de sécurité pour éviter les événements indésirables par exemple l'entreposage de produits dangereux et le respect des normes de l'environnement physique déterminées par le Guide de mise en œuvre de l'ASSS (2007). Les critères des audits et les aspects à évaluer sont déterminés par le CSSS. Cependant, le partage des résultats avec le partenaire privé à l'intérieur de rencontres régulières, permet de l'associer à la recherche de solutions. Sans nécessairement faire l'objet d'audits, une surveillance régulière doit être exercée sur le choix de la nourriture, la variété des menus, la quantité des portions ainsi que sur la fréquence de l'entretien ménager et finalement le respect des heures d'activités de loisirs.

La mesure de l'efficacité qui suit la vérification clinique permet d'apprécier le fonctionnement d'un processus ou l'efficacité d'une intervention. Le niveau de performance doit être connu car il permet d'améliorer les pratiques et donner une meilleure réponse aux besoins des usagers (Denis et Contandriopoulos, 2008). La démarche d'amélioration de la qualité proposée par le Conseil canadien

d'agrément des services de santé (CCASS) selon des normes nationales, s'intègre de plus en plus à la gouvernance clinique. Le CCASS aborde d'ailleurs des éléments de la gouvernance clinique dans son programme comme la formation, l'efficacité, la gestion des risques, la recherche et le développement et la transparence. Ce processus représente une occasion de développer un plan d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins et services et de mettre de l'avant les mécanismes de la gouvernance clinique pour atteindre les objectifs.

#### *La régulation par le CSSS*

Le partenaire privé est un acteur important pour l'offre de services et il a la responsabilité d'assurer la qualité des soins et services qui sont rendus par son personnel. Il en est imputable au CSSS et aux usagers. La qualité des soins et services rendus par le partenaire ne peut être assurée sans une régulation de la part du CSSS. Contandriopoulos et al., (2000), soulignent le rôle important du secteur public face à ce qu'ils nomment des «entrepreneurs de soins intermédiaires». Ils mentionnent entre autres la couverture des services, la définition des normes, la garantie de leur caractère exécutoire et l'évaluation de la performance. Selon l'étude de Lamarche et Trigub-Clover (2008), même si le secteur privé peut jouer un rôle dans la fourniture de services, la meilleure performance s'observe dans les systèmes de soins où la régulation est publique. Dans le cas des ressources intermédiaires la régulation est surtout associée à des mécanismes de contrôle qui permettent au CSSS de s'assurer que les soins et services sont rendus par le partenaire. Le rapport de l'enquête entourant la fermeture de la RI du Pavillon Marquette (2011) comprend 88 recommandations dont plusieurs concernent des mesures d'encadrement et d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins et services offerts par la ressource intermédiaire. Il s'agit d'abord de préciser les soins et services qui sont attendus selon le plan de services individualisé déterminé pour chaque usager, les exigences au niveau de l'environnement physique, de l'alimentation, de l'entretien et des loisirs. Le plan de

services individualisé devrait être complété en équipe interdisciplinaire et inclure des représentants du partenaire privé. Ce plan détermine avec le consentement de l'utilisateur ou celui de ses représentants, les objectifs fixés pour lui selon ses besoins suite à l'évaluation professionnelle des intervenants. Il est associé aux plans d'intervention de chaque professionnel et au plan d'aide pour les services qui seront offerts par le personnel de la ressource. Finalement, il détermine le montant de la rétribution quotidienne qui sera versé à la ressource selon les services requis pour chaque usager. Il faut ensuite s'assurer du respect de chaque plan d'aide. L'expérience démontre qu'il n'est pas toujours respecté par manque d'intérêt ou de motivation de la part du personnel du partenaire privé, causé par une mauvaise organisation ou un manque d'encadrement par leurs supérieurs. Les préoccupations financières du partenaire l'incitent aussi à couper dans les services. Contandriopoulos et al., (2000) indiquent que l'autonomie professionnelle est souvent menacée par la prédominance d'une logique économique et que les professionnels sont assujettis à des contraintes externes qui ne sont pas dans l'intérêt des usagers. En effet le non-respect du plan d'aide entraîne régulièrement des complications de l'état de santé des usagers.

Toutes les informations émanant des vérifications cliniques, des vérifications du respect des plans d'intervention ou des activités de surveillance devraient être comparées aux normes préalablement fixées et aux soins et services qui ont été requis. Cette démarche est essentielle pour partager les informations recueillies, et apporter des correctifs avant de passer à l'étape qui consiste à décider des mesures à prendre si les normes ne sont pas atteintes ou si les plans d'aide ne sont pas respectés. À cette étape, force est de constater que les leviers envers le partenaire privé sont insuffisants. Les contrats comprennent des clauses de mécontentement et de résiliation mais leur application relève de mécanismes juridiques utilisés dans des situations extrêmes.

Parallèlement, le CSSS a l'obligation de rendre compte des interventions et des mécanismes utilisés pour améliorer la qualité des soins et services (Brault et al.,

2008; Braithwaite et Travaglia, 2008) et qui comprennent les mesures prises suite à des événements indésirables. Il doit mettre en place une procédure pour la gestion des risques et s'assurer de la compréhension de l'ensemble du personnel y compris celui du partenaire privé et valider son bon fonctionnement. La diffusion des informations concernant les mesures qui ont été prises, constitue un levier pour l'amélioration de la qualité parce qu'elle contribue à la recherche de solutions. Selon Denis et Contandriopoulos, (2008), la diffusion ciblée de l'information est une façon de rendre des comptes. Dans cet esprit, nous pensons qu'elle peut s'appliquer à l'ensemble des acteurs incluant le partenaire privé.

