

Université de Montréal

**L'agrément : Un agent moteur de développement des capacités,  
d'apprentissage collectif et de socialisation. Une étude de cas  
en profondeur dans un hôpital privé saoudien**

Par  
Martin Beaumont

Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Doctorat en santé publique  
Option gestion

Novembre 2008

© **Martin Beaumont, 2008**

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

L'agrément : un agent moteur de développement des capacités, d'apprentissage collectif et de socialisation. Une étude de cas en profondeur dans un hôpital privé saoudien

Présentée par

Martin Beaumont

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

François Champagne

---

président-rapporteur

André-Pierre Contandriopoulos

---

Directeur

Marie-Pascale Pomey

---

membre du jury

Louise Lemieux-Charles

---

examineur externe

François Champagne

---

représentant du doyen de la FES

## RÉSUMÉ

Cette thèse vise à comprendre comment et dans quelle mesure l'agrément des établissements de santé est-il efficace pour développer les capacités des acteurs, nécessaires pour améliorer la qualité des soins et des services.

Au cours des dix dernières années, il y a eu une croissance rapide, à l'échelle mondiale de la mise en œuvre de programmes d'agrément en santé pour l'amélioration de la qualité. L'expérience de la dernière décennie prouve que l'agrément est une technique valable pour l'amélioration de la qualité dans beaucoup d'organismes de santé. Il est également utilisé pour soutenir les réformes en santé. Malgré cela, les outils de gestion comme l'agrément sont souvent critiqués, car elles sont adoptées avec enthousiasme négligeant fréquemment une implantation favorisant la mise en place de comportements durables et la démonstration de meilleurs résultats.

Le développement des capacités (DC) est un processus délibéré, multidimensionnel, dynamique dont le but est d'améliorer la performance des individus, des équipes, de l'organisation et d'un système. Le DC constitue une des trois assises de l'implantation d'une démarche institutionnalisée de la qualité, au même niveau que la communication et la reconnaissance.

Cette recherche s'est déroulée dans un organisme d'Arabie Saoudite dans le cadre de leur première démarche avec le Conseil canadien d'agrément (CCASS) des services de santé. Une étude de cas unique d'implantation de l'agrément a été menée utilisant une approche mixte. Quatre niveaux d'analyse ont été étudiés en détail (individu, équipe, organisation et système) afin de mesurer 28 effets escomptés du DC puisés dans la littérature. Des entretiens semi-structurés, des groupes de discussion, une revue de la documentation ont été réalisés. Dans le but de mesurer trois des effets escomptés, un questionnaire sur le niveau d'implantation de la qualité (NIQ) a été administré

pour la première fois en Arabie Saoudite dans cinq organismes. La performance du cas a été évaluée en relation avec les autres et en fonction de son positionnement dans le cycle d'agrément. Des analyses qualitatives et quantitatives utilisant la technique de polissage par la médiane ont été exécutées.

Au niveau des individus, l'agrément a motivé la participation à de nouvelles formations. L'auto-évaluation est l'étape qui encourage l'apprentissage par l'autocritique. Le sentiment de fierté est le changement affectif le plus souvent répertorié. Les équipes ont amélioré leur communication par l'implantation d'une « *chaîne de commandement* ». Elle a introduit des notions de respect et de clarté des rôles telles qu'exigées par les normes. Au moyen de la mesure du NIQ, nous avons constaté que la majorité des organismes saoudiens se positionnent au niveau minimal d'implantation (assurance qualité). Le plus expérimenté avec l'agrément démontre les meilleurs résultats tout près du second niveau. Enfin, plus les organismes progressent dans la démarche d'agrément, plus les écarts de perception entre les 8 domaines mesurés par le questionnaire du NIQ et entre les différentes catégories d'emploi s'amincissent.

En conclusion, l'agrément a démontré de l'efficacité à développer de nouvelles capacités par l'intégration des transformations des individus et par l'impact de l'acquisition des nouvelles capacités sur le changement des pratiques, majoritairement au niveau des individus, des équipes et de l'organisation. Le processus d'agrément a également fait preuve d'importants pouvoirs de convergence au niveau de l'adoption des pratiques édictées par les normes d'agrément qui contribuent positivement à l'amélioration de la qualité.

**Mots-clés :** Agrément, Développement des capacités, Arabie Saoudite, Conseil canadien d'agrément des services de santé, Polissage par la médiane

## ABSTRACT

The purpose of this thesis is to determine whether accreditation is effective for developing individual's necessary capacities that improve quality. In the last decade, accreditation shows that is a valuable tool. Accreditation program implementation has also demonstrated a world wide increased. It is as well used to support health reform. Managerial practices of this type are often criticized. They are adopted with enthusiasm but their implementation is often neglected because there is some difficulties to demonstrate sustainable behaviour changes and better outcomes..

Capacity Building (CB) is a comprehensive process, multidimensional and dynamic that seeks to improve the performance of individuals, teams, the organization and a system. CB is one of the three foundational elements of institutionalise quality improvement practices a the same level of communication and recognition.

This study happens in Saudi Arabia. The hospital had participated in his first initiative with the Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA). A single case study to evaluate the implementation of accreditation has been carried using a mix methodology. For unit of analysis has been studded (individual, team, organization and system) to measure 28 anticipated effects of capacity Building culled from the literature. Semi-structure interviews, focus groups and a documentation review were conducted. A questionnaire on the quality implementation scale (QIS) was administered in five organizations. The performance of the case was measured in relation to the others and based on its positioning in the cycle. Qualitative and quantitative analyses using median polish technique were conducted.

At the individual level, the accreditation motivated participation in new training. Self-assessment is the stage that encourages learning through self-criticism. The feeling of pride is the emotional change that was reported the most.

The teams improved their communication by establishing a chain of command, which introduced the concept of respect and of clearly defined roles as required by the standards. Through the QIS measurement, we noted that all those involved position themselves at the minimal level of implementation (Quality Assurance). The most experienced with accreditation produce the best results very close to the second level. Finally, the further organizations progress in the cycle, the more the differences in perception between the eight QI domains studied narrowed. The same phenomenon was observed among different job categories.

In conclusion, accreditation has demonstrated effectiveness to develop new capacities most specifically at the individual, team and organizational level. The accreditation process has also demonstrated significant convergence power to push the adoption of new practices dictated by the accreditation standards. Those practices were successful to demonstrate positive quality improvement outcome.

**Key terms:** Accreditation, Capacity Building, Saudi Arabia, Canadian Council on Health Services Accreditation, Median Polish Technique

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xiv
Liste des sigles et abréviations.....	xv
Liste des sigles et abréviations.....	xv
Remerciements.....	xvi
<b>CHAPITRE I INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE II HISTORIQUE DU CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ (CCASS) ET PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....</b>	<b>7</b>
2.1 LE CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ.....	8
2.2 ÉTAT DE LA RECHERCHE SUR L'EFFICACITÉ DU PROCESSUS D'AGRÈMENT DU CCASS.....	9
2.3 QUESTIONS DE RECHERCHE.....	13
<b>CHAPITRE III ÉTAT DE LA CONNAISSANCE.....</b>	<b>15</b>
3.1 LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS (CAPACITY BUILDING).....	16
3.1.1 <i>La notion de capacité</i> .....	17
3.1.2 <i>L'évolution du développement des capacités</i> .....	21
3.1.3 <i>Concept et modélisation du développement des capacités</i> .....	23
3.1.3.1 Environnement externe.....	25
3.1.3.2 L'individu.....	25
3.1.3.3 Les équipes.....	26
3.1.3.4 L'organisation.....	27
3.1.3.5 Le système.....	28
3.1.4 <i>Le dynamisme et une nouvelle zone d'influence</i> .....	29
3.2 DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES VARIABLES DE MESURE DU DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS.....	30
3.2.1 <i>Opérationnalisation des variables « individu »</i> .....	32
3.2.2 <i>Opérationnalisation des variables « équipe »</i> .....	32
3.2.3 <i>Opérationnalisation des variables « organisations »</i> .....	33
3.2.4 <i>Opérationnalisation des variables « système »</i> .....	34
3.3 LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ.....	38
3.4 LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS ET L'AGRÈMENT.....	40
4.1 DESCRIPTION D'UNE INTERVENTION.....	47
4.2 L'ANALYSE D'IMPLANTATION.....	47
4.3 LE PROCESSUS D'AGRÈMENT ET LA TYPOLOGIE D'INTERVENTION.....	48
4.3.1 <i>La définition de l'agrément</i> .....	49
4.4 LE PROCESSUS D'AGRÈMENT INTERNATIONAL.....	52
4.5 POURQUOI L'AGRÈMENT DEVRAIT-IL DONNER DES EFFETS?.....	61
4.5.1 <i>Le pouvoir des normes et de l'idéal type</i> .....	62
4.5.2 <i>La théorie des besoins et des motivations</i> .....	64
4.5.3 <i>La théorie d'Herzberg et l'enrichissement des tâches</i> .....	64
4.5.4 <i>La théorie du néo-institutionnalisme</i> .....	65
4.5.5 <i>La théorie des Systèmes</i> .....	66
4.5.6 <i>La théorie des organisations apprenantes</i> .....	67
<b>CHAPITRE V OBJECTIF ET PROPOSITIONS DE RECHERCHE, MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DU CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>70</b>
5.1 OBJECTIF ET PROPOSITIONS DE RECHERCHE.....	71

5.2	MÉTHODOLOGIES ET STRUCTURE D'ANALYSE .....	72
5.2.1	<i>Les entretiens semi-structurés</i> .....	73
5.2.2	<i>Les groupes focus</i> .....	76
5.2.3	<i>Revue de la documentation</i> .....	76
5.2.4	<i>Observations directes</i> .....	77
5.2.5	<i>Questionnaire sur l'implantation de l'amélioration de la qualité</i> .....	77
5.2.6	<i>Présentation des résultats</i> .....	86
5.3	DESCRIPTION DU CAS UNIQUE.....	87
5.3.2	<i>Le système de santé saoudien</i> .....	87
5.3.3	<i>Historique des démarches d'agrément en Arabie Saoudite</i> .....	90
<b>CHAPITRE VI PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....</b>		<b>92</b>
6.1	STRATÉGIE DE PRÉSENTATION DES RÉSULTATS. ....	93
6.2	EXPOSÉ DES RÉSULTATS DU NIVEAU D'ANALYSE « INDIVIDU » .....	94
6.2.1	<i>L'agrément et les changements cognitifs</i> .....	95
6.2.1.1	L'analyse des « je ne sais pas ».....	101
6.2.1.2	Synthèse des analyses du développement de capacités individuelles au niveau cognitif.....	111
6.2.2	<i>L'agrément et les changements affectifs</i> .....	115
6.2.2.1	Changement d'attitude envers l'organisme .....	115
6.2.2.2	Changement d'attitude envers les clients .....	121
6.2.2.3	Changement d'attitude envers les collègues .....	123
6.2.2.4	Les changements émotifs .....	125
6.2.2.5	Synthèse des analyses du développement de capacités individuelles au niveau affectif.....	130
6.2.3	<i>L'agrément et les changements comportementaux</i> .....	132
6.2.3.1	Les comportements motivés.....	133
6.2.3.2	L'application des nouvelles connaissances .....	135
6.2.3.3	Synthèse des analyses du développement de capacités individuelles au niveau comportemental.....	139
6.2.4	<i>Un retour sur le développement des capacités du niveau d'analyse « individu »</i> .....	141
6.3	EXPOSÉ DES RÉSULTATS DU NIVEAU D'ANALYSE « ÉQUIPE».....	143
6.3.1	<i>La communication</i> .....	145
6.3.2	<i>Le développement de nouvelles relations de travail et la collaboration</i> .....	148
6.3.3	<i>Synthèse des analyses du développement de capacités des équipes</i> .....	151
6.4	EXPOSÉ DES RÉSULTATS DU NIVEAU D'ANALYSE « ORGANISATION ».....	153
6.4.1	<i>La qualité des services</i> .....	154
6.4.1.1	La satisfaction de la clientèle .....	154
6.4.1.2	La satisfaction des employés.....	160
6.4.1.3	Synthèse des analyses du développement de capacités organisationnelles « Degré de satisfaction vis-à-vis l'organisme » .....	164
6.4.2	<i>Planification et gestion</i> .....	166
6.4.2.1	Synthèse des analyses du développement de capacités organisationnelles « Présence de plans structuraux ».....	170
6.4.3	<i>Le niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité dans l'organisme</i> 172	
6.4.3.1	Le positionnement des organismes en fonction du niveau d'implantation.....	175
6.4.3.2	Le positionnement des effectifs .....	177
6.4.3.3	L'analyse du niveau d'implantation par organisme en relation avec les huit domaines .....	179
6.4.3.4	L'analyse individuelle des domaines en relation avec les organismes et leurs catégories d'emploi. ....	183
6.4.3.5	Synthèse des analyses du développement de capacités organisationnelles « Niveau d'implantation de l'amélioration continue de la qualité ».....	204
6.5	EXPOSÉ DES RÉSULTATS DU NIVEAU D'ANALYSE « SYSTÈME » .....	210
6.5.1	<i>Synthèse des analyses du développement de capacités « système »</i> .....	213



6.6	LA RIGUEUR DES RÉSULTATS .....	215
6.6.1	<i>La confirmabilité</i> .....	216
6.6.3	<i>La crédibilité des résultats</i> .....	217
6.6.4	<i>L'imputabilité procédurale</i> .....	218
6.6.5	<i>La transférabilité des résultats</i> .....	220
<b>CHAPITRE VII</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>222</b>
7.1	RÉSULTATS DE RECHERCHE ET RETOUR SUR LES PROPOSITIONS .....	223
7.2	CONCLUSION	237
<b>ANNEXE 1</b>	<b>GRILLES D'ENTREVUE QUALITATIVE.....</b>	<b>CCXLIII</b>
<b>ANNEXE 2</b>	<b>CONSENTEMENT INDIVIDUEL.....</b>	<b>CCXLIX</b>
<b>ANNEXE 3</b>	<b>DIRECTIVES SUR LES RENCONTRES DES GROUPES DE DISCUSSION .....</b>	<b>CCLI</b>
<b>ANNEXE 4</b>	<b>QUESTIONNAIRE QUANTITATIF DE LA MESURE DE L'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ .....</b>	<b>CCLXXII</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>CCLXXVI</b>	

## LISTE DES TABLEAUX

		<u>Page</u>
Tableau 1	Définitions du développement des capacités .....	19
Tableau 2	Opérationnalisations des variables du développement des capacités individuelles .....	35
Tableau 3	Opérationnalisations des variables du développement des capacités d'équipe.....	36
Tableau 4	Opérationnalisations des variables du développement des capacités organisationnelles.....	37
Tableau 5	Opérationnalisations des variables du développement des capacités systémiques .....	38
Tableau 6	Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, évaluation préliminaire .....	54
Tableau 7	Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, éducation et développement des capacités .....	55
Tableau 8	Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, l'autoévaluation.....	56
Tableau 9	Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, la visite simulée .....	57
Tableau 10	Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, la visite .....	58
Tableau 11	Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, l'utilisation du rapport.....	59
Tableau 12	Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, l'amélioration continue .....	60
Tableau 13	Distribution des répondants .....	74
Tableau 14	Proposition d'analyse de la distribution des "je ne sais pas" .....	80
Tableau 15	Taux de mortalité infantile aux États-Unis .....	82
Tableau 16	Proposition d'analyse du positionnement des organismes en fonction du niveau d'implantation .....	83
Tableau 17	Proposition d'analyse des tendances du nombre d'effectifs dans le continuum d'implantation (Analyse n° 2A) .....	84