Le comité de résidents dans chaque ressource intermédiaire contribue à la diffusion de l'information. Depuis l'adoption du projet de loi 83 (L.Q., 2005, c.32.) en 2005, la création d'un comité des résidents dans les ressources intermédiaires est devenue une obligation légale. Ses fonctions consistent à renseigner les usagers sur leurs droits, à faire la promotion de la qualité des conditions de vie et des services offerts et à défendre les droits et les intérêts des usagers auprès de l'établissement de santé ou toute autre autorité compétente (LSSSS, art. 212). Ses activités peuvent le mener à assister un usager dans une démarche entreprise pour porter une plainte auprès du commissaire local aux plaintes du CSSS. Des rencontres régulières entre le comité des résidents, le CSSS et le partenaire privé permettent de faire le point sur certaines situations qui concernent la qualité des soins et services et assurent la transparence du CSSS au sujet des interventions qu'il a effectuées.

Le processus de traitement des plaintes est un autre moyen de rendre des comptes. Le CSSS doit encourager les usagers à faire part de leur mécontentement et les renseigner sur la procédure à suivre. Il doit les informer des actions qui seront prises et vérifier leur satisfaction par la suite (Braithwaite et Travaglia, 2008). Il peut aussi procéder à des sondages de satisfaction auprès des usagers et de leurs proches concernant les soins et services qui sont offerts.

## *Discussion*

La recension des écrits nous a permis d'identifier les problèmes de qualité liés au partenariat public/privé en hébergement. Les problèmes résultant de la privatisation des services sont rapportés par plusieurs auteurs (McGregor et al., 2011; Hillmer et al., 2005; Commodore et al., 2009) et se traduisent par une diminution ou l'absence de certains services et par une prestation de soins inadéquate de la part du partenaire privé. C'est un constat qui est fait lors de rencontres par plusieurs gestionnaires de l'ensemble des CSSS de Montréal. La diminution, l'absence ou la mauvaise qualité des soins et services ont des répercussions sur les usagers. Il en résulte des hospitalisations plus fréquentes, l'apparition de problèmes de santé qui auraient pu être évités et une augmentation des événements indésirables comme des erreurs dans l'administration de la médication. Différents facteurs contribuent à la présence de ces problèmes. Le principal facteur est sûrement la différence de valeurs entre le CSSS et le partenaire privé (Brault et al., 2008; Porter, 2010; Braithwaite et Travaglia, 2008; Lamarche et Trigub-Clover, 2008) qui se traduit par la poursuite d'objectifs différents; le bien-être des usagers pour le CSSS et la réalisation de profits pour le partenaire privé. La recherche de profits en plus d'avoir des répercussions sur l'offre de services, a aussi des répercussions sur les conditions de travail qui sont moins généreuses et qui oblige le partenaire privé à embaucher du personnel moins qualifié qui ne possède pas toujours une bonne maîtrise de la lecture et de l'écriture de la langue française. La délégation d'activités confiées exige une bonne compréhension des techniques et le personnel doit être conscient des implications de leur mauvaise exécution. De plus, la délégation d'activités confiées nécessite un encadrement du personnel pour s'assurer que les activités sont effectuées correctement, selon les meilleures pratiques et selon l'enseignement du personnel infirmier du CSSS (AQESSS, 2008; OIIQ, 2011; AIIC, 2003). Le deuxième facteur important est lié à l'asymétrie et à l'omission d'informations (Chou, 2002). Il est évident que le



partenaire privé n'informerait pas le CSSS lorsque les services ne sont pas rendus ou lorsque les plans d'intervention ne sont pas respectés. Nous ne pouvons espérer transformer les partenaires privés en philanthropes et penser à un changement d'objectifs de leur part. La gestion de la qualité par le CSSS devra être orientée principalement vers des mécanismes de contrôle pour assurer la qualité des soins et services et pour contrer le déficit d'informations, en espérant la collaboration du partenaire privé.

Les problèmes de qualité en ressources intermédiaires n'émanent pas uniquement des partenaires privés. Le cadre de référence du Ministère (MSSS, 2001), le Protocole d'entente (AQESSS, 2008) et la signature du contrat établissent les modalités de fonctionnement en déterminant le ratio en personnel pour le partenaire privé, les conditions de la délégation des activités confiées et de l'administration de la médication, les modes de rétribution et les budgets alloués aux CSSS pour leur personnel en ressources intermédiaires. L'ASSS pour sa part, établit le profil des usagers qui seront admis. Les ressources intermédiaires de l'Île de Montréal reçoivent un grand nombre d'usagers (entre quarante et cent) qui demandent de plus en plus de soins et services. Les interactions entre les modalités de fonctionnement, l'allocation des budgets et le profil des usagers sont aussi la source de problèmes de qualité. Les ressources intermédiaires ne sont plus le prolongement du domicile, elles sont plutôt devenues l'antichambre de l'hébergement. Les budgets sont insuffisants pour les besoins en personnel. Il existe tout d'abord, une disparité dans l'utilisation des budgets pour le fonctionnement des RI dans les différents CSSS : plus ou moins de personnel infirmier, présence ou non de personnel infirmier auxiliaire, plus ou moins de services de réadaptation, plus ou moins large éventail d'activités confiées permises. Chaque CSSS essaie d'organiser ses services en fonction des budgets alloués mais cette disparité amène une certaine confusion pour les autres partenaires du réseau (hôpitaux, CHSLD, centres de réadaptation) et de l'incompréhension pour les usagers. Ce manque de cohésion fait en sorte qu'il empêche une mobilisation des