Tableau 18	Proposition d'analyse des moyennes et niveau d'implantation par catégorie d'emploi (Analyse n° 2B).....	84
Tableau 19	Proposition d'analyse du niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité (Analyse n° 3).....	85
Tableau 20	Proposition d'analyse du niveau d'implantation du Leadership par organisme et par catégorie d'emploi (Analyse n° 4) .....	85
Tableau 21	Échelle de référence des effets de l'intervention .....	95
Tableau 22	Fonction perçue de l'autoévaluation.....	100
Tableau 23	Pourquoi l'autoévaluation permet-elle d'apprendre ?.....	101
Tableau 24	Taux globaux de « Je ne sais pas » .....	103
Tableau 25	Tableau d'analyse des « je ne sais pas » par domaines, par organismes et par catégorie d'emploi .....	106
Tableau 26	Analyse des variations minimum/maximum des taux de « je ne sais pas » par catégorie d'emploi et par domaine .....	110
Tableau 27	Analyse des corrélations dans l'organisme à l'étude.....	110
Tableau 28	Analyse des effets de l'agrément sur les changements cognitifs (Processus d'apprentissage et d'acquisition de nouvelles connaissances) .....	113
Tableau 29	Changement d'attitude «attachement organisationnel».....	118
Tableau 30	Changement d'attitude « positive » .....	119
Tableau 31	Classification des émotions.....	126
Tableau 32	Analyse des effets de l'agrément sur les changements affectifs (changement d'attitude et d'émotion).....	131
Tableau 33	Les incitatifs motivationnels.....	134
Tableau 34	Exemple des domaines d'application des connaissances relatives aux processus d'agrément .....	137
Tableau 35	Analyse des effets de l'agrément sur les changements comportementaux (Application des innovations).....	140
Tableau 36	Synthèse des effets de l'agrément sur le développement des capacités chez l'individu.....	142
Tableau 37	Analyse des effets de l'agrément sur les équipes (Interaction et collaboration multidisciplinaire) .....	152
Tableau 38	Sondage sur la perception des employés .....	162
Tableau 39	Analyse des effets de l'agrément sur l'organisme (Degré de satisfaction vis-à-vis du système de soins) .....	164
Tableau 40	Analyse des effets de l'agrément sur l'organisme (Présence de plans structuraux).....	171

Tableau 41	Échelle utilisée pour déterminer les niveaux d'implantation.....	174
Tableau 42	Analyse de fiabilité de l'outil de mesure .....	174
Tableau 43	Analyse No 1 - Positionnement des organismes en fonction du niveau d'implantation .....	175
Tableau 44	Continuum d'implantation .....	178
Tableau 45	Distribution des effectifs.....	179
Tableau 46	Analyse des moyennes par domaines .....	180
Tableau 47	Polissage par la médiane par domaines .....	181
Tableau 48	Analyse des moyennes du domaine «Leadership» par catégories d'emploi.....	184
Tableau 49	Polissage par la médiane du domaine «Leadership» par catégories d'emploi.....	184
Tableau 50	Analyse des corrélations dans l'organisme étudié.....	186
Tableau 51	Analyse des questions du domaine «Leadership» .....	187
Tableau 52	Analyse des moyennes du domaine «Processus» par catégories d'emploi.....	188
Tableau 53	Polissage par la médiane du domaine «Processus» par catégories d'emploi.....	188
Tableau 54	Analyse des questions du domaine «Processus» .....	190
Tableau 55	Analyse des moyennes du domaine «RH-formation» par catégories d'emploi.....	191
Tableau 56	Polissage par la médiane du domaine «RH-formation» par catégories d'emploi.....	191
Tableau 57	Analyse des questions du domaine «RH-formation».....	193
Tableau 58	Analyse des moyennes du domaine «Planification» par catégories d'emploi.....	194
Tableau 59	Polissage par la médiane du domaine «Planification» par catégories d'emploi.....	194
Tableau 60	Analyse des questions du domaine «Planification».....	196
Tableau 61	Analyse des moyennes du domaine «Gestion de l'information» par catégories d'emploi .....	196
Tableau 62	Polissage par la médiane du domaine «Gestion de l'information» par catégories d'emploi .....	197
Tableau 63	Analyse des moyennes du domaine «Approche client» par catégories d'emploi.....	198
Tableau 64	Polissage par la médiane du domaine «Approche client» par catégories d'emploi.....	199

Tableau 65	Analyse des moyennes du domaine «Innovation» par catégories d'emploi.....	201
Tableau 66	Polissage par la médiane du domaine «Innovation» par catégories d'emploi.....	201
Tableau 67	Analyse des questions du domaine «Innovation».....	202
Tableau 68	Analyse des moyennes du domaine «Fournisseur» par catégories d'emploi.....	203
Tableau 69	Polissage par la médiane du domaine «Fournisseur» par catégories d'emploi.....	203
Tableau 70	Limite des niveaux d'implantation de l'amélioration de la qualité.....	207
Tableau 71	Analyse des effets de l'agrément sur l'organisme (Niveau d'implantation de l'amélioration continue de la qualité).....	209
Tableau 72	Analyse des effets de l'agrément sur l'organisme (Développement de partenariats et Développement communautaire) .....	214
Tableau 73	Synthèse des résultats d'efficacité pour chacun des niveaux d'analyse .....	224
Tableau 74	Distribution des niveaux d'efficacité en relation avec les niveaux d'analyse.....	226
Tableau 75	Pourcentage de répartition des niveaux d'efficacité par niveau d'analyse.....	227
Tableau 76	Variables «très efficaces» occasionnées par l'intervention.....	228
Tableau 77	Variables «efficaces» occasionnées par l'intervention.....	232
Tableau 78	Variables «Réaction mitigée» occasionnées par l'intervention .....	234

## LISTE DES FIGURES

		<u>Page</u>
Figure 1	L'efficacité de l'agrément à produire du développement des capacités.....	4
Figure 2	Schématisation de la problématique générale.....	11
Figure 3	Stratégie de recherche du CCASS sur l'efficacité du programme d'agrément.....	12
Figure 4	Conceptualisation statique du développement des capacités..	24
Figure 5	Conceptualisation dynamique du développement des capacités .....	30
Figure 6	Méthode de recherche évaluative pour l'évaluation des interventions en santé.....	48
Figure 7	Pièces maîtresses du mode d'intervention agrément .....	50
Figure 8	Constitution des normes et la suite logique d'épisodes de soins .....	51
Figure 9	Le cycle du programme d'agrément international du CCASS	52
Figure 10	L'agrément et la théorie des organisations .....	61
Figure 11	Modélisation des rapprochements des concepts théoriques des organisations apprenantes et les étapes du processus d'agrément. ....	69
Figure 12	Modélisation de la méthode mixte "Sequential Transformative Strategy ".....	73
Figure 13	Distribution des organismes selon les étapes de l'intervention	79
Figure 14	Inventaire des catégories d'habiletés .....	96
Figure 15	Inventaire des catégories d'habileté relatives aux sessions de formation identifiées par les participants.....	98
Figure 16	Distribution des organismes dans les étapes de l'intervention en relation au taux de « je ne sais pas ».....	104
Figure 17	Modélisation de l'institutionnalisation des interactions et de la collaboration .....	151
Figure 18	Modélisation de l'inventaire des plans stratégiques requis...	167
Figure 19	Analyse des écarts entre les domaines et catégories d'emploi en relation aux étapes du processus d'agrément.....	208
Figure 20	Répartition des effets d'efficacité .....	226

**LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

FES	Fédération des études supérieures
DC	Développement des capacités
NIC	Niveau d'implantation de la qualité
CCASS	Conseil canadien d'agrément des services de santé
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
ACS	American College of Surgeons
JCAH	Joint Commission on Accreditation of hospitals
CCAH	Conseil canadien d'agrément des hôpitaux
ISQua	International Society for Quality in Health Care
ISO	International Standard Organization
ACQ	Amélioration continue de la qualité
GTC	German Technical Cooperation
PDSA	Plan, Do, Study, Act
OPD	Out Patient Department
HR	Human Ressources

## REMERCIEMENTS

Nul ne peut dire que le développement des capacités n'est pas un processus douloureux. *Ayoye!* Cette thèse est dédiée à ma merveilleuse épouse Sonia, ma belle grande fille Bibi et mon grand sportif Aleck, les trois martyres de mes ambitions et de mes longues périodes d'absences et d'isolation.

Un gros merci à mon ami et mentor Gilles Lanteigne pour son appui inconditionnel, son encouragement et pour sa ténacité exemplaire. Au Conseil canadien d'agrément pour son soutien, sa confiance et pour avoir contribué au développement de mes capacités et à mon bon voisin statisticien. Un gros merci à mes parents pour qui la persévérance et le travail bien fait sont des valeurs importantes qui m'habitent aujourd'hui grâce à eux. Finalement, merci au Dr. Contandriopoulos qui par son charisme intellectuel et son support inconditionnel m'a fait cheminer dans cette aventure pédagogique.



# **Chapitre I**

## **Introduction**

---

En septembre 2000, 147 chefs d'État et de gouvernement de 189 pays se sont entendus sur huit objectifs essentiels à atteindre d'ici à 2015, – les objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Il s'agit d'un schéma directeur, à l'usage des pays en développement et de leurs partenaires, pour évaluer leur capacité à collaborer et à atteindre des objectifs importants dans une série de domaines clés.<sup>1</sup>

Remarquablement, trois des huit objectifs concernent directement l'amélioration de la santé, alors que deux de ces trois objectifs ont plus particulièrement trait à la performance du système de soins de santé, soit pour réduire la mortalité infantile (objectif N° 4) et améliorer la santé maternelle (objectif N° 5). Dans le tableau de suivi développé par les Nations Unies, les objectifs sont assortis d'un échéancier et de cibles mesurables, et visent à : réduire la pauvreté, augmenter la fréquentation scolaire, promouvoir l'égalité des femmes, prévenir la mortalité infantile et maternelle, **améliorer les soins de santé**, combattre les maladies meurtrières et assurer un environnement durable.

Beaucoup de progrès ont été réalisés au cours des dernières années dans le domaine sociosanitaire, mais plusieurs obstacles restent à surmonter. Dans un article récent, Haines et Sanders<sup>2</sup> (2005) dressent un portrait des défis rencontrés. Ils font notamment état de la situation suivante :

**« Les systèmes de santé sont faibles et fragmentés, ce qui constitue un obstacle à l'implantation efficace des interventions. Ils ont de la difficulté à intégrer de nouvelles connaissances pour améliorer rapidement leur capacité d'offrir les services et de développer les ressources humaines qui contribueraient à l'amélioration de leur fonctionnement. »**

Il est évident selon eux que les interventions courantes sont insuffisantes pour appuyer le développement à long terme des capacités organisationnelles des systèmes de soins de santé. L'amélioration de la qualité des

soins et des services est stratégiquement importante pour l'atteinte des objectifs. Ils concluent que les efforts de développement de capacités durables devraient être des initiatives jugées prioritaires par le G8 et par le Sommet du Millénaire. Autrement dit, le développement des capacités devient une intervention stratégique de changement pour favoriser l'atteinte des objectifs du millénaire.

Au cours des dix dernières années, il y a eu une croissance rapide, à l'échelle mondiale dans l'établissement des programmes nationaux et régionaux d'agrément en santé pour l'amélioration de la qualité en général. L'expérience de la dernière décennie prouve que l'agrément est une technique valable<sup>A</sup> pour l'amélioration de la qualité dans beaucoup d'organismes de santé<sup>3</sup>. L'agrément reçoit un appui croissant des gouvernements, des agences intergouvernementales et des bailleurs de fonds. Il est utilisé pour soutenir les réformes en santé, améliorer la qualité et la gestion de la qualité dans les organisations tout en favorisant l'amélioration continue de la qualité<sup>4</sup>. Dans la même étude citée précédemment de Shaw (2004), il démontrait qu'au cours des 40 années avant 1991, huit programmes d'agrément ont été entrepris. Au cours de la décennie suivante, presque trois fois plus de programmes ont pris leur envol, plus particulièrement en Europe. Curieusement, même si l'agrément est un processus reconnu et utilisé de façon grandissante très peu de preuve son disponible afin de démontrer son efficacité.

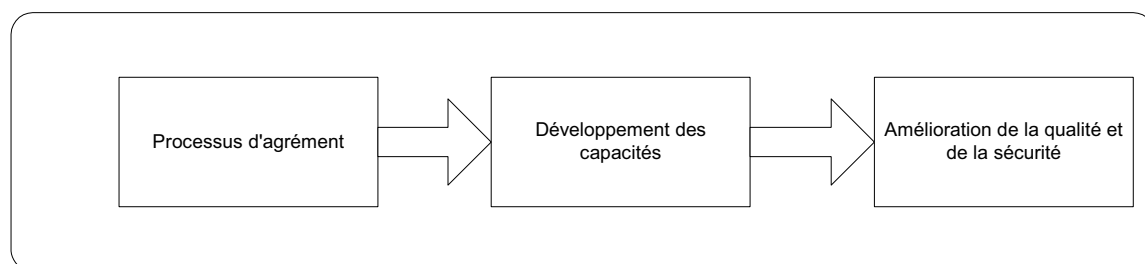
Dans le domaine du développement des capacités (Capacity Building), nous n'avons trouvé aucune enquête à ce jour ayant étudié directement l'efficacité de l'agrément et ses relations avec le développement des capacités (figure 1). Selon Diana<sup>5</sup> (2002) et coll., le développement des capacités constitue une des trois assises de l'implantation d'une démarche institutionnalisée de la qualité, au même niveau que la communication et la reconnaissance.

---

<sup>A</sup> Qui remplit les conditions requises pour être reconnu, pour être accepté.

Le but de la présente étude est d'évaluer si l'agrément est une intervention efficace pour développer les capacités qui améliorent rapidement la qualité des soins offerts par les organisations qui composent un système de santé. Si les résultats s'avèrent positifs, l'agrément pourra être utilisé à une plus grande échelle dans une perspective de soutien aux objectifs du millénaire.

**Figure 1** L'efficacité de l'agrément à produire du développement des capacités



Plusieurs études sur l'agrément apportent des preuves solides de modification comportementale, d'acquisition de nouvelles compétences, d'une meilleure compréhension des concepts d'amélioration de la qualité et de la gestion de la performance, de la promotion du changement, de changements d'attitudes et d'accroissement du capital social. Ces résultats sont liés de près ou de loin au concept théorique du développement des capacités. À l'heure actuelle, ce constat ne permet pas aux institutions nationales et internationales, malgré l'efficacité perçue de l'agrément, d'approuver formellement et légalement un tel programme et de reconnaître son efficacité<sup>6-7</sup>.

Cette thèse s'intéresse particulièrement au programme d'agrément international du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). La recherche est faite dans un contexte de travail/étude. Le chercheur principal est un employé permanent du CCASS. Il occupe des fonctions de gestion et est considéré un *praticien-chercheur* avec tous les avantages et inconvénients que cela comporte.

Cette thèse se structure de la façon suivante. Le chapitre II (Historique du CCASS et définition du problème de recherche) revoit, de sa création à aujourd'hui, l'histoire du CCASS. Ce chapitre expose également la définition du problème de recherche et permet d'apprécier la pertinence et l'importance de la recherche envisagée. Cette section permet également de définir de façon globale la question de recherche.

L'état des connaissances (chapitre III) permet de préciser l'objet de la recherche et de délimiter son cadre théorique. Ce chapitre en quatre sections permet également une construction évolutive d'un modèle conceptuel du développement des capacités basé sur la littérature récente dans le domaine. Le processus cumulatif d'acquisition des connaissances s'effectuera premièrement dans le domaine des concepts du développement des capacités. Deuxièmement, nous effectuerons l'opérationnalisation et la classification des variables en fonction des écrits recensés. Troisièmement, nous ferons un survol de l'application du concept dans le secteur de la santé pour finalement étudier les preuves de l'efficacité des processus d'agrément sur le développement des capacités.