CSSS pour revendiquer des modalités de fonctionnement différentes et/ou une augmentation des budgets. L'insuffisance de budget ne permet pas la présence de personnel infirmier sur plus d'un quart de travail pour assurer l'évaluation régulière de l'état de santé de chaque usager, éviter des hospitalisations inutiles et permettre une surveillance convenable de la qualité des soins et services offerts par le partenaire privé y compris la prestation des activités confiées. Actuellement, le personnel infirmier est présent surtout en semaine sur le quart de jour pour assurer le suivi des usagers, répondre à leurs demande et celles de leurs familles même si elles relèvent souvent des services offerts par le partenaire privé et assurer la liaison avec les différents partenaires du réseau (pharmacies, médecins, centres hospitaliers). Aucune couverture médicale n'a été prévue pour les ressources intermédiaires. Certains médecins de la communauté acceptent de faire le suivi des usagers, mais ils sont rarement disponibles pour répondre aux problèmes ponctuels et éviter ainsi des hospitalisations.

Pour assurer la qualité des soins, certaines conditions peuvent être mises en place par le système de gouverne ministériel. Le CSSS doit avoir un droit de regard sur l'embauche du personnel du partenaire privé et exiger que ce dernier instaure des mécanismes de supervision de son personnel sur tous les quarts de travail en plus de l'encadrement fourni par le CSSS (AQESSS, 2008; OIIQ, 2011; AIIC, 2003). Les balises pour l'encadrement et la supervision du personnel du partenaire privé doivent se retrouver dans le cadre de référence et s'appliquer à l'ensemble des ressources intermédiaires. De même, il doit y avoir une révision des activités confiées permises en ressources intermédiaires afin qu'elles soient uniformes et sécuritaires pour l'ensemble des ressources en tenant compte que le personnel infirmier n'est pas toujours présent. Il faut aussi se questionner sur le fonctionnement actuel des ressources intermédiaires en regard des soins et services requis par les usagers. Un rehaussement des budgets permettrait d'instaurer un fonctionnement avec une présence de personnel infirmier qui pourrait s'étendre sur le quart de soir et les fins de semaine. L'augmentation des

budgets serait sûrement compensée par une diminution des transferts des usagers à l'urgence par le personnel non professionnel, celui-ci étant très limité dans ses interventions. De la même façon, l'utilisation des médecins des CSSS pour les suivis et pour une garde clinique contribuerait à diminuer les hospitalisations.

Une plus grande présence du personnel infirmier lui permettrait d'autre part de répondre plus facilement à ses obligations professionnelles d'évaluations et de suivis des usagers (Harrington et al., 2012; OIIQ, 2011) et améliorerait les conditions pour le développement professionnel et l'application de meilleures pratiques.

Il serait également plus facile de prendre l'espace nécessaire à l'exercice du leadership. La recension des écrits fait état de l'importance pour le personnel infirmier d'exercer son leadership pour s'assurer de la qualité des soins et services rendus aux usagers (Hamric et al., 2009), pour travailler en synergie avec les gestionnaires (Brault et al., 2008; Contandriopoulos et al., 2000; Hamric et al., 2009; Denis et Contandriopoulos, 2008), pour innover au niveau des pratiques, ainsi que pour influencer les actions et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire (Scott, 1999; Bishop, 2008; Hamric et al., 2009). Le leadership clinique est très important en ressources intermédiaires pour innover ou modifier des pratiques existantes. Dans une perspective de gouvernance clinique, le personnel infirmier propose des mécanismes et développe des outils cliniques pour assurer la qualité. Il s'allie aux gestionnaires dans la recherche de solutions aux différents problèmes de qualité. Le fonctionnement imposé par le cadre légal est insécurisant et le personnel infirmier doit être capable de se positionner pour établir ses priorités et suggérer des changements dans l'organisation du travail lorsque c'est nécessaire.

Dans une perspective de gouvernance clinique, plusieurs propositions d'interventions concernant le système de gouverne et le système clinique pour assurer la qualité des soins et services ont été relevées. Le tableau1 en annexe en fait le résumé.

La nécessité pour le système public d'établir des mécanismes de régulation dans le cadre d'un contrat le liant avec un partenaire privé est mentionnée dans la recension des écrits (Contandriopoulos et al., 2000; Trigub-clover et al., 2008) et elle est reprise par différents acteurs du réseau de la santé et par des organismes concernés par la qualité des soins et services dans les ressources intermédiaires. L'Association Québécoise des Retraités (AQDR) en a fait le sujet d'un colloque en novembre 2011. La Fédération de la Santé et des Services Sociaux de la CSN a effectué une recherche sur les contrats de service en ressources intermédiaires et lors d'un exposé à ce colloque, son représentant mentionnait le besoin de suivi et d'encadrement du secteur des ressources intermédiaires. Actuellement les CSSS exercent leur régulation à l'aide de différentes mesures de contrôle (audits, grilles de surveillance). Cependant nous constatons l'absence de leviers lorsque ces contrôles démontrent des lacunes dans la prestation des soins et services. Contandriopoulos, Denis, et Dubois (2000), font allusion à des conditions organisationnelles et d'incitation comme le lien entre la responsabilité clinique et la responsabilité financière et la diffusion de l'information sur la performance des prestataires. Actuellement, l'application des mesures prévues dans les contrats lorsqu'il y a mésentente est longue et compliquée et elle conduit inévitablement dans les situations extrêmes, comme ce fut le cas pour le Pavillon Marquette, à un transfert des usagers (MSSSS, 2001; MSSS, 2011). Le transfert d'un grand nombre d'usagers est une solution drastique qui n'est pas simple. Les contrats devraient prévoir des mesures alternatives avec des incitatifs financiers. Il pourrait être intéressant de connaître les effets d'une rétribution selon les résultats sur la qualité des soins et services offerts par le partenaire privé. C'est une pratique qui est déjà amorcée dans le réseau de santé publique, les budgets du Ministère étant alloués selon la performance des établissements. Cependant, les études à ce sujet ne sont pas concluantes et plusieurs facteurs sont à considérer. Suite à une revue systématique des écrits (Witter, Freithem, Kessy, & Lindahl, 2012), les auteurs ne peuvent confirmer les effets de la rétribution du personnel et des organisations sur