L'agrément : un mode d'intervention en gestion des services de santé (Chapitre IV) se divise en six sections. Les premières traitent de la définition d'une intervention, de la théorie de l'analyse d'implantation et la typologie d'intervention. Ces sections permettent de catégoriser l'agrément en fonction de sa complexité et du contexte dans lequel il est implanté. Cette étape permet de démontrer nos choix méthodologiques de recherche en fonction de l'environnement. Elle fournit l'opportunité de décrire en détail pourquoi l'intervention devrait donner des effets, l'élaboration des objectifs et les résultats escomptés pour chacune des phases du processus d'agrément.

Le Chapitre V présente d'une façon plus spécifique le but de notre recherche. Il précise les propositions de recherche et la méthodologie employée

pour les étudier. Cette section décrit le contexte de l'étude et le cas étudié. Nous discuterons plus particulièrement du système de santé saoudien et de l'évolution des démarches qualité.

Le Chapitre VI brosse un tableau de la structure utilisée pour la présentation des résultats. Il nous fait cheminer dans un univers qualitatif et quantitatif où variables opérationnelles, résultats escomptés et résultats étudiés sont présentés et analysés par unité d'analyse. Ce chapitre traite également de la rigueur des résultats.

Les Chapitres VII, la discussion des résultats de recherche explique si les propositions développées sont supportées ou non par les résultats. Cette section décrit également ce qui a été trouvé en relation avec les objectifs de la recherche. Finalement, on y dresse la contribution de la thèse et les grandes conclusions.

**Chapitre II**  
**Historique du Conseil canadien**  
**d'agrément des services de santé**  
**(CCASS) et problématique**  
**de recherche**

---

## **2.1 LE CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ**

Les origines du CCASS remontent à l' « American College of surgeons » (dont le Canada était membre) qui a développé en 1917 les premières normes minimales pour les hôpitaux. De 1918 jusqu'au début des années 1950, le programme de normalisation institué par l'ACS prendra de l'ampleur et deviendra si complexe qu'il ne sera plus possible pour cet organisme de continuer à l'administrer par lui-même. C'est alors que divers regroupements et associations de part et d'autre de la frontière vont s'associer pour former en 1951 la « Joint Commission on Accreditation of Hospitals » (JCAH) à qui l'on confiera la gestion du programme de normalisation des hôpitaux. Deux ans plus tard, en 1953, diverses associations médicales canadiennes créeront la Canadian Commission on Hospital Accreditation à qui on confie le mandat de créer un programme canadien d'agrément des hôpitaux. Une fois ce programme développé, le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux (CCAH) sera constitué en société. En 1995, afin de mieux refléter sa clientèle, le Conseil change de nom pour devenir le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). L'organisation compte aujourd'hui plus de mille quatre cents membres au Canada, de même qu'un ensemble de partenaires internationaux.

C'est aussi en 1995 que le nouveau CCASS réorientera la philosophie du programme d'agrément vers une qui est centrée sur le client. Le nouveau programme qui découle de ce virage intègre deux nouveaux concepts de gestion : la philosophie d'amélioration continue de la qualité et l'utilisation des indicateurs de rendement. À partir de 1999, le CCASS mettra à l'essai de nouvelles normes et consolidera son programme, mesure pour le renouveau de l'évaluation (MIRE), qu'il appliquait encore jusqu'à tout récemment. Depuis le printemps 2005, le CCASS a entrepris le renouvellement de l'ensemble de son programme d'agrément en réponse à l'évolution du domaine des soins de santé au Canada.



Où en est le CCASS en matière d'évaluation? Il a participé à une visite de l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) du 15 au 19 mai 2006. L'ISQua est l'organisme qui délivre les agréments aux organismes d'agrément sur la base d'une évaluation normative rigoureuse. Le CCASS a été le premier à être agréé en 1998. Le processus d'agrément de l'ISQua permet de mieux comprendre ce que vivent les clients. Il permet également d'examiner l'ensemble des processus de gestion interne et d'examiner avec minutie les normes et critères suggérés aux organismes utilisateurs. Lors du dernier processus d'évaluation, trois des représentants de l'ISQua provenaient d'organismes d'agrément de la Nouvelle-Zélande, de l'Australie et de l'Angleterre. Cette évaluation normative repose sur une appréciation portant sur chaque composante de l'intervention et de l'organisme qui la gère. Elles sont évaluées en fonction de critères et de normes. Cette évaluation se définit comme l'activité qui consiste à porter un jugement sur une intervention en comparant à des critères et à des normes les ressources qui sont mises en œuvre et leur organisation (structure), les services et les biens qui sont produits (processus) et les résultats qui sont obtenus. Cette recherche évaluative est une stratégie complémentaire et nécessaire à celle décrite ci-dessus. C'est un pas en avant afin de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur le processus d'agrément.

## **2.2 ÉTAT DE LA RECHERCHE SUR L'EFFICACITÉ DU PROCESSUS D'AGRÈMENT DU CCASS**

Le programme du CCASS est appliqué dans le système canadien de soins de santé depuis 50 ans. Introduit par les praticiens en 1958 avec la volonté d'établir des normes d'excellences et d'offrir à la population une garantie de la qualité des services, les organisations y ont progressivement adhéré sur une base volontaire. Le programme, toujours à l'avant-garde des pratiques de gestion, a fait l'objet de révisions importantes. Orienté à l'origine sur une approche de contrôle et de vérification des structures des organisations, le programme reconnaissait un état de fait quant à la qualité et quant à la sécurité des services offerts par l'établissement par l'attribution d'un certificat d'agrément.

Aujourd'hui, il requiert que l'organisation se concentre sur les besoins de sa clientèle par le biais des déterminants de la santé, l'implantation d'un continuum de soins, une approche interdisciplinaire, l'utilisation d'indicateurs de performance dans la prise de décision et finalement le développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité.

Avec une approche similaire, le CCASS a commencé dans les années 1990 à offrir des services d'agrément à des clients internationaux dans le but partager ses connaissances dans le domaine et de soutenir financièrement le développement de normes et de processus d'agrément pour les organismes canadiens. Selon la société internationale de la qualité dans les services de santé, un tiers des normes et des programmes d'agrément développés dans le monde sont inspirés du CCASS.<sup>8</sup>

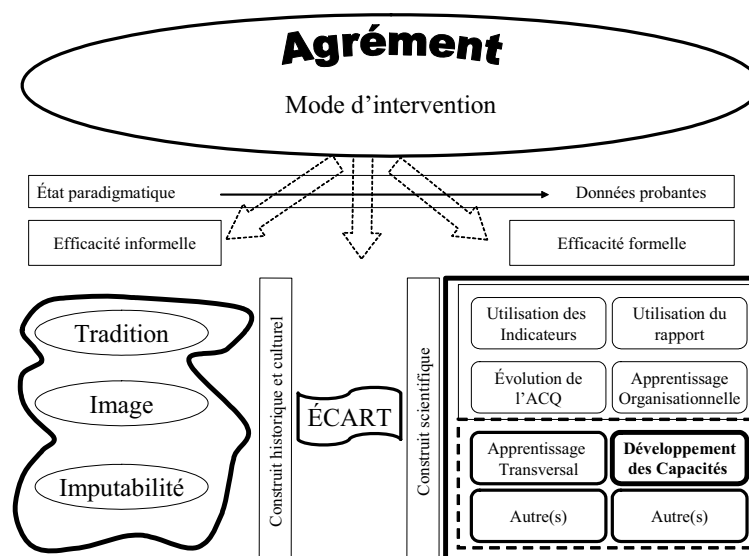
Malgré un engouement certain au niveau national et international, plusieurs décideurs, autant du secteur public que privé, continuent d'avoir des doutes sérieux sur la pertinence d'affecter, dans un contexte de rareté des ressources et d'optimisation des profits, autant d'efforts et de temps dans des programmes d'agrément. D'une part, ces interventions n'ont pas encore démontré de façon convaincante leur valeur véritable en relation aux coûts et aux bénéfices obtenus non plus que l'efficacité d'améliorer la qualité, la sécurité et la performance organisationnelle. Les raisons du manque de recherche et d'évaluation dans ce domaine incluent notamment les défis méthodologiques de mesurer les résultats et d'y attribuer une causalité dans des environnements complexes et changeants<sup>9</sup>.

Par ailleurs, les tenants et défenseurs de l'agrément soutiennent avec conviction que ce programme demeure un outil de gestion efficace qui justifie pleinement les ressources investies et que les investissements dans la qualité seront toujours plus profitables que les coûts de la non-qualité.

Il subsiste donc un écart réel entre la perception des uns et des autres sur l'efficacité de l'agrément. L'existence inexplicquée de variations de perception et la faible adhésion (Underuse)<sup>10</sup> à l'agrément dans certains pays et par plusieurs institutions de santé, et cela, bien que ce mode d'intervention soit connu, s'expliquent difficilement. S'agit-il d'un manque d'information sur son efficacité? Sommes-nous en présence de l'utilisation inefficace d'une intervention (Misuse)? Faisons-nous face à des abus d'utilisation (Overuse)? Les établissements doivent-ils continuer à investir, où doivent-ils allouer les ressources ailleurs?

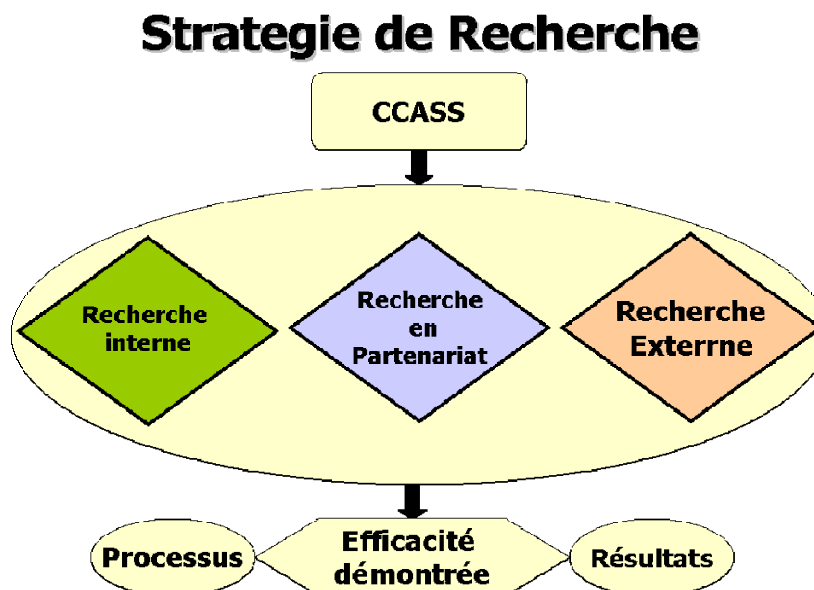
Il en résulte donc un besoin pressant de réduire cet écart dans la perception de l'agrément chez les sceptiques et chez ses défenseurs. Si l'agrément est un mode d'intervention légitime, il faut le faire migrer d'une efficacité informelle, état paradigmatique, à une reconnaissance formelle de son efficacité basée sur des données probantes (figure 2). Plus spécifiquement, une démonstration positive de l'agrément comme intervention efficace de développement des capacités pourra accentuer son utilisation à une plus grande échelle. Son utilisation pourra soutenir les objectifs d'amélioration de la qualité des soins proposés dans les objectifs du millénaire.

**Figure 2 Schématisation de la problématique générale**



En novembre 2002, lors d'une conférence internationale tenue à Paris, Le CCASS présentait sa première stratégie de recherche en matière d'évaluation de l'efficacité du processus d'agrément (figure 3).

**Figure 3** Stratégie de recherche du CCASS sur l'efficacité du programme d'agrément



Cette stratégie reconnaissait le besoin de recherche non évaluative et évaluative afin de démontrer l'efficacité de l'agrément. Trois dimensions ont été proposées à cette occasion : la recherche interne, la recherche en partenariat et stimuler la recherche externe. Premièrement, encourager la recherche interne. Cette dimension propose la création d'un groupe de recherche interne dont je fais partie. Ce groupe fut encouragé à développer des questions pertinentes de recherche afin de contribuer à l'état des connaissances. Les projets retenus furent soutenus financièrement et cette thèse en fait partie. Deuxièmement, établir des liens de recherche avec des universités canadiennes et internationales pour étudier le programme d'agrément d'une façon plus robuste et objective. La troisième dimension consistait à créer un produit qui suscite l'intérêt des chercheurs externes. Cette étape engageait le CCASS au partage d'information et à une

transparence par rapport à ses processus et aux résultats d'agrément obtenus. La résultante de ces efforts coordonnés permettra une évaluation de l'ensemble des processus qui compose le programme d'agrément. Pour le CCASS, cette stratégie est une obligation morale et éthique. Elle est également en lien avec les valeurs organisationnelles qui y sont promues. L'organisme se sent responsable d'assurer que l'intervention proposée aux clients est en mesure, lorsqu'utilisée adéquatement, de procurer les résultats escomptés.

### 2.3 QUESTIONS DE RECHERCHE

Le but de cette recherche est de contribuer à l'avancement de l'état des connaissances dans le domaine de l'agrément et à la solidification du bagage scientifique sur l'efficacité formelle de l'intervention. Plus spécifiquement, nous tenterons de répondre aux questions suivantes :

*Est-ce que l'hôpital saoudien étudié qui participe à une démarche d'agrément international du CCASS a développé des capacités? Si oui, quelles sont-elles, quelles sont les étapes de l'intervention qui y ont contribué, et ont-elles eu des impacts sur la qualité et la sécurité des soins et services?*

Le défi est donc considérable. L'agrément comme outil d'amélioration de la qualité existe depuis le début des années 1900. Les pratiques managériales de ce genre sont souvent critiquées pour être influencées par des manies et des modes. Elles sont adoptées avec enthousiasme comme si le remède à tous les problèmes organisationnels et la vérité universelle avaient été trouvés. Malheureusement, ces pratiques passagères sont trop souvent implantées rapidement, de façon inefficace et superficielle. Habituellement, elles sont abandonnées pour faire place aux nouvelles tendances<sup>11</sup>. Cette opinion était partagée récemment dans un article d'Erin White du « *Wall Street Journal* » et reprise par le Journal de Montréal du jeudi 13 octobre 2005. Elle décrit ces

systèmes aux noms bizarres (ISO, Six Sigma, ACQ) comme des « *maîtresses volages* » qui montrent des signes manifestes d'épuisement.

Pour le CCASS, cette thèse s'inscrit dans un processus d'apprentissage et dans une stratégie de développement de ses propres capacités. Les résultats permettront d'offrir un outil de qualité, solide, crédible et qui atteint les résultats escomptés. Les résultats pourront améliorer la conception de l'intervention ainsi que les pratiques d'utilisation des organismes.

Les conclusions pourront, favoriser le développement et l'arrimage de politiques gouvernementales en gestion de la qualité des systèmes de santé. Finalement, le développement d'un construit cognitif valable et légitime soutiendra la prise de décision et l'adoption de pratiques basées sur des données probantes en gestion des services de santé<sup>12-13</sup>. Cette dernière affirmation constitue un élément fondamental selon Patton<sup>14</sup> (1988), les résultats d'une évaluation sont jugés positifs si ses effets sur la prise de décision sont tangibles et prévisibles.

L'adoption d'une approche de développement d'un construit scientifique doit aussi accroître l'utilité des recherches évaluatives, soit : renseigner sur le contexte et l'environnement les plus susceptibles de bénéficier de l'agrément et les conditions de succès de leur transférabilité au niveau international. De plus, les résultats permettront de mieux définir le moment opportun et les variables les plus pertinentes et significatives pour une évaluation de ses effets.<sup>15</sup>

# **Chapitre III**

## **État de la connaissance**

---

Ce chapitre a pour but de montrer l'évolution des connaissances dans le domaine du développement des capacités et de poursuivre sa modélisation dans le contexte d'implantation d'une intervention. Nous ferons également un survol des écrits qui touchent particulièrement les activités de développement des capacités dans un contexte sociosanitaire. Nous poursuivrons d'une manière plus spécifique par l'analyse des plus récents écrits dans le domaine de l'agrément afin d'identifier les résultats engendrés par l'intervention sur le développement des capacités. Nous terminerons en établissant la nature des concepts et des variables favorisant sa mesure.

### **3.1 LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS (CAPACITY BUILDING)**

Dans la littérature, les termes *Capacity Building* et *Capacity Development* sont utilisés de façon interchangeable. Dans plusieurs ouvrages, la sémantique pour l'utilisation appropriée des termes y est traitée sans toutefois générer un réel débat idéologique. Pour certains, la notion de *Capacity Building* laisse entrevoir une certaine ignorance des capacités déjà existantes. Le terme *Capacity Development* pour sa part semble reconnaître d'une façon plus explicite la présence initiale de capacités et non une construction complète. Il laisse sous-entendre le développement sur des assises déjà existantes. Les finalités escomptées demeurent semblables dans les deux cas. Il peut s'agir de développement de nouvelles capacités ou bien même d'un renforcement. Pour la présente thèse, nous utiliserons le terme développement des capacités.

Selon Schacter<sup>16</sup> (2000), le concept de développement des capacités se définit comme un processus de création ou d'amélioration d'habiletés individuelles, organisationnelles et institutionnelles. Elles permettent de mettre en œuvre des actions innovatrices, de résoudre des problèmes, de fixer et d'atteindre des objectifs de façon efficace, efficiente et pérenne.



Selon Banuri<sup>17</sup> (1994), l'approche du développement des capacités inclut des éléments clés : le développement des individus par l'introduction de nouvelles capacités, le développement par les individus en les laissant décider et participer aux décisions dans l'organisme, et le développement pour les individus afin d'assurer le mieux-être de tous dans la communauté.

Selon Morgan<sup>18</sup> (1997), le développement des capacités se définit par rapport aux démarches, aux stratégies et aux méthodologies utilisées dans le but d'aider les organismes et/ou les systèmes à améliorer leur rendement. Il s'agit de processus et de façons de faire en vue d'un changement organisationnel.

Dans une étude récente de Whyte<sup>19</sup> (2004), pour la fondation Rockefeller, l'auteure propose la description suivante : « Capacity building is a long-term process that is not easily attributed to one intervention or even to a particular donor. As one observer put it —capacity building is messy without neat boundaries ».

Lusthaus<sup>20</sup> (1999), dans un document développé pour la firme de consultation Universalis recense les définitions les plus communément utilisées en développement des capacités. Le document de Whyte (2004) mentionné précédemment utilise une stratégie similaire. Le tableau 1 est un inventaire des définitions puisées dans plusieurs documents. Les définitions sont reproduites dans leur langue d'origine afin de bien en capturer leur signification, leurs similitudes et leurs différences. Elles s'entrecroisent, utilisent des fondements similaires et visent les mêmes résultats.

### **3.1.1 LA NOTION DE CAPACITÉ**

La majorité des définitions font référence au terme capacité. Que laisse sous-entendre le terme? Un défi considérable du développement des capacités demeure la définition même du terme capacité. La définition la plus

couramment utilisée est celle formulée par l'Organisation mondiale de la Santé :  
« Capacity is defined as ability of individuals, organisations or systems to perform appropriate functions effectively, efficiently and sustainably.<sup>21</sup> »

Selon certaines autres définitions (tableau 1), la notion de capacité se traduit en habiletés, qualifications, compréhension, attitudes, valeurs, rapports, comportements, motivations et mobilisation. Pour sa part, le programme de développement des Nations Unies définit le mot capacité comme les habiletés individuelles, organisationnelles et sociétales pour remplir une fonction, résoudre un problème, définir et atteindre ses buts.

**Tableau 1 Définitions du développement des capacités**

<b>Auteur et référence</b>	<b>Définition du développement des capacités</b>
Horton D. et coll.(2004)	Le renforcement des capacités organisationnelles est un processus continu par lequel une organisation améliore son aptitude à établir et à atteindre des objectifs pertinents. Ce renforcement touche à la fois aux capacités opérationnelles et aux capacités adaptatives. Le renforcement des capacités organisationnelles est entrepris par les organisations elles-mêmes de leur plein gré. Il est fait en se servant des ressources de l'organisation, auxquelles viennent parfois s'ajouter des ressources et des soutiens externes. Les soutiens externes peuvent prendre la forme de ressources financières, de connaissances techniques, de cours de formation, d'information, de négociations politiques et de moyens facilitant le processus de renforcement.
German Technical Cooperation (2003) <sup>22</sup>	“GTC sees capacity development as the process of strengthening the abilities or capacities of individuals, organizations and societies to make effective use of resources in order to achieve their own goals on a sustainable basis.”
Programme de développement des Nations unies (1998)  Nations Unies (2002)	<p>“Capacity development is a concept which is broader than organizational development since it includes an emphasis on the overall system, environment or context within which individuals, organizations and societies operate and interact (and not simply a single organization).”</p> <p>“Capacity development or building is the process by which individuals, institutions and countries strengthen capacities or abilities. The United Nations and other external actors can assist this endogenous process, by :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Focusing on enhancing the skills, knowledge and social capabilities available to individuals, institutions, and social and political systems.</li> <li>• Supporting their integration into the knowledge networks that help to sustain these capabilities.</li> <li>• Contributing to material and financial support necessary to apply the skills, knowledge and social capabilities. “</li> </ul>
Brown et Coll. (2001) <sup>23</sup>	“Capacity building as a process that improves the ability of a person, group, organization, or system to meet its objectives or to perform better. Like capacity, capacity building is a multi-dimensional and dynamic process. It should lead to an improvement in performance at each level and contribute to sustainability.”

Tableau 1 (suite)

World Health Organization (June 2001) <sup>24</sup>	“The new definition of Capacity building emphasise the continuing process of strengthening of abilities to perform core functions solve problems, define and achieve objectives and understand and deal with development needs in a broad context and in a sustainable manner.”
Nye N, Glickman NJ. <sup>25</sup> (2000)	“Capacity building is a process that allows for maximization of productivity and effectiveness, helps an organization clarify and work towards achieving goals and carrying out its mission.”
La Banque Mondiale (1998) <sup>26</sup>	« ...capacity is the combination of people, institutions and practices that permits countries to reach their development goals... Capacity building is... investment in human capital, institutions and practices »
Peter Morgan (1996) <sup>27</sup>	« Capacity building is the ability of individuals, groups, institutions and organizations to identify and solve development problems over time. »
Ann Philbin Capacity Building in Social Justice Organizations  Ford Foundation (1996)	“Capacity building is defined as the "process of developing and strengthening the skills, instincts, abilities, processes and resources that organizations and communities need to survive, adapt, and thrive in the fast-changing world.”
UNICEF-Namibia (1996). <sup>28</sup>	“Capacity building is any support that strengthens an institution's ability to effectively and efficiently design, implement and evaluate development activities according to its mission.”
Agence canadienne de développement international (1996) <sup>29</sup> (2002)	“Capacity building is a process by which individuals, groups, institutions, organizations and societies enhance their abilities to identify and meet development challenges in a sustainable manner,.)”  “Capacity building is a series of Activities, approaches, strategies and methodologies that help organizations, groups and individuals to improve their performance, generate development benefits and achieve their objectives over time. It often involves broad participation, building on local interests and expertise, offering opportunities for learning and linking at micro, meso and macro levels to build ownership and sustainability. “
Organisation de coopération et de développement économique (1999) <sup>30</sup>	“Capacity development is the process by which individuals, institutions and societies develop abilities to perform functions, solve problems as well as set and achieve goals. It is premised on ownership, choices and self-esteem. “
Bracht (1994) <sup>31</sup>  Rissel (1995) <sup>32</sup>	“Capacity to continue to deliver a particular program through a network of agencies, in addition to or instead of, the agency which initiated the program.”

**Tableau 1 suite**

Roper et coll. (1992) <sup>33</sup> Meissner et al (1992) <sup>34</sup> Schwartz et coll. (1993) <sup>35</sup>	“Capacity to deliver particular program responses to particular health problems. Usually refers to the establishment of minimum requirements in structures, organization, planning and evaluation skills and resources. “
Biegel (1984) <sup>36</sup>	“Capacity of a more generic kind to identify health issues and develop appropriate mechanisms to address them, either building on the experience of a particular program, or as an activity in its own right.”

L’agence de développement internationale suédoise définit le concept de capacité par les conditions qui doivent être en place, par exemple, connaissance, compétences et structure organisationnelle.<sup>37</sup>

Selon Cohen (1993) du *Harvard Institute for International Development*<sup>38</sup>, la connotation capacité est vraisemblablement reliée à une notion de volume et de quantité. Les fondements linguistiques du mot capacité sont principalement ancrés selon lui sur les habiletés individuelles et les aptitudes à une fonction ou à accomplir une tâche.

Morgan<sup>39</sup> (1998) pour sa part, définit le terme capacité par des compétences organisationnelles et techniques, des rapports et des valeurs qui permettent aux pays, aux organisations, aux groupes et aux individus, à tous les niveaux de la société, de réaliser des fonctions et d’atteindre leurs objectifs de développement au cours d’une période de temps.

### **3.1.2 L’ÉVOLUTION DU DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS**

Selon Horton et collaborateurs<sup>40</sup> (2003), deux grandes tendances s’entrecroisent en développement des capacités. La première, une approche traditionnelle qui comporte une évaluation des besoins qui est selon eux, trop

souvent une présomption sur les besoins réels. Lorsque les besoins sont identifiés, les individus sont formés et des capacités sont développées à l'intérieur d'un projet spécifique ou au sein d'une unité ou section déterminée. Pour ce groupe de chercheurs, cette approche traditionnelle présente des limites et semble inadéquate. Ces limitations résultent notamment des facteurs suivants :

- Divergence de priorités organisationnelles sur des projets moins prioritaires et qui drainent les ressources humaines.
- Attention particulière sur les individus et sur le projet qui limite la vision systémique « Big Picture » de l'organisme.
- Incapacité d'appliquer dans l'environnement et au quotidien les notions apprises.
- Concentration massive des efforts des individus qui les détournent de leur responsabilités journalières ce qui peut miner la performance.

En revanche, Horton et ses collègues suggèrent une deuxième approche qu'ils appellent « Holistic approach to capacity development » Cette stratégie vient contrebalancer les limitations de l'approche traditionnelle. Elle laisse présager de meilleurs résultats et se base sur les principes suivants :

- Permettre aux organismes de diriger leur initiative de développement des capacités (autogestion).
- Focaliser les efforts sur les besoins et les priorités sur l'ensemble de l'organisme (établir des priorités).
- Gérer le processus (gestion)
- Préparer une évaluation rigoureuse des interventions (évaluation)
- Engager l'ensemble des partenaires (partenariat)
- Préserver l'autonomie et développer un environnement favorable à l'apprentissage (contexte favorable)

### 3.1.3 CONCEPT ET MODÉLISATION DU DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Le développement des capacités est un concept évasif. L'absence de consensus sur sa définition en fait la démonstration. Malgré ce fait, plusieurs auteurs convergent. Nous pouvons donc tirer des constats qui contribuent à la conceptualisation du développement des capacités.

- Le développement des capacités est un processus lié à une intervention interne ou venant de l'externe dans un environnement en changement.
- Le développement des capacités est multidimensionnel, dynamique, lié à l'amélioration de la performance des individus, des équipes, de l'organisation, d'un système et qui, ultimement, contribue à l'amélioration de la situation actuelle.
- Le développement des capacités est isomorphe<sup>41-B</sup>, il se conforme aux pressions environnementales de chacun des sous-ensembles qui le composent.
- Le développement des capacités doit contribuer à la pérennité, au changement, à l'institutionnalisation, à la participation et l'apprentissage.
- Le développement des capacités exige une appropriation (ownership) des institutions locales et un partenariat entre le donneur et le receveur de l'intervention.

Deux autres constats émergent des définitions. Le premier voulant que le développement des capacités s'inscrit dans l'éventail des stratégies managériales d'amélioration de la qualité. Le second concerne l'intégration des transformations des individus et l'impact de l'acquisition des nouvelles capacités sur le changement des pratiques individuelles, organisationnelles et systémiques. Des changements dont l'accumulation produit des états toujours plus différents de la situation antérieure prise comme point de départ.

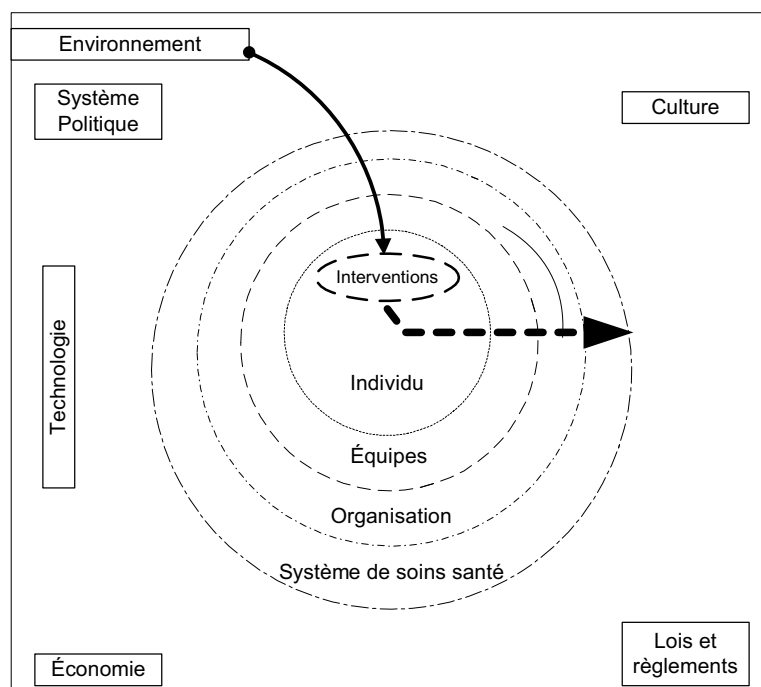
---

<sup>B</sup> Application d'un ensemble dans un autre, chacun étant muni d'une loi de composition interne de sorte que l'image d'un composé d'un couple d'éléments est le composé des images de ces éléments.

La schématisation est importante afin de clarifier et spécifier les dimensions étudiées, identifier les variables et en arriver à une validation des propositions. Elle cherche à enrichir le réel en rapport à ce qui est connu et ce qui reste à savoir. C'est une représentation pour aider à comprendre et faire comprendre<sup>42</sup>.

La modélisation complexe du développement des capacités permet d'apprécier sa constitution comme un système social complexe et ouvert sur son environnement. On y reconnaît conceptuellement ses parties interactives, sa cohérence, ses réseaux et son holisme<sup>C</sup>. Les cinq sections qui suivent décrivent chacune des composantes fondamentales du modèle du développement des capacités. La figure 4 représente la perception de notre compréhension du développement des capacités. Les sections qui suivent expliquent chacune des composantes du modèle.

**Figure 4** Conceptualisation statique du développement des capacités



<sup>C</sup> Système philosophique d'explication globale et théorie de ce qui forme un tout indivisible



### **3.1.3.1 Environnement externe**

L'encadrement qui délimite le développement des capacités illustre les effets de l'environnement externe sur l'ensemble des sous-ensembles du modèle. L'environnement est le contexte externe dans lequel les éléments du concept (individu, équipe, organisation, système de soins) mènent à bien leurs activités, par exemple : les systèmes juridiques, lois et règlement qui régissent formellement les normes sociales; l'environnement politique; le milieu social et culturel; les technologies à la disposition des clients, de l'organisation et des individus et finalement les tendances économiques.

L'implantation d'une intervention est au cœur des stratégies de développement des capacités. L'intervention est d'origine externe ou interne. Dans notre contexte, elle est identifiée par la flèche en provenance de l'environnement externe.