leur performance, les résultats variant d'une étude à l'autre. Cela dépend entre autres de la nature de l'intervention; est-ce qu'elle consiste en une augmentation de la rétribution si les soins et services sont rendus ou s'il s'agit d'une diminution de la rétribution s'ils ne le sont pas? La nature et la précision des indicateurs ainsi que le contexte ont aussi une influence importante. Les auteurs mentionnent l'intérêt à poursuivre les recherches dans ce domaine. Dans une étude antérieure Reiter, Nahra, Alexander & Wheeler (2006) avaient noté que la majorité des études concernaient les effets sur le personnel et en particulier sur les médecins et peu traitaient des effets au niveau organisationnel. Les deux études retenues concluaient que la rétribution selon les résultats avait été efficace à 75% pour les organisations dont le conseil d'administration était préoccupé par la qualité des soins et services, ce qui ramène à la question des valeurs des organisations. Des questions se posent: est-ce que nous pouvons penser que les incitatifs financiers devraient être élevés puisque les préoccupations des partenaires privés concernent les profits plutôt que la qualité? Est-ce que nous pouvons prédire que la rétribution selon les résultats en plus d'impliquer une mécanique de surveillance et de gestion encore plus complexe aurait peu de chance de réussite auprès des partenaires privés?

Enfin, il serait pertinent de se questionner sur la structure même des ressources intermédiaires puisque les problèmes liés au partenariat semblent se retrouver dans la majorité des CSSS. Dans l'intérêt des usagers et pour une meilleure emprise sur la gestion de la qualité des soins et services, une structure dans laquelle le personnel responsable des soins et du suivi des usagers relèverait entièrement du secteur public dans des installations du secteur privé pourrait être une avenue à envisager.

*Conclusion*

Le présent travail a tracé un portrait, soutenu par la recension des écrits, des différents problèmes de gestion de la qualité dans les ressources intermédiaires. Bien que ce portrait puisse paraître assez sombre, il serait injuste en terminant ce travail de passer sous silence les aspects positifs de ce nouveau milieu d'hébergement. Les usagers ont droit à des installations physiques supérieures comprenant de grandes chambres avec salles de bain privées souvent situées dans des immeubles neufs. Ils ont tous sensiblement le même degré d'autonomie et peuvent plus facilement créer des liens entre eux et participer à des activités. L'accent est mis sur le respect et le maintien de leur autonomie dans un milieu qui tente de se rapprocher du domicile plutôt que d'un fonctionnement plus institutionnel. Plusieurs usagers sont d'ailleurs satisfaits des soins et services qu'ils reçoivent.

Pour le personnel du CSSS et en particulier le personnel infirmier, il s'agit d'un milieu qui peut être très stimulant en permettant le développement de différentes compétences dont celle du leadership. Pour les gestionnaires, malgré les défis de la gestion de la qualité dans un contexte de partenariat, cela représente l'occasion en se dotant de personnel motivé et qualifié d'implanter concrètement les éléments de la gouvernance clinique.

Finalement, l'intention de ce travail n'est pas de condamner le recours aux services du secteur privé. Dans un contexte où les services offerts sont facturés à l'utilisateur et payés directement au prestataire selon le montant qu'il a déterminé, les services peuvent être de bonne qualité et le prestataire a déjà calculé son profit. En ressources intermédiaires, le montant étant fixé par le secteur public, le partenaire privé doit calculer son profit en fonction des services rendus. La recension des écrits a démontré la difficulté d'inclure le partenaire privé dans un processus de gestion de la qualité lorsque cela implique qu'il devra déboursier des montants. Il s'agit plutôt de tenter une approche collaborative mais dans une perspective de gouvernance clinique, la gestion de la qualité concernant les soins et services rendus par le partenaire est davantage associée aux mesures de contrôle.

La gestion de la qualité est un processus complexe qui requiert des investissements en ressources humaines et matérielles. Les nombreux changements dans l'offre de services et dans l'organisation du travail dans le réseau de la santé, justifient la recherche de nouvelles stratégies pour assurer la qualité des soins et services. La gouvernance clinique s'avère une option intéressante et l'application de ses composantes convient bien à un contexte de partenariat.



## *Références*

Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (2012). *Projets de ressources Intermédiaires pour les personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie*. Montréal, Québec.

Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (2007). *Guide de mise en œuvre d'une ressource intermédiaire pour les personnes en perte d'autonomie lié au vieillissement (PPALV)*. Montréal, Québec.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J.H. (2003). Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *Journal of American Medical Association*, 290 (12), 1617-1623.