### **3.1.3.2 L'individu**

Inévitablement l'intervention passe par les individus. Des individus disposant d'une liberté d'action et d'acquisition est l'unité, l'élément central de l'analyse sociologique. Ils constituent des agents de changement pour eux-mêmes et pour l'organisation dans lequel ils œuvrent. Les individus sont en mesure d'influencer leurs propres pratiques individuelles et collectives (dynamique de groupe) et vice-versa par le développement de capacités individuelles. Le développement des capacités passe par l'acquisition de nouvelles connaissances et par l'apprentissage. Selon Rocher<sup>43</sup> (1992), il s'agit d'un processus de socialisation. C'est le processus par lequel la personne humaine apprend et intériorise tout au cours de sa vie les éléments socioculturels de son milieu, les intègre à la structure de sa personnalité sous l'influence d'expérience. Pour l'adulte, il poursuit sa socialisation toute sa vie. Des événements comme le premier emploi, l'acquisition de nouvelles connaissances techniques, la compréhension d'un nouveau système, de nouvelles interactions, un nouveau

rythme de travail, une promotion ouvrent une nouvelle période de socialisation. L'apprentissage peut se faire par la répétition des concepts étudiés, l'imitation des collègues, l'application d'incitatifs ou récompenses, des systèmes plus coercitifs comme la punition et la notion d'essais et erreurs. Ainsi, l'apprentissage comme mécanisme de socialisation apparaît comme un processus omniprésent et multiforme, aux conséquences qui ne sont pas nécessairement prévisibles. Une même situation peut modifier simultanément savoir, savoir-faire et savoir-être<sup>44</sup>. Les changements individuels sont de natures cognitive, affective et comportementale. Ils concernent les processus d'acquisition et de développement de nouvelles capacités à travers l'action et l'expérience, analysées comme une suite de processus de résolution de problèmes.

### **3.1.3.3 Les équipes**

La notion d'équipe et de dynamique de groupe est une composante fondamentale du concept de développement des capacités. Certains auteurs omettent de la conceptualiser. On retrouve dans les ouvrages en promotion de la santé une notion d'équipe beaucoup plus explicite que celle du développement international. Selon Crozier et Friedberg<sup>45</sup> (1977), on a trop fortement tendance à ignorer la vie des groupes. Le substrat relationnel permet au groupe de se constituer. Les groupes qui ont géré la complexité de l'agrégation ont acquis une capacité collective propre, c'est-à-dire irréductible à celle de leur membre. Et c'est cette capacité qui leur permettra de mieux s'organiser, de mieux définir et maîtriser leur action et de disposer d'une marge de manœuvre plus grande que ceux qui n'ont pas pu développer une telle capacité. Dans une publication récente de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Oandasan<sup>46</sup> (2006) confirme qu'un système de santé qui encourage l'efficacité du travail en équipe contribuera à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, à veiller à la sécurité des patients, et par le fait même, diminuera les problèmes relatifs à la charge de travail qui produit le surmenage parmi les professionnels de la santé. Malgré l'importance du travail d'équipe, elle dénote certains défis. Selon

les auteurs, la progression vers le travail en équipe est lente parce que les professionnels persistent à protéger leur « territoire » ou à limiter leur pratique pour satisfaire leurs propres besoins. Parmi les autres contraintes, elle dénote l'autoréglementation des professionnels de la santé.

De plus, ce rapport propose une définition exhaustive du terme « équipe ». La définition utilisée est la suivante : une équipe est un groupe de personnes, interdépendantes dans leurs tâches, partageant la responsabilité des résultats, qui se perçoivent et qui sont perçues comme une seule entité, imbriquée dans un plus grand système social et dont les relations s'articulent autour de frontières organisationnelles<sup>47</sup>.

#### **3.1.3.4 L'organisation**

Les interdépendances entre les ensembles sont transversales et réciproques. Les organismes par l'entremise des individus et des groupes d'individus ont le potentiel de modifier en bien ou en mal leurs structures, leurs pratiques et la culture organisationnelle. En termes simples, la capacité d'un organisme est le potentiel qu'il a d'être performant – son aptitude à exploiter avec succès ses compétences et ses ressources pour atteindre ses buts et répondre aux attentes des intervenants. Le développement des capacités vise à améliorer la performance potentielle de l'organisation, tel qu'elle transparaît dans ses ressources et sa gestion<sup>48</sup>.

Pour les capacités organisationnelles, la mise en œuvre de l'intervention doit tenir compte de l'environnement interne. L'environnement interne renvoie aux facteurs endogènes qui influent sur l'orientation de l'organisation et les efforts investis dans ses activités, par exemple :

- les systèmes de mesures incitatives et de récompenses;
- Le « climat » ou la « culture » organisationnelle;

- L'histoire et les traditions de l'organisation;
- Les styles de leadership et de gestion;
- La clarté et l'acceptation de la mission de l'organisation;
- La portée des normes et des valeurs communes favorisant l'esprit d'équipe et la poursuite des buts organisationnels;
- La structure organisationnelle.

Les effets des interventions de développement des capacités devraient améliorer les constituants de l'environnement interne. Il peut arriver que la motivation dont fait preuve une organisation soit si élevée qu'elle compense les difficultés surgissant dans l'environnement externe et les lacunes notées dans les capacités. Cependant, dans d'autres cas, l'environnement interne peut entraver l'exploitation efficace d'une capacité et limiter la performance d'une organisation<sup>49</sup>.

Selon les idéologies de la théorie de l'organisation apprenante, la distinction individu/collectif demeure évidemment pertinente : les connaissances collectives ne peuvent être considérées comme le simple agrégat des connaissances individuelles. Probst et Büchel<sup>50</sup> (1995) expliquent que « l'apprentissage organisationnel est déclenché par les individus et leurs interactions, créant un tout autonome, avec des qualités et caractéristiques propres. L'apprentissage d'un système social n'est donc pas ainsi la somme et le résultat des apprentissages individuels, même si ceux-ci sont nécessaires et importants à l'apprentissage institutionnel. »

### **3.1.3.5 Le système**

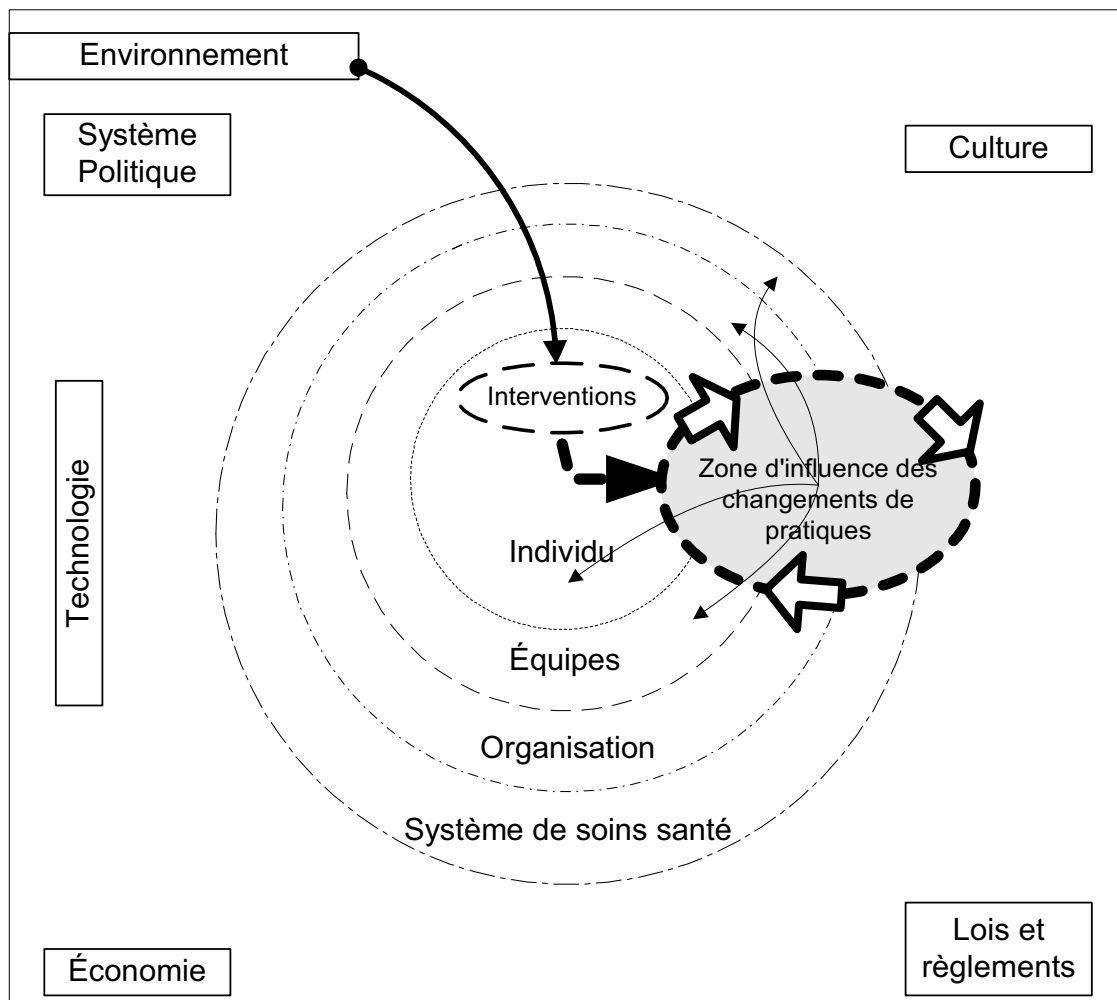
Finalement, l'organisation a un impact sur la qualité et la performance du système de soins de santé et sur l'état de santé des clients utilisateurs et des membres de la communauté. La notion de système ou de réseau se rapporte à l'ensemble des organismes impliqués dans la réalisation d'une fonction donnée, par exemple contribuer au système de soins de santé.

L'ensemble système se questionne principalement à quel point a-t-il réalisé ses buts, ou exécuté son mandat? Ses réalisations dépendent des interdépendances et des interactions entre les entités dans le système. Elles sont influencées par la circulation de l'information dans les réseaux formels et informels et la capacité de réseautage des individus ainsi que leur performance d'exécution dans l'organisation. Dans le cas du système de santé, le réseau peut inclure à la fois le secteur privé et le secteur public.

### **3.1.4 LE DYNAMISME ET UNE NOUVELLE ZONE D'INFLUENCE**

Au cours du recensement des écrits, notre analyse a permis de constater que la plupart des modélisations néglige de modéliser les transformations et les changements de comportement et de pratiques d'une façon intégrée et cela à tous les niveaux d'analyse d'une façon spécifique et simultanée. La dynamique d'intervention crée une zone d'influence des changements dans les pratiques à tous les niveaux. Identifiée comme « la zone d'influence » nous l'avons illustrée par une ellipse pointillée qui croise chacun des sous-ensembles incluant l'environnement externe (figure 5). Les effets de l'intervention arrivent dans la zone d'influence. Ils sont modélisés par les flèches qui mettent en lumière les résultats générés dans la zone d'influence par le processus de développement des capacités. Pour obtenir un effet positif des processus de développement des capacités, les changements de pratiques et les effets escomptés doivent se produire à chacun des niveaux. L'étendu de l'ellipse démontre également que l'intervention agit à tous les niveaux. Le processus de développement des capacités passe par l'individu mais n'est pas un processus linéaire. Il s'attaque à tous les sous ensembles du modèle incluant l'environnement externe.

**Figure 5** Conceptualisation dynamique du développement des capacités



Cette modélisation innovatrice permet de capturer le dynamisme du développement des capacités, démontrer sa capacité de transformer les pratiques à tout les niveaux tout en maintenant la notion d'intervention externe, du contexte environnementale et l'isomorphisme caractérisant la fluidité des nouveaux savoirs dans l'organisme utilisateur de l'intervention.

### **3.2 DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES VARIABLES DE MESURE DU DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS**

Face à la complexité d'évaluer les effets des interventions de développement des capacités, il y a lieu d'être plus spécifique et précis et une

façon d'y arriver est d'utiliser des définitions opérationnelles des variables. L'utilisation de définitions opérationnelles est une manière de définir et mesurer les variables et les concepts sélectionnés pour le bien de l'analyse. Plusieurs documents proposent des méthodologies plus ou moins complexes pour mesurer les effets des interventions de développement des capacités. Pour les agences de développements, la mesure des effets devient une obligation de reddition de compte pour démontrer l'investissement stratégique des fonds publics. La revue de la littérature est essentielle pour cette étape et c'est pour cette raison que nous avons décidé de les traiter dans le même chapitre.

Nous avons développé à partir des ouvrages de Horton<sup>51</sup> (2004), Peter Morgan<sup>52</sup> (1997), du groupe MEASURE<sup>53</sup> (2002), de la Direction des services de santé de l'Organisation mondiale de la Santé et des travaux de Jeanette Nu'Man<sup>54</sup> (2007), un système de classification qui illustre l'opérationnalisation des variables du développement des capacités. Elle s'apparente à celle développée par Connolly et York<sup>55</sup> (2002) dans sa présentation. La sélection des variables doit être adaptée aux réalités de l'intervention mesurée et doit se faire en fonction de la faisabilité et la disponibilité de la collecte de l'information. Nous sommes d'avis que ces grilles seront dynamiques. L'analyse débutée, des changements y seront apportés afin de les raffiner.

Selon Fort<sup>56</sup> (1999), le développement des capacités est un processus multidimensionnel, dynamique et isomorphe. Il s'évalue dans les interactions à plusieurs niveaux, individus, organisation et celui du système. Les tableaux 2 à 5 classifient les niveaux d'analyse étudiés que sont : le développement des capacités des individus, le développement des capacités organisationnelles et le développement des capacités du système de soins.

Le tableau comporte quatre colonnes. La première fait mention des dimensions ou concepts étudiés. La deuxième propose les variables à l'étude. La

troisième colonne expose le questionnement en relation avec la variable à l'étude ainsi que le questionnement du chercheur. La dernière colonne énumère les effets escomptés de l'intervention pour chacune des dimensions.

### **3.2.1 OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES « INDIVIDU »**

Les variables du développement des capacités individuelles s'opérationnalisent en habileté, qualifications, compréhension, attitudes, émotion, valeurs, rapports, comportements, motivations, mobilisation, ressources et conditions qui permettent à des individus d'effectuer des fonctions et d'atteindre leurs objectifs de développement avec le temps. Selon Connolly et York<sup>57</sup> (2002), elles sont classifiées dans trois types de dimension : cognitif, affectif et comportemental. Dans chacune des dimensions on regarde une variable spécifique. Pour le cognitif, on s'attarde à la notion d'apprentissage. On mesure ces effets par l'acquisition des nouvelles habiletés. La participation à de nouvelle formation et la participation à la formation continue. Pour la dimension affective, on s'intéresse aux changements d'attitude et d'émotion. Les effets escomptés de l'intervention sont l'amélioration de l'engagement organisationnel, le développement d'un sentiment de fierté et d'adoption de nouvelles attitudes.

Notre dernière dimension, les changements comportementaux, s'identifie par l'application des innovations. Plus particulièrement, on mesure ses effets par l'application des nouvelles connaissances, l'adoption de nouvelles conduites, la motivation et la mobilisation et l'accroissement du professionnalisme. Le tableau 2 illustre l'opérationnalisation des variables du développement des capacités individuels.

### **3.2.2 OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES « ÉQUIPE »**

Les variables de l'équipe s'opérationnalisent par l'interaction et la collaboration multidisciplinaire. La collaboration est une variable importante. Elle améliore le travail en équipe. La collaboration est le procédé par lequel il y a



interaction et relation entre des professionnels de la santé qu'ils se perçoivent ou non comme membre d'une équipe. Le modèle de Hackman<sup>58-59</sup> (1987-1990) propose trois dimensions pour l'efficacité de l'équipe. La première, la capacité de l'équipe à livrer un produit ou un service de haute qualité, la deuxième, la capacité des membres de l'équipe de continuer à travailler ensemble dans l'avenir (pérennité) et la dernière, la contribution de l'équipe au bien-être et à la croissance professionnelle de ses membres. Louise Lemieux-Charles<sup>60</sup> (2006) propose que le type et la diversité des expertises impliquées dans la prise de décision d'équipe expliquent en grande partie la qualité des soins et l'efficacité de l'organisation. La collaboration, la résolution de conflit, la participation, et la cohésion sont les variables les plus susceptibles d'influencer la satisfaction du personnel et l'efficacité perçue des équipes. On mesurera les effets escomptés, en étudiant cinq phénomènes, la création de nouvelles interactions, la collaboration interpersonnelle et inter-équipe, la création d'une capacité collective, la contribution de l'équipe à son propre développement et sa pérennité. Le tableau 3 illustre l'opérationnalisme des variables du développement des capacités d'équipe.