Arksey, H., & O'Malley, L.(2005). Scoping review : Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003). *Décisions sur la dotation en personnel pour la prestation de soins infirmiers sécuritaires*. Ottawa, Ontario.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2008). *Protocole d'entente type entre un établissement de santé et une résidence pour personnes âgées*. Montréal, Québec. 64p.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2011). *Six Cibles pour faire face au vieillissement de la population*. Montréal, 52 pages.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2006). *Techniques de soins pour les PAB, les ASSS et les autres non professionnels. Méthodes de soins informatisées*. Montréal, AQESSS.  
[www.aqesss.qc.ca/565/methodes\\_de\\_soins\\_informatisees.aqesss](http://www.aqesss.qc.ca/565/methodes_de_soins_informatisees.aqesss).

Bishop, V. (2009). Clinical governance and nursing power. *Journal of Research in nursing*, 14 (5), 387-389.

Bishop, V. (2008). Clinical governance and clinical supervision: protecting standards of care. *Journal of Research in nursing*, 13(3), 3-5.

Bourbonnière, M., & Evans, L. (2002). Advanced Practice Nursing in the Care of Older Adults. *The American Geriatrics Society*, 50 (12), 2062-2076.

Brault, I., Roy, D.A., & Denis, J.L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique: Historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et*

*Organisation des soins*, 39(3), 167-173.

Brault, I. & Roy, D.A. (2006). Première partie Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et enjeux d'implantation. *Infolettre*, 3(1), 1-6.

Braithwaite, J., & Travaglia, J.F. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review*, 32(1), 10-22.

Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., & Hartz, Z. (2011) *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal

Buetow, S.A., & Roland, M. (1999). Clinical governance : bridging the gap between Managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in health care*, 8(3), 184-190.

Castle, N., & Engberg, J. (2008). Further Examination of the Influence of Caregiver Staffing Levels on Nursing Home Quality. *The Gerontologist*, 48 (4), 464-476.

Castle, N. G. (2008). Nursing Home Caregiver Staffing Levels and Quality of Care : A Litterature Review. *Journal of Applied Gerontology*, 27 (4), 375-405.

Chou, S.Y.(2002). Asymetric information, ownership and quality of care : an empirical analysis of nursing homes. *Journal of Health Economics*. 21, 293-311.

*Code des professions*, L.R.Q., c. C-26

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (2011). *Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance*. Document préliminaire aux fins de la formation.

Comondore, R.V., Devereaux, P.J., Zhou, Q., Stone, B.S., Busse, J.W., Ravindran, N.C., Burns, K.E., Haines, T., Stringer, B., Cook, D.J., Walter, S.D., Sullivan, T., Berwanger, O., Bhandari, M., Banglawala, S., Lavis, J.N., Petrisor, P., Schunemann, H., Walsh, K., Bhatnagar, N & Guyatt, G.H. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes : systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 339, 1-15.

Conseil canadien d'agrément des services de santé. (2006). La gouvernance clinique vue par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. *Infolettre*, 3(1), 7-9

- Contandriopoulos, A.P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, 20(2), 191-199.
- Contandriopoulos, A.P., Denis J.L., & Dubois, C.A. (2000). *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*. Rapport présenté au conseil de la santé et du bien-être. Bibliothèque nationale du Québec. Québec.
- Cullum, N., Ciliska, D., Marks, S., & Haynes, R.B. (2008). Chapter 1 : An Introduction to Evidence-Based Nursing. In N. Cullum, D. Ciliska, R.B. Haynes & S.Marks (Eds), *Evidence-based Nursing (pp 244-252)*. Oxford : Blackwell Publishing Ltd.
- Denis, J.L & Contandriopoulos, A.P. (2008). Gouvernance Clinique: discussion et perspectives. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 249-254.
- Devereaux, P.J., Choi, P.T.L., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H.J., Haines, T., Lavis, J.N., Grant, B.J.B., Haslam, D.R.S., Bandhari, M., Sullivan, T., Cook, D.J., Walter, S.D., MEADE, M., Khan, H., Bhatnagar, N. & Guyatt, G.H. (2002). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private-for-profit and private not-for-profit hospitals. *Canadian medical association journal*.166 (11), 1399-1406.
- Donabedian, A., (1988). The Quality of Care How Can It Be Assessed ? *Journal of American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.
- Halligan, A., & Donaldson, L. (2001). Implementing clinical governance: turning Vision into reality. *British Medical Journal*, 322, 1413-1417.
- Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M. *Advanced Practice Nursing, An Integrative Approach* (4e éd.). St-Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Harrington, C., Choinière, J., Goldman, M., Jacobsen, F., Loyd, L., McGregor, M., Stamatopoulos, V., & Szebehely, M. (2012). Nursing Home Staffing Standards and Staffing Levels in Six Countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 44 (1), 88-98.
- Hillmer, M.P., Wodchis, W.P., Gill, S.S., Anderson, G.M. & Rochon, P.A. (2005). Nursing Home Profit Status and Quality of Care: Is there evidence of an association ? *Medical Care Research and Review*, 62 (2), 139-166.
- Himmelman, A.T.(2001). On Coalitions and the Transformation of Power Relations: Collaborative Betterment and Collaborative Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 29 (2), 277-284.

Info-Stat(2009). *Bulletin d'information présentant certaines statistiques sur les lits dressés, les places internes, les usagers et les jours-présence, dans le réseau socio-sanitaire québécois*. Québec. MSSS. Direction générale adjointe aux ententes de gestion. 50 p.