### **3.2.3 OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES « ORGANISATIONS »**

L'opérationnalisation des variables organisation se regroupe sous trois dimensions, la qualité des services, la planification et la gestion et la culture organisationnelle. Les variables organisationnelles pour leur part s'opérationnalisent par le degré de satisfaction vis-à-vis l'organisme, la présence de plan structuraux et la culture de qualité. Les effets escomptés dans la dimension qualité des services sont déterminés par le développement par l'organisme de ses propres questionnaires de satisfaction, des mesures objectives d'amélioration de la qualité et l'obtention de l'agrément.

La deuxième dimension, la planification et la gestion identifié comme effets escomptés le développement et la mise en œuvre de plan

structuraux, le développement de système de gestion et l'identification par l'organisme d'une mission et vision organisationnelle.

La dimension de la culture organisationnelle sera mesurée par le niveau de l'implantation de l'amélioration continu de la qualité, la distribution homogène des principes d'amélioration de la qualité dans l'organisme et finalement la notion de leadership. Le tableau 4 illustre l'opérationnalisation des variables du développement des capacités « organisation »

#### **3.2.4 OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES « SYSTÈME »**

Au regard d'une seule dimension, les relations intersectorielles et communication seront contribuées à l'évaluation de l'unité d'analyse système (tableau 5). Les variables du système de soins s'opérationnalisent par le développement de partenariats et la contribution au développement communautaire. Spécifiquement, les effets escomptés étudiés sont le développement de collaborations multisectorielles, les actions d'imputabilité et de transparence et les activités de promotion de la santé.

**Tableau 2 Opérationnalisations des variables du développement des capacités individuelles**

Dimensions	Variables	Questionnement	Effets escomptés
<b>Niveau d'analyse « Individu »</b>			
<b>Capacités des ressources humaines</b>			
Changements cognitifs	<b>Apprentissage (acquisition de nouvelles connaissances)</b>	Qu'est-ce que les individus ont appris de nouveau?  Par qui ou par quoi l'ont-ils appris?	Acquisition de nouvelles habiletés  Participation à de la nouvelle formation  Participation à la formation continue
Changements affectifs	<b>Changement d'attitude et d'émotion</b>	Depuis l'intervention, l'attitude, les sentiments et les émotions ont-ils changé?	Engagement organisationnel  Sentiment de fierté  Nouvelles attitudes
Changements comportementaux	<b>Application des innovations</b>	Les individus appliquent-ils l'acquisition de nouvelles connaissances?  Les individus ont-ils adopté de nouvelles conduites?	Application des nouvelles connaissances  Nouvelles conduites  Motivation et mobilisation  Accroissement du professionnalisme

**Tableau 3 Opérationnalisations des variables du développement des capacités d'équipe**

Dimensions	Variabes	Questionnement	Effets escomptés
<b>Niveau d'analyse « Équipe »</b>			
<b>Capacités de travailler en équipe</b>			
Travail d'équipe	<b>Interaction et collaboration multidisciplinaire</b>	<p>Les individus ont-ils développé de nouvelles relations?</p> <p>Les individus se sont-ils intégrés davantage à l'organisation?</p> <p>Voyons-nous émerger de nouvelles dynamiques de groupe?</p>	<p>Création de nouvelles interactions entre individus</p> <p>Collaborations interpersonnelle et inter équipes</p> <p>Création d'une capacité collective</p> <p>Contribution de l'équipe au bien-être et à la croissance professionnelle de ses membres</p> <p>Continuer à travailler ensemble à l'avenir</p>

**Tableau 4 Opérationnalisations des variables du développement des capacités organisationnelles**

Dimensions	Variabiles	Questionnement	Effets escomptés
<b>Niveau D'analyse « Capacités organisationnelles »</b>			
La qualité des services	<b>Degré de satisfaction vis-à-vis l'organisme</b>	<p>Quelles sont les forces et faiblesses de l'hôpital du point de vue des traitants?</p> <p>Quel est le niveau de satisfaction des clients?</p> <p>Quel est le niveau de satisfaction des employés?</p> <p>L'organisme a-t-elle été agréé?</p>	<p>Questionnaire de satisfaction développé par l'organisme</p> <p>Satisfaction des clients et des employés</p> <p>Amélioration des services et réponse aux besoins des clients et des employés</p> <p>Certificat d'agrément</p>
Planification et gestion	<b>Présence de plans structuraux (12)</b>	L'agrément a-t-il contribué au développement de plans structuraux et de nouvelles politiques?	<p>Développement et mise en œuvre des plans structuraux</p> <p>Développement de système de gestion</p> <p>Mission et vision organisationnelle</p>
Culture organisationnelle	<b>Culture qualité</b>	L'organisme a-t-il implanté une culture d'amélioration de la qualité?	<p>Niveau d'implantation de la culture qualité</p> <p>Distribution homogène des principes</p> <p>Leadership</p>

**Tableau 5 Opérationnalisations des variables du développement des capacités systémiques**

Dimensions	Variables	Questionnement	Effets escomptés
<b>Niveau d'analyse « Système »</b>			
<b>Capacités du système de soins de santé.</b>			
Relation inter sectorielle et communautaire	<b>Développement de partenariats</b>  <b>Développement communautaire</b>	L'organisme a-t-il développé de nouvelles alliances stratégiques?  L'organisme a-t-il développé de nouveaux liens avec la communauté	Développement de collaborations multisectorielles  Actions d'imputabilité et de transparence  Activités de promotion de la santé

Selon Morgan<sup>61</sup> (1998), la mesure du développement des capacités doit être une démarche holistique. La stratégie de mesure doit fournir l'explication du système philosophique global du concept de développement des capacités. Selon Crozier<sup>62</sup> (1977), une analyse individuelle des sous-ensembles pourrait aboutir à des impasses où le rapport individuel de l'acteur à l'organisation est privilégié et fait de celui-ci une entité abstraite totalement détachée des acteurs qui la constitue. Il en est de même pour l'analyse de l'organisation et des autres composantes.

### **3.3 LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ**

La littérature démontre certains liens très étroits entre le développement des capacités et le secteur de la santé. Selon Lusthaus et coll<sup>63</sup>. (1995), il s'agit d'un processus d'amélioration continue qui touche l'individu, l'organisation ou l'institution avec l'objectif de maintenir ou d'améliorer les soins et les services qui sont administrés. Pour sa part, Taschereau<sup>64</sup> (1998) le reconnaît

essentiellement comme un processus interne d'amélioration qui peut s'accélérer par des groupes externes qui appuient les individus, l'organisation et la communauté.

Dans le domaine de la promotion de la santé, Penelope Hawe<sup>65-66</sup> (1997) (2002) concède que le développement des capacités peut augmenter l'aptitude du système en plus de prolonger et de multiplier les effets sur la santé. Cette dimension présente une valeur ajoutée aux résultats de santé offerts par n'importe quel programme de promotion. “ *The rationale for capacity-building is simple. By building sustainable skills, resources and commitments to health promotion in health care settings, community settings and in other sectors, health promotion workers prolong and multiply health gains many times over.* ” Selon Hawe, la littérature aide à définir clairement le but du développement des capacités. Ces recherches suggèrent la réponse suivante : Les gens travaillent en partenariat au développement des capacités pour (1) opérer des programmes et mode d'intervention pour répondre à des situations problématiques, (2) pour créer de l'autonomie et de la pérennité, (3) développer des habiletés et résultats mutuels pour les partenaires impliqués dans l'intervention.

Par ailleurs, le Centre ontarien d'information en prévention<sup>67</sup> (2002) considère l'envergure du développement des capacités comme une approche de bas en haut (*bottom-up*) qui construit des fondations solides, favorise son maintien, aide à la résolution de problèmes courants et contribue à l'efficacité et à l'efficience. Les auteurs décrivent le développement des capacités comme « The glue that binds ». Selon eux, développer des capacités «helps to make sure our working partners are developing the skills and resources to hold programs together, thereby increasing their chances for long-term success». Leur expérience démontre que cette stratégie contribue positivement à la construction d'infrastructures, au maintien à long terme des programmes, à une résolution continue de problème et, finalement, à l'amélioration de l'efficacité.

Selon Brown<sup>68</sup> (2002), le développement des capacités est au cœur même de l'amélioration des systèmes de santé dans les pays en voie de développement. L'auteur confirme que les expériences actuelles suggèrent qu'atteindre de meilleurs résultats de santé requiert une augmentation des ressources financière et une quantité adéquate de capacités locales pour utiliser les ressources efficacement. De plus, elle lance l'affirmation que les capacités locales jouent un rôle critique dans la pérennité des résultats de santé et à long terme, contribuent à la diminution des dépendances sur les ressources externes.

La majorité des définitions et concepts en santé soutiennent également l'importance de considérer chacune des composantes (individu, organisation, communauté, système) d'une façon isomorphe telle qu'illustrée précédemment. La définition du développement des capacités dans un contexte sociosanitaire sous-entend également l'utilisation de modes externes d'intervention, de stratégies et méthodes diversifiées qui ont pour but d'améliorer la performance à différents niveaux collectifs, l'agrément constituant l'une d'elles selon Bolger<sup>69</sup> (2002).

### **3.4 LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS ET L'AGRÉMENT**

Selon Scrivens<sup>70</sup> (1998), les organismes s'engagent en nombre croissant dans des démarches d'agrément parce que certaines politiques gouvernementales les incitent à le faire. Les travaux de Shaw<sup>71</sup> (2003) démontrent que l'état des connaissances actuelles sur l'impact de l'agrément reste incomplet et beaucoup de ressources y sont investies. Récemment, l'OMS s'inquiétait et convoquait les responsables de plusieurs agences d'agrément pour connaître l'évolution des travaux dans ce champ d'expertise.

Le programme d'agrément international du CCASS incorpore dans sa mission, ses valeurs, sa philosophie et ses credo, un grand nombre d'objectifs et des principes directeurs qui convergent vers un mode d'intervention qui incite



le développement des capacités. Le chapitre IV fournit une explication étayée de l'intervention.

L'agrément était orienté à l'origine sur une méthodologie de contrôle et de vérification des structures. Il requiert aujourd'hui que l'organisme se concentre sur les besoins de sa clientèle par le biais des déterminants de la santé et un raisonnement populationnel, l'implantation d'un continuum de soins, l'interdisciplinarité supportée par l'autoévaluation, l'usage d'indicateurs de performance dans la prise de décision, la création d'une culture qualité, une gestion participative, l'utilisation efficace des ressources et le transfert des connaissances<sup>72</sup>. L'ensemble de ces caractéristiques soutient aussi l'ouverture à l'autocritique, la réflexion et l'amélioration. Ces constituants demeurent des archétypes du développement des capacités<sup>73</sup>.

Quels liens peut-on faire entre l'agrément et le développement des capacités? Le recensement des écrits qui suit provient de la littérature qui a étudié particulièrement les effets des processus d'agrément dans le monde. Suite à la lecture des textes, des rapports de ressemblance ont été réalisés entre les résultats obtenus et ceux habituellement mesurés lors de l'évaluation de stratégie de développement des capacités. Certains des résultats escomptés sont identifiés dans les tableaux 2 à 5 vus précédemment.

En 1983 Duckett<sup>74</sup> (1983) et l'Australian Council on Healthcare Standards réalisait une étude concomitante à l'apparition de l'agrément. Elle portait sur vingt-trois établissements, dont dix avaient décidé de ne pas retenir la méthode, et treize étaient soit agréés ou en voie de le devenir. Parmi les six domaines étudiés (1-administration, 2-organisation médicale, 3-revue des cas critiques, 4-organisation des soins infirmiers, 5-sécurité, 6-définition et mission de l'hôpital), l'étude rapporte principalement les conséquences positives sur l'introduction d'une démarche qualité dans les services de soins infirmiers. La

procédure d'agrément a aussi permis d'aider à la communication en créant des comités délibérants et en prenant des décisions de manière plus collégiale.

En France, les premières évaluations de l'impact de l'agrément de Pomey<sup>75</sup> (2003) ont mis en évidence que la préparation agissait sur : Les relations de pouvoir entre les catégories professionnelles en faveur des gestionnaires; L'acquisition de nouvelles habiletés (culture de l'écrit, partage de valeurs centrées sur le patient, etc.); La création de capital social. Selon les auteurs, la création de capital social résultait du processus d'autoévaluation. Cette étape procure aux personnes moins élevées dans la hiérarchie ou qui travaillent dans des positions moins prestigieuses l'opportunité d'être entendues et de faire connaître leurs sentiments. Ces nouvelles communications ont pour effet de créer de nouvelles relations de travail ainsi que le développement de nouveaux liens sociaux.

Au Québec, Toussaint<sup>76</sup> (2000), rapporte que l'introduction par le CCASS, en 1995, de normes « centrées sur le client » a eu un effet positif sur la planification stratégique et sur l'organisation au niveau des structures et des relations de pouvoir. Ces résultats ont été confirmés par François et Rhéaume<sup>77</sup> (2001), dans une étude réalisée au Québec sur plusieurs établissements. Les résultats révèlent que les normes du CCASS avaient favorisé le passage de démarches de type assurance qualité à celles d'amélioration continue de la qualité (ACQ), ce qui a aussi favorisé une plus grande implication des professionnels en plus de permettre d'identifier les points faibles de l'organisation et de mettre en place des actions correctives en considérant le point de vue de l'utilisateur.

Par ailleurs, Lozeau<sup>78-79</sup> (1996, 2002) apporte un autre éclairage à partir d'une recherche sur les démarches qualité dans des établissements québécois entre 1994 et 2000. Un seul établissement sur les treize étudiés a réellement implanté une démarche d'ACQ en modifiant sa structure de gestion et en créant une structure par programme selon laquelle les équipes d'ACQ sont des pivots opérationnels où les directeurs assument un rôle de conseiller.

Dans une tentative de mettre en évidence la manière dont les équipes d'autoévaluation de l'agrément utilisaient des indicateurs de performance, Lemieux-Charles et coll<sup>80</sup>. (2000), ont démontré que l'ensemble des groupes qui participent en utilise en moyenne 8,65. Le suivi de ces indicateurs a permis des changements dans : Les méthodes de cueillette de données (15 %); Les procédures de soins (13 %); Les procédures administratives (11 %); Le développement de nouveaux programmes ou services (11 %); Le développement de protocoles de prise en charge (10 %). Ces changements se produisent principalement après la réception du rapport de visite.

Pour la première fois dans ce domaine, Beaumont <sup>81</sup>(2002), a mesuré l'impact de l'agrément sur des établissements en fonction du nombre cycle d'agrément effectué. Selon lui, l'agrément permet d'améliorer les processus de communication et, dans une moindre mesure, les pratiques cliniques. La préparation à l'agrément permet la mise en place de changements, surtout à partir du rapport de visites. Les résultats se sont avérés meilleurs pour les établissements de petite taille (50-100 lits) et pour ceux enrôlés dans le programme depuis de nombreuses années. Dans cette même recherche, des gains importants ont été rapportés dans le domaine du développement des capacités. Ainsi, les organisations ont évolué sur dix ans dans leur utilisation et leur compréhension des outils d'amélioration de la qualité notamment, l'emploi des indicateurs de performances et le recours aux sondages de satisfaction de la clientèle.

Une étude ontarienne réalisée par Le Brasseur<sup>82</sup> (2002) dans 174 hôpitaux de soins de courte durée visités par le CCASS a fait la preuve de l'impact de l'implantation d'une culture de qualité soutenue par des concepts d'amélioration continue de la qualité (ACQ). Une modification des comportements cognitifs et behavioristes centrés sur le travail d'équipe a été constatée, le tout facilité par l'éducation et la formation. De plus, en ce qui concerne les objectifs du développement des capacités, l'étude a démontré une

performance supérieure dans les organismes qui ont implanté l'ACQ principalement au niveau des compétences des équipes, de l'impulsion du moment (momentum), de la communication entre l'équipe de direction de nouvelles initiatives, et une relation plus harmonieuse avec les fournisseurs.

Selon Jones<sup>83</sup> (2001), même des processus d'audit externes autres que l'agrément ont un impact sur le développement des capacités plus particulièrement reliées au contexte des exigences de l'audit, comme la nécessité d'accentuer la performance et de l'obligation d'améliorer les normes de pratique.

On a trouvé des preuves du développement des capacités dans le domaine des services de santé communautaires des Premières Nations. Le programme d'agrément des Premières Nations a été développé par le CCASS selon une approche de partenariat par l'entremise d'un comité consultatif national composé exclusivement d'experts d'organismes autochtones. Cette procédure a favorisé l'appropriation du processus et le développement de capacités selon Witheduck<sup>84</sup> (2004). Selon Morgan<sup>85</sup> (1998), la responsabilisation des innovateurs et leur réponse à leurs propres besoins de changement et de développement démontre déjà en partie le succès de cette initiative. Les travaux de conception du cahier de normes et de critères et surtout les expériences pilotes dans dix-neuf communautés ont permis l'accroissement des capacités selon les perceptions du CCASS et du groupe de recherche.

Dans le même rapport, Witheduck conclut de son étude qualitative que la vaste majorité des collectivités ont indiqué que le fait d'avoir été soumises au processus d'agrément avait changé leurs capacités en matière de prestation de service. D'autres ont observé que le processus d'agrément avait remplacé le développement organisationnel et la formation qui devaient avoir lieu pendant le processus. De plus, les collectivités ont avancé que, par suite du processus, elles avaient : élaboré de meilleures procédures de gestion des risques; assuré la sécurité de la clientèle; officialisé des politiques; amélioré la gestion de

l'information ainsi que l'entreposage des dossiers. On estime également que, grâce au processus, les employés sont écoutés et leur point de vue est pris en considération.

Certains participants ont noté qu'il semblait que les composantes structurelles de l'organisme s'étaient améliorées, que le processus avait élargi les compétences de la personne assumant le leadership de l'organisme et que les programmes et services offerts apparaissaient plus coordonnés. L'agrément a été perçu comme un autoexamen structuré doté d'un processus de validation externe, soit une méthode positive pour renforcer les capacités internes.

**Chapitre IV**  
**L'agrément : un mode d'intervention en gestion  
des services de santé**

---

#### 4.1 DESCRIPTION D'UNE INTERVENTION

Une intervention est constituée par l'ensemble des moyens (physiques, humains, financiers, symboliques) organisés dans un contexte spécifique, à un moment donné pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique<sup>86</sup>. On présuppose qu'un ensemble d'activité sera mis en œuvre de façon organisée et cohérente par le bénéficiaire<sup>87</sup>. Selon Contandriopoulos<sup>88</sup> (2000) et Guba<sup>89</sup> (1989), on peut aussi considérer que tout dispositif d'évaluation en lui-même est une intervention qui peut être l'objet d'un questionnement évaluatif. Le processus d'agrément international du CCASS est donc considéré comme un processus d'évaluation normative externe qui peut s'exposer à un jugement de valeur. Selon la définition de Contandriopoulos, le processus d'agrément constitue une intervention.

#### 4.2 L'ANALYSE D'IMPLANTATION

Selon Champagne et Denis<sup>90</sup> (1992), l'analyse de l'implantation d'une intervention s'intéresse aux relations entre l'intervention, ses composantes et le contexte, au regard de la production des effets, ceci étant particulièrement important lorsque l'intervention est complexe, étant donné ses multiples composantes, et qu'elle dépend du milieu.

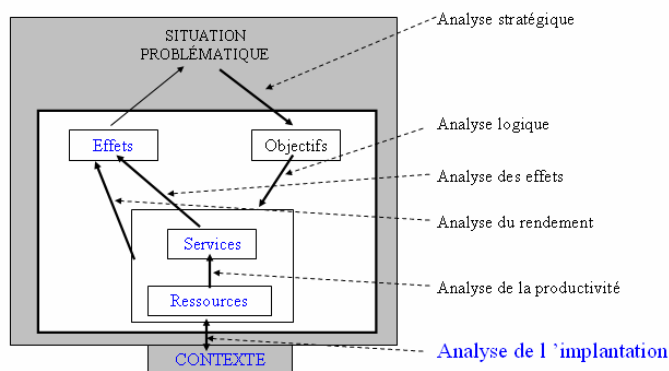
Pour eux, la mesure du succès de l'implantation ou de l'efficacité de l'intervention est impérative pour bien comprendre les différents enjeux. Il faut s'attarder aux aspects que revêtent ceux-ci, qu'ils soient techniques, éthiques, politiques et culturels. Selon Contandriopoulos<sup>91</sup> (2000), trois types de questions sont envisagés dans cette analyse :

- 1) Quelle est l'influence du milieu d'implantation sur le degré de mise en œuvre d'une intervention?
- 2) Quelle est la contribution de chacune des composantes du mode d'intervention dans la production des effets?

- 3) Quelle est l'influence de l'interaction entre le milieu d'implantation et l'intervention sur ces effets?

La dernière question se définit comme l'analyse d'implantation de type III. Selon Contandriopoulos, cette stratégie de recherche évaluative analyse l'interaction entre le contexte et l'intervention dans la production des effets synergiques ou antagonistes (figure 6).

**Figure 6** Méthode de recherche évaluative pour l'évaluation des interventions en santé



Contandriopoulos et coll. 2000. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes - Revue d'épidémiologie et Santé Publique, 48:517-539.

#### 4.3 LE PROCESSUS D'AGRÈMENT ET LA TYPOLOGIE D'INTERVENTION

Le processus d'agrément est une intervention complexe qui tente de résoudre et d'améliorer des problèmes ou situations divergents d'ordre systémique, normatif, structurel, administratif, comportemental pour n'en nommer que quelques-uns. Le processus prend forme dans des environnements organisationnels qui possèdent des attributs de complexité, de rationalité et de modernité, associés à l'évolution globale de la société<sup>92</sup>. Cette affirmation est également partagée par Crozier (1977). Selon lui, l'organisation n'est rien d'autre qu'un univers de conflit, et son fonctionnement, le résultat des affrontements entre les rationalités contingentes, multiples et divergentes d'acteurs<sup>93</sup>.



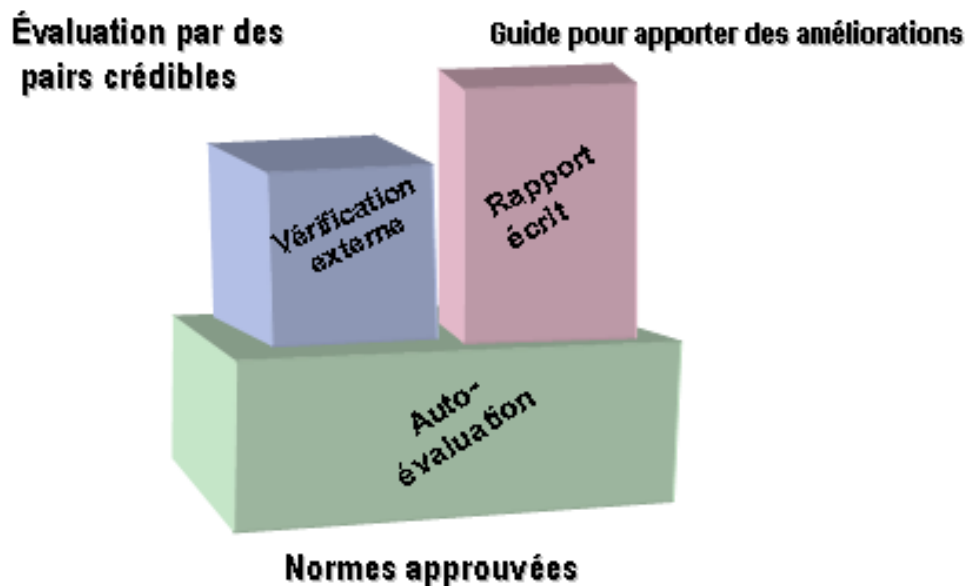
Le processus d'agrément propose un grand nombre d'activités qui touchent un grand nombre d'acteur de différentes catégories et de différentes couches de la société. Le processus se veut multidisciplinaire. Il est également appliqué dans des horizons temporels différents et non standardisés. Cette situation complique sans aucun doute son évaluation.

#### **4.3.1 LA DÉFINITION DE L'AGRÉMENT**

L'agrément est une mesure d'évaluation externe de la qualité des soins et des services. « Il s'agit d'une reconnaissance publique qu'une organisation de santé soit conforme à des standards prédéterminés au niveau national ou international. Il est proposé autant pour le secteur public que privé. Il couvre un ensemble de domaines allant de la santé communautaire jusqu'aux soins tertiaires. La reconnaissance est basée sur la conformité aux standards et à l'évaluation externe par des pairs du niveau de performance atteint par l'organisation en tenant compte des standards.<sup>94</sup> »

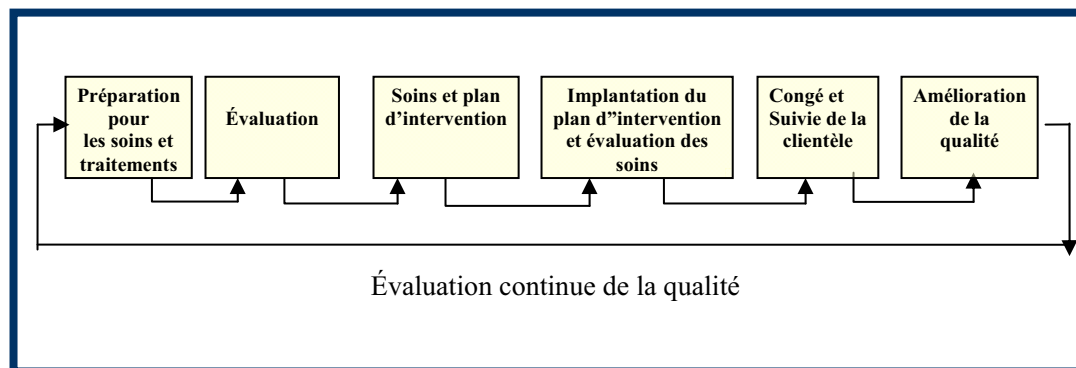
Le CCASS définit l'agrément comme un processus qu'utilisent les organismes pour évaluer leurs services et en améliorer la qualité. L'agrément est aussi une reconnaissance que les services offerts par l'organisme répondent à des normes en matière de qualité<sup>95</sup>. L'agrément est habituellement composé de quatre grands blocs élémentaires. Ils constituent les pièces maîtresses du mode d'intervention. Il s'agit des normes d'excellence, du processus d'autoévaluation, de la visite par les pairs et de l'émission d'un rapport qui étaye les forces de l'organisme et ses pistes d'amélioration (figure 7).

**Figure 7 Pièces maîtresses du mode d'intervention agrément**



La structuration des normes propose à l'organisme utilisateur une description normative des processus fondamentaux pour des soins et des services de qualité et sécuritaires Selon Heidemann.<sup>96</sup> (1995), les normes suivent une suite logique d'épisodes de soins. Elles sont subdivisées en sous-processus pour lesquels des normes et critères spécifiques ont été développés (figure 8). L'ensemble des normes couvre les aspects cliniques de l'épisode de soins et l'aspect administratif pour la gestion des services de soins de santé.

**Figure 8** Constitution des normes et la suite logique d'épisodes de soins



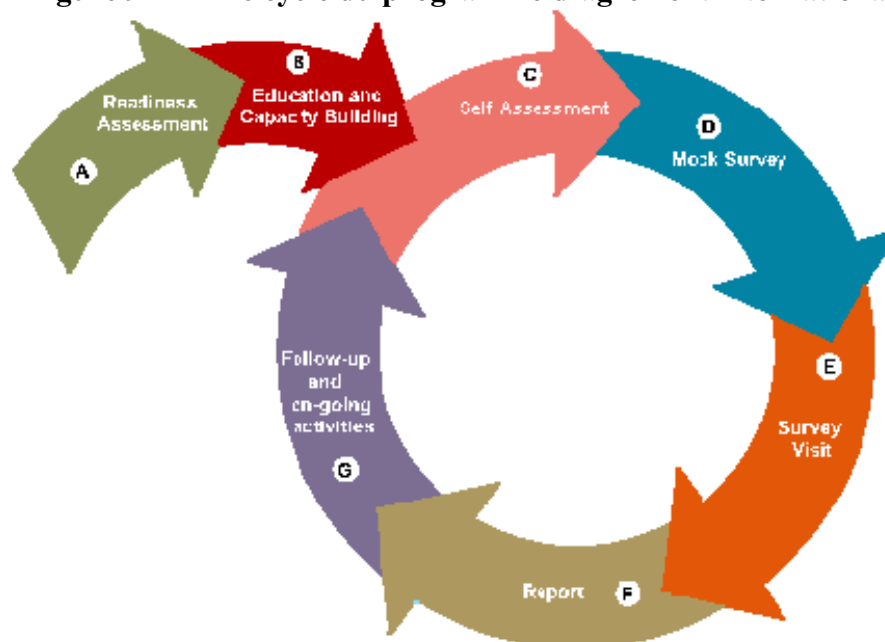
Le cycle est habituellement de trois ans. Il vise à instaurer dans les organismes utilisateurs une dynamique permanente de gestion de la qualité<sup>97</sup> et de sécurité des patients. Il propose également l'implantation d'un programme ou système de gestion de la qualité. Ce système repose sur une série d'activités planifiées et opérationnalisées par l'organisme pour améliorer la qualité.

La conception de l'agrément se fait en fonction d'objectifs clairs et en fonction de problématiques identifiées qu'on veut résoudre par la mise en œuvre de l'intervention. Elle s'opérationnalise par la suite en ressources et services, sous forme de cycle, de processus ou de programme d'agrément. Les services sont habituellement offerts par un organisme ou une agence spécialisés dans le domaine de l'agrément. En Amérique, ces agences sont habituellement autonomes et indépendantes. En Europe, elles sont majoritairement gérées par des agences gouvernementales.<sup>98</sup> Dans le meilleur des cas, ces agences atteindront les résultats escomptés de l'intervention. Ces résultats seront en lien avec les objectifs initiaux et contribueront ultimement à l'amélioration de la situation problématique.

#### 4.4 LE PROCESSUS D'AGRÉMENT INTERNATIONAL

Le processus d'agrément international du CCASS comporte 7 étapes (figure 9). Chacune des étapes se compose d'objectifs et de résultats attendus. Lorsque regroupées dans un cycle d'évènement organisé, elles devraient contribuer à l'amélioration de la situation problématique. Le processus puise ses fondements dans les pratiques d'amélioration de la qualité privilégiées par CCASS et son groupe de recherche. Le programme international diffère du national. Il se distingue au niveau du cadre normatif et des principes directeurs qui reflètent globalement les besoins de changement de l'environnement sociosanitaire où le programme est implanté. Les principes directeurs du programme international sont l'approche centrée sur le client, l'engagement organisationnel à l'égard de la qualité, le leadership, le travail d'équipe et la remise en question des processus organisationnels. À titre d'exemple, le programme national a notamment comme principe directeur le concept de santé des populations et celui de la gestion par résultats. Ils demeurent deux concepts difficiles d'appropriation dans plusieurs pays en transition ou en développement. D'autres différences sont liées aux stratégies de commercialisation et à des besoins culturels spécifiques.