Institut de la statistique du Québec (2009). Projections de la population du Québec [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca) › [Démographie](#)

Kostiwa, M.I., & Meeks, S. (2009). The Relation Between Psychological Empoworment, Service Quality, and Job Satisfaction Among Certified Nursing Assistants. *Clinical Gerontologist*, 32, 276-292.

Lamarche, Paul.A., & Trigub-Clover, A. (2008). La propriété privée des organisations de santé : quels effets sur les services? Dans F. Béland., A-P. Contandriopoulos., A. Quesnel-Vallé., & L. Robert. *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*. Eds. Les Presses de L'Université de Montréal. Montréal. p. 405.

Lefebvre, H., Levert, MJ., & Gauvin-Lepage, J. (2010). Intervention personnalisée d'intégration communautaire et Résilience. *Revue Frontières*, 22 (102), 78-84.

*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. L.Q. 2002, c.33

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-5.

McGregor, M.J., & Ronald, L.A. (2011). *Residential Long-Term Care for Canadian Seniors: Nonprofit, For-Profit or Does it Matter?* Institute for Research on Public Policy, Study No. 14

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Rapport d'enquête sur les événements entourant la fermeture du Pavillon Marquette et sur l'examen du processus d'attribution des places dans les ressources intermédiaires au Québec*, Rapport Lampron, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Cadre de référence ressources intermédiaires*. Bibliothèque nationale du Québec, Québec. 80p.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011). *La contribution des aides-soignants et des proches aidants aux soins infirmiers*. Westmount, QC : Auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012). *À quand un financement adéquat des soins infirmiers dans la communauté ?* Westmount, QC : Auteur.

Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La Pensée Infirmière* (3<sup>ième</sup> éd). Montréal : Chenelière Éducation inc.

Porter, M.E. (2010). What is Value in Health Care ? *The New England Journal Of Medecine*, 363(26), 2477-2481.

Quesnel-Vallée, A., & Soderstrom, L. (2008). Le défi démographique du vieillissement : une menace pour le financement des services de santé ? dans Béland, F., Contandriopoulos, A-P., Quesnel-Vallée,A., & Robert, Lionel. *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*. Les Presses de L'Université de Montréal. Montréal. p. 46.

Reiter, K. L., Nahra, T.A., Alexander, J.A., & Wheeler, J.RC. (2006). Hospital responses to pay-for-performance incentives. *Health Services Management Research* 19, 123-134.

Richer, M.C., Ritchie, J., & Marchionni, C. (2009). « If we can't do more, let's do it differently! » : using appreciative inquiry to promote innovative ideas for better health care work environments. *Journal of Nursing Management*, 17, 947-955.

Ross, F., Redfern, S., Harris, R.,& Christian, S. (2011). The impact of nursing Innovations in the context of governance and incentives. *Journal of Research in Nursing*, 5, 274-294.

Roy, D.A., Litvak, E., & Paccaud, F. (2010). *Des réseaux responsables de leur population*. Québec : Les Éditions du point.

Royle, J., & Blythe, J. (2008). Chapter 29 : Promoting Research Utilization in Nursing :The role of the Individual, the Organization and the Environment. In N. Cullum, D. Ciliska, R.B. Haynes & S.Marks (Eds), *Evidence-based Nursing (pp 253-257)*. Oxford : Blackwell Publishing Ltd.

Scally, G. & Donaldson, L.J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the NHS in England. *British Medical Journal*, 317 (7150), 1-5.

Scott, I. (1999). Clinical governance : An opportunity for nurses to influence the future of healthcare development. *NT Research*,

- Schirm, V., Albanes, T., Garland, T.N., Gipson, G., & Blackmon, D.J. (2000). Caregiving in Nursing Homes : Views of Licensed Nurses and Nurses Assistants. *Clinical Nursing Research*, 9 (3), 280-297.
- Spilsbury, K., Hewitt, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nursing staffing and quality of care in nursing home : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 732-750.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45 (6), 204-211.
- Vérificateur Général du Québec. (2012). Vérification de l'optimisation des ressources. Personnes âgées en perte d'autonomie. Services d'hébergement. *Rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale*.  
[http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr\\_publications/fr\\_rapport-annuel/fr\\_2012-2013-vor/fr\\_rapport2012-2013-vor-chap04.pdf](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2012-2013-vor/fr_rapport2012-2013-vor-chap04.pdf)
- Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F.L., & Lindahl, K.A. (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low-and-middle-income countries. *Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group*. Cochrane database of systematic review. 3.

## Appendice 1

Tableaux de la recension des écrits provenant des moteurs de recherche  
CINAHL et MEDLINE



Tableau 1  
Tableaux des résultats de la recension des écrits provenant des moteurs de recherche CINAHL et MEDLINE

Système clinique

Mots-clés	Résultats	Articles retenus
Quality of care Et Nursing homes  Staffing level Et Quality of care Et Nursing homes	300 articles  287 articles rejetés	13 articles  dont 2 revues systématiques regroupant 120 publications
Nursing assistant Et Quality of care Et Nursing homes	31 articles  5 articles déjà sélectionnés 23 articles rejetés	3 articles

Système de gouverne

Mots-clés	Résultats	Articles retenus
Clinical governance Et Nursing homes	aucun article	
Clinical governance Et Quality of care	21 articles  12 articles rejetés	9
Clinical governance Et Support system	4 articles  3 articles rejetés	1
For profit Et Not for profit Et Nursing homes	34 articles  28 articles rejetés	6

## Appendice 2

Propositions d'interventions dans une perspective de gouvernance clinique

Tableau 2  
Propositions d'interventions dans une perspective de gouvernance clinique

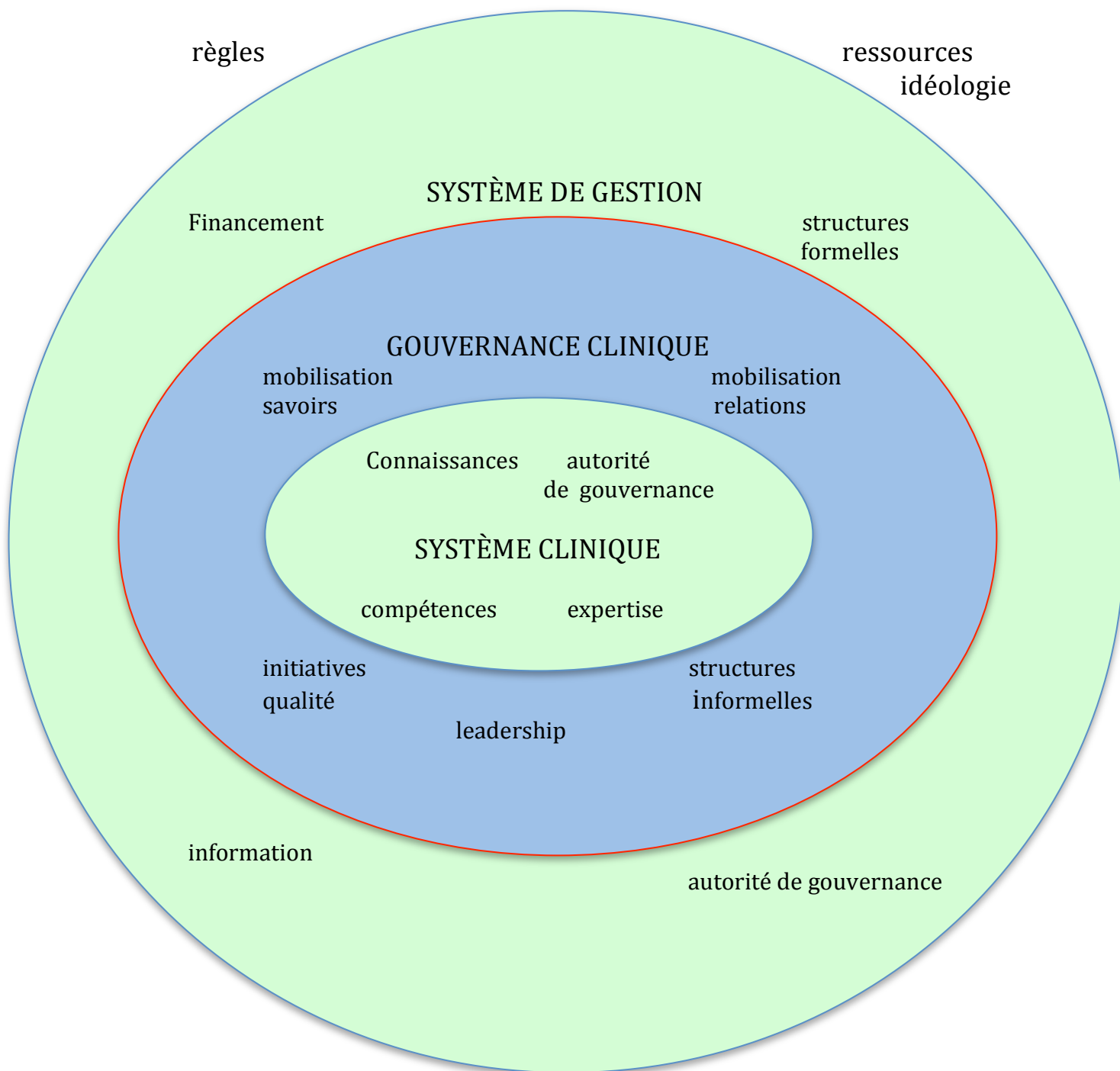
<p>Sélection, dotation et rétention du personnel infirmier en RI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de postes en soins infirmiers</li> <li>• Affichage des postes qui mentionne clairement la nature du poste, les exigences de leadership et en organisation du travail</li> <li>• Réussite d'un examen écrit avec une note minimale de 60% qui démontre les habiletés dans l'exercice du jugement clinique et l'établissement des priorités</li> <li>• Entrevue qui démontre un intérêt et une motivation du candidat dans la formation et le développement professionnel et l'application des meilleures pratiques</li> <li>• Suivi étroit pendant la période de probation par un supérieur en soins infirmiers</li> </ul>
<p>Formation et développement professionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux ressources matérielles dans chacune des RI (ex: matériel informatique)</li> <li>• Aménagement de l'horaire de travail, remplacement lors des formations, paiement des frais de certaines formations, retour des formations auprès des pairs</li> <li>• Utilisation des conseillères cadres pour la formation ou la participation au développement d'outils de gestion de la qualité</li> </ul>
<p>Formation et collaboration du personnel du partenaire privé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exigences concernant la maîtrise de la lecture et de l'écriture de la langue française</li> <li>• Certification pour l'administration de la médication et les activités confiées avec l'obtention d'un résultat de 80% pour l'examen écrit ainsi que pour l'examen pratique</li> <li>• Formation supplémentaires offertes par le CSSS concernant d'autres sujets d'intérêt par exemple les problèmes cognitifs ou la prévention des infections</li> <li>• Implication du personnel du partenaire privé dans l'établissement des plans d'aide</li> </ul>