**Figure 9** Le cycle du programme d'agrément international du CCASS



En recherche évaluative, il est fondamental de faire une description détaillée de l'intervention et des raisons pour lesquelles elle doit avoir des effets. Pour ce faire, nous avons élaboré un modèle logique. Le modèle logique présenté par les tableaux 6 à 12 est un outil à usages multiples pour la planification, la gestion de l'intervention, son évaluation et pour la communication. Il fournit un mode de conception aux premières étapes du développement, il établit des liens possibles entre les différentes composantes de l'intervention et vérifie la logique des composantes. Il précise, à l'intention des concepteurs et des prestataires, les liens entre les activités et les résultats attendus de l'intervention. Cette section sert également de point de référence au cours de la période d'implantation et de l'évaluation des résultats<sup>99</sup>.

**Tableau 6 Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, évaluation préliminaire**

### **Étape A Évaluation préliminaire**

Au cours de cette étape, le CCASS visite l'organisme sur une période de 2 à 5 jours afin d'effectuer une première évaluation. L'évaluation est basée sur les principes fondamentaux du programme d'agrément international. Elle se base également sur une série de normes minimales et structurantes, l'évaluation de documents maîtres (plans stratégiques, politiques et procédures). Elle introduit également l'évaluation de la capacité de changement de l'organisme en prévision de l'implantation d'une innovation. Le processus d'évaluation est guidé par un horaire pré négocié avec l'organisme. Le processus introduit la première formation d'équipes multidisciplinaires.

#### **Objectifs de l'étape:**

- Déterminer le niveau de préparation de l'organisme au mode d'intervention et évaluer ses capacités individuelles et organisationnelles.
- Évaluer la mise en place des structures et processus de gestion
- Évaluer la structure organisationnelle et le processus de prise de décision
- Déterminer le temps nécessaire de mise en œuvre en fonction des écarts observés et proposer un plan d'action structuré.
- Introduire les premières équipes multidisciplinaires.
- Encourager l'engagement organisationnel
- Encourager le questionnement par les individus
- Encourager la dynamique de groupe
- Transférer les connaissances relatives aux bénéfices de l'agrément

#### **Résultats escomptés :**

- Mise en place préliminaire des premières équipes multidisciplinaires
- Accroissement de l'engagement organisationnel
- Acquisition de nouvelles informations sur l'agrément
- Développement de nouvelle relation professionnelle et interdépartementale
- Identification et prise de conscience des écarts par les individus
- Générer des pistes d'amélioration

#### **Biens livrables :**

Rapport sur :

- Les écarts observés entre les normes et la réalité
- Stratégies de développement des capacités individuelles
- Évaluation de la capacité de changement
- Plan d'action

**Tableau 7 Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, éducation et développement des capacités**

### **Étape B Éducation et développement des capacités**

Lors de l'implantation d'une démarche d'agrément, l'éducation et le développement des capacités s'avère une des étapes les plus appréciées par les organismes. Elle permet de déterminer et consolider les objectifs organisationnels reliés au processus d'agrément. Le développement du programme est largement influencé par les résultats de l'évaluation préliminaire. Le programme utilise une stratégie d'entonnoir en allant du général au spécifique. L'ensemble des employés reçoit une formation générale sur les fondements du programme d'agrément. Les membres des équipes multidisciplinaires ont droit à une formation et une application des concepts plus spécialisés (interprétation des normes, autoévaluation, outils d'amélioration continue de la qualité, indicateurs de performance) en lien avec leurs rôles et obligations. Les chefs d'équipe reçoivent une formation de facilitateur et sur les vertus du travail d'équipe. Les dirigeants sont éduqués sur l'utilisation stratégique du processus d'agrément et de ses résultats.

#### **Objectifs de l'étape :**

- Consolider les objectifs organisationnels à l'égard de l'agrément
- Sensibiliser les employés aux principes et fondements de l'agrément
- Appliquer le processus d'autoévaluation dans le logiciel
- Prendre connaissance de la formulation des normes
- Création d'une dynamique de groupe
- Sensibilisation et mise en œuvre du développement des indicateurs de performance
- Communication du plan d'action organisationnel
- Améliorer la communication et les interactions multidisciplinaires
- Développer un environnement propice à l'apprentissage
- Encourager l'autocritique et l'honnêteté

#### **Résultats escomptés :**

- Acquisition et application des nouvelles connaissances
- Série d'objectifs organisationnels en lien avec l'agrément
- Mise en place des équipes d'autoévaluation
- Accroissement du leadership
- Diffusion du plan d'action
- Communication multidisciplinaire améliorée
- Motivation et mobilisation du personnel
- Accroissement du niveau de responsabilisation des individus et des équipes

#### **Biens livrables :**

- Sessions d'éducation et manuelles du participant
- Logiciel
- Cahier des normes et critères

**Tableau 8 Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, l'autoévaluation**

### **Étape C Effectuer l'autoévaluation**

En effectuant l'autoévaluation, les équipes examinent leurs activités quotidiennes et les évaluent par rapport aux normes d'excellence. Cette évaluation permet à l'équipe de déterminer ce qu'elle a réalisé dans le passé, où elle se situe actuellement et ce qu'elle devra faire à l'avenir. L'évaluation permet aux équipes de constater ce qu'elles font bien, c'est-à-dire quels sont ses points forts, et les secteurs qu'il y a lieu d'améliorer, c'est-à-dire ses possibilités d'amélioration. En effectuant l'autoévaluation, les équipes participent aux activités globales d'amélioration de la qualité de l'organisme.

L'équipe multidisciplinaire doit entrer elle-même ses données. Elle doit avoir accès à l'outil d'autoévaluation en ligne ou utiliser un logiciel qui comprend les normes de même que des fenêtres dans lesquelles les équipes peuvent entrer leurs points forts ainsi que leurs possibilités d'améliorations et s'accorder une cote par rapport à chaque critère.

#### **Objectifs de l'étape :**

- Poursuivre la dynamique d'équipe
- Encourager la réflexion critique sur les processus et résultats
- Introduire un style démocratique et participatif de gestion
- Améliorer le sentiment d'appartenance
- Favoriser la revue des processus organisationnels
- Utiliser les critères comme outil d'apprentissage
- Identifier des forces et des pistes d'amélioration
- Participer à la prise de décision et à la résolution de problème
- Attribuer une performance au niveau des critères
- Amélioration de la communication multidisciplinaire
- Accroître la motivation et la mobilisation du personnel

#### **Résultats escomptés :**

- Développement de relations entre les membres du groupe
- Amélioration des habiletés d'autocritique
- Examen des activités quotidiennes évaluées par rapport aux normes
- Écarts identifiés (pistes d'améliorations)
- Réflexion sur les forces identifiées
- Développement d'indicateurs prioritaires
- Indicateurs développés et surveillés
- Communication multidisciplinaire améliorée
- Interaction individuel et interdépartementale



**Tableau 9 Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, la visite simulée**

<b>Étape D Visite simulée</b>
<p>La visite simulée donne l'opportunité aux équipes et à l'organisme de participer a une simulation d'entrevue d'équipe d'autoévaluation. Cette étape permet aux équipes d'être exposées aux questions potentiellement posées. Elle permet aussi d'obtenir de précieux conseils des visiteurs concernant la dynamique de groupe, les suivis réalisés lors de l'évaluation préliminaire, le niveau de préparation à la visite et la qualité de l'autoévaluation.</p>
<p><b>Objectifs de l'étape:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer le niveau d'anxiété des individus</li> <li>• Expérimenter les dynamiques d'entrevue avec des visiteurs d'expérience</li> <li>• Développer une meilleure compréhension des questions que les visiteurs pourront utiliser lors de la visite d'agrément</li> <li>• Utiliser les critères comme outil d'apprentissage</li> <li>• Trouver sous forme de rétroaction directe et de rapports, des pistes d'amélioration</li> <li>• Améliorer la communication multidisciplinaire</li> <li>• Acquérir de nouvelles connaissances des visiteurs externes</li> <li>• Mettre en place et développer des stratégies d'amélioration de la qualité</li> <li>• Améliorer l'engagement du personnel</li> </ul>
<p><b>Résultats escomptés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété réduite</li> <li>• Amélioration de la qualité et de la sécurité</li> <li>• Compréhension de la dynamique d'entrevue</li> <li>• Mise en place de pistes d'amélioration en vue de la visite d'agrément</li> <li>• Motivation individuelle et mobilisation organisationnelle</li> <li>• Communication multidisciplinaire améliorée</li> <li>• Acquisition de nouvelles connaissances</li> <li>• Création d'une capacité collective</li> <li>• Interaction et collaboration interdépartementale</li> <li>• Accroissement du taux de satisfaction des employés et des clients</li> <li>• Gestion participative</li> <li>• Démocratisation de la résolution de problème</li> <li>• Action sur les apprentissages</li> </ul>
<p><b>Biens livrables :</b> Rapport sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le niveau de préparation à l'agrément</li> <li>• La dynamique multidisciplinaire</li> <li>• L'amélioration continue de la qualité</li> </ul>

**Tableau 10 Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, la visite**

### **Étape E Planifier et tenir la visite**

La visite d'agrément du CCASS constitue un examen de la qualité des soins et des services de l'organisme. Cet examen est mené par des pairs de l'externe, qu'on nomme visiteurs. La visite a lieu une fois que l'organisme a terminé son propre examen interne, soit son autoévaluation. Pendant la visite, les visiteurs visitent l'organisme et les établissements qui le composent, rencontrent des groupes représentant les clients, le personnel et les partenaires de la communauté, consultent les dossiers des clients et du personnel, consultent d'autres documents et rencontrent les équipes. Ils observent également de façon directe les processus administratif et clinique en reconstituant l'épisode de soin des patients sélectionnés. Toutes les activités de la visite doivent être planifiées et inscrites à l'horaire.

#### **Objectifs de l'étape :**

- Préparer l'ensemble des activités d'évaluation
- Rencontrer les équipes de prestation de services
- Rencontrer le personnel
- Rencontrer les clients
- Rencontrer les partenaires de la communauté
- Déterminer la performance des critères
- Produire une rétroaction directe
- Observer l'offre de services
- Démontrer les forces organisationnelles
- Consolider la documentation
- Responsabiliser les individus

#### **Résultats escomptés :**

- Accroissement du sentiment d'appartenance
- Sentiment de fierté et d'accomplissement
- Désir de poursuivre
- Amélioration de la qualité et de la sécurité
- Action sur les apprentissages

#### **Bien livrable :**

Rapport de visite d'agrément

- Validation de l'autoévaluation
- Validation de la conformité aux normes
- Rapport d'agrément
- Désignation du statut d'agrément

**Tableau 11 Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, l'utilisation du rapport**

### **Étape F Utiliser le rapport**

Le CCASS fait parvenir le rapport à l'organisme environ 45 jours ouvrables suivant la visite d'agrément. Avec son rapport, l'organisme reçoit aussi une lettre l'avisant du type d'agrément décerné ainsi qu'un certificat d'agrément le cas échéant. Le rapport contient les sections suivantes :

- Sommaire de la visite d'agrément
- Profil de l'organisme
- Liste de recommandations
- Précisions sur la visite d'agrément
- Précisions sur la décision relative au type d'agrément
- Commentaires des groupes de discussion (clients, membres du personnel et partenaires de la communauté)
- Constatations par équipe
- Tableau de suivi

Le rapport fournit à l'organisme les recommandations, pistes d'amélioration et résultats de la visite. Le rapport doit servir de pierre angulaire pour l'amélioration continue de l'organisme.

#### **Objectifs de l'étape :**

- Prendre conscience des résultats
- Consolider les constatations des visiteurs
- Décrire le contexte dans lequel la visite s'est réalisée
- Démontrer l'évolution de l'organisme suite aux recommandations précédentes s'il y a lieu.
- Émettre une liste de recommandations en fonction des écarts observés
- Rendre une décision sur l'agrément
- Encourager le suivi

#### **Résultats escomptés :**

- Identification de situations à risque et de pistes d'amélioration
- Plan d'action
- Mobilisation du personnel
- Sentiment de fierté
- Désir de poursuivre
- Outil qui facilite la prise de décision et l'action
- Action sur les apprentissages

**Tableau 12 Modèle logique du mode d'intervention : cycle du programme d'agrément international du CCASS, l'amélioration continue**

### **Étape G Apporter des améliorations continues**

L'organisme doit maintenir une structure intégrée et coordonnée d'amélioration de la qualité. Il doit diffuser les résultats d'agrément afin de faire connaître les forces et les pistes d'amélioration. À cette étape, l'organisme doit établir les priorités pour ses actions. Le rapport d'agrément génère habituellement une grande quantité de recommandations qui ne peuvent pas toutes être suivies en même temps.

#### **Objectifs de l'étape :**

- Assurer la pérennité des équipes
- Diffuser l'information des résultats de visite
- Établir les priorités pour les actions recommandées
- Évaluer les synergies d'amélioration interéquipes
- Utiliser les recommandations comme point de départ de projets d'amélioration de la qualité, pour élaborer de nouveaux indicateurs ou pour revoir les processus et les pratiques en place.
- Utiliser les critères comme outil d'apprentissage puisqu'ils décrivent les activités qui permettent de se conformer aux normes.
- Amélioration de la communication multidisciplinaire

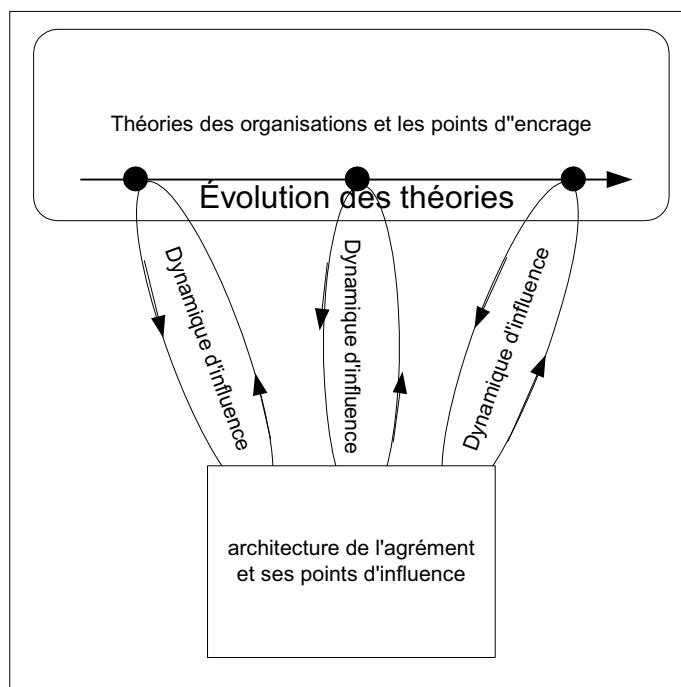
#### **Résultats escomptés :**

- Amélioration de la qualité des soins et services
- Amélioration de la sécurité des patients
- Implantation des recommandations des visiteurs
- Développement et surveillance de nouveaux indicateurs de performance
- Communication multidisciplinaire améliorée.
- Accroissement de l'imputabilité des équipes
- Pérennité du processus

#### 4.5 POURQUOI L'AGRÉMENT DEVRAIT-IL DONNER DES EFFETS?

L'agrément peut donc être perçu comme une intervention stratégique pour améliorer la qualité d'organismes indépendants ou du système de santé. Il procure une structure facilitant l'autocritique, l'évaluation par les pairs et l'action constructive. L'agrément constitue un processus rigoureux qui favorise l'apprentissage et l'acquisition de nouvelles habiletés, et sert à motiver et mobiliser les utilisateurs. Mais pourquoi cette intervention devait-elle donner ces résultats? La réponse réside dans ses ancrages avec la théorie des organisations et de leurs influences à l'étape de la conception (figure 10). Ces enclaves ont pour effet de limiter les échecs de changement liés à la théorie d'intervention qui ne réussie pas