<p>Mise en place d'un milieu axé sur la qualité des soins et services</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontres régulières entre les gestionnaires et le personnel professionnel des RI pour déterminer les éléments nécessaires à l'instauration d'un milieu axé sur la qualité</li> <li>• Développement et évaluation de processus et d'outils de gestion de la qualité adaptés aux RI</li> </ul>
<p>L'utilisation des résultats de recherches et l'application des meilleures pratiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux sites sécurisés dans chaque RI</li> <li>• Utilisation des conseillères cadres comme «courtiers de connaissances»</li> <li>• Rencontres cliniques permettant le transfert de connaissances</li> </ul>
<p>Les audits cliniques et l'efficacité clinique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des attributs recherchés et des indicateurs précis qui seront utilisés</li> <li>• Mise en place d'un calendrier d'audits</li> <li>• Partage des résultats avec le partenaire privé à l'intérieur de rencontres avec les gestionnaires du CSSS</li> <li>• Développement d'un plan d'amélioration continu de la qualité selon les pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada</li> </ul>
<p>Régulation par le CSSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontres de partenaires suite aux résultats des vérifications cliniques ou du non-respect des plans d'aide</li> <li>• Mise en place d'un mécanisme de gestion des risques</li> <li>• Mise en place d'une procédure de gestion des plaintes</li> <li>• Mise en place d'un comité des résidents pour chaque RI</li> </ul>

Appendice 3  
Figure 1 Modèle de gouvernance clinique

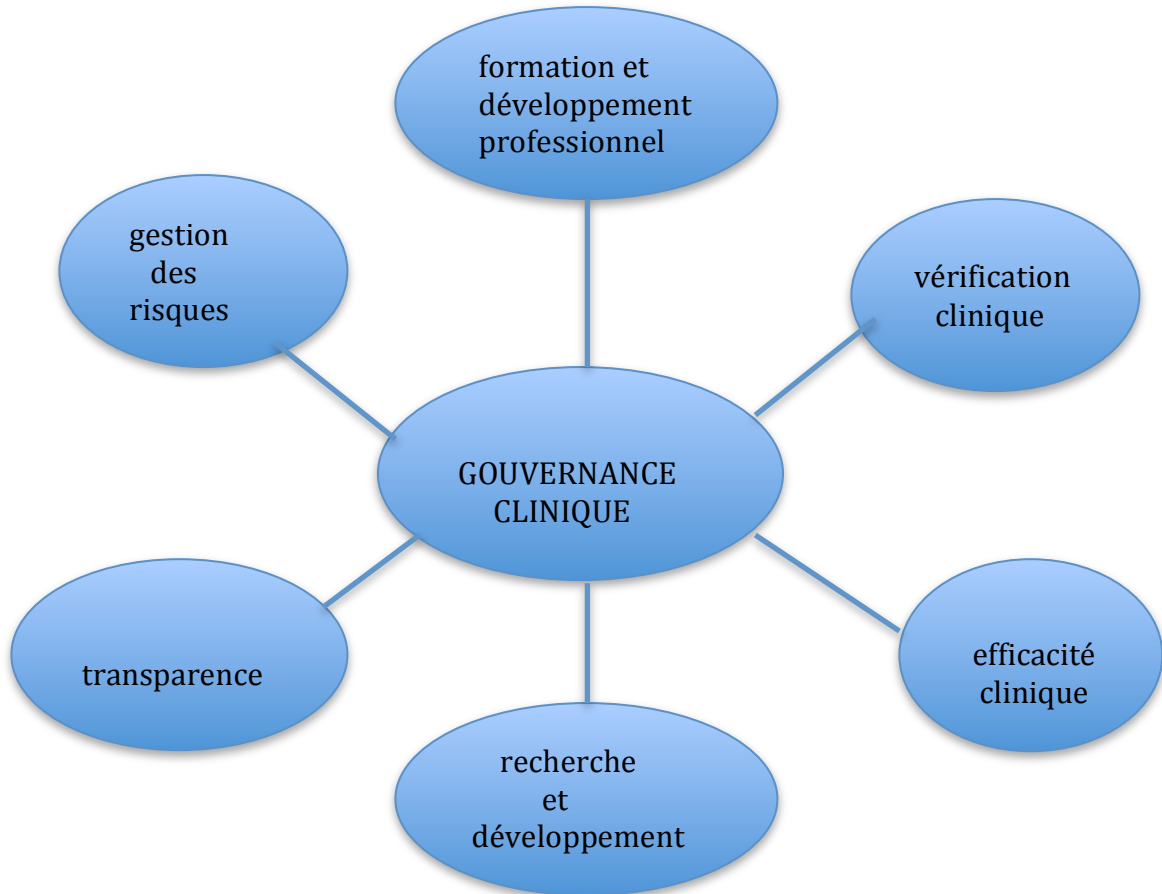
Figure 1  
 MODÈLE DE GOUVERNANCE CLINIQUE  
 Source: Brault, Roy & Denis (2008)

**ORGANISATION PROFESSIONNELLE**



Appendice 4  
Figure 2 Composantes de la gouvernance clinique

Figure 2  
COMPOSANTES DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE



Source: Brault, Roy & Denis (2008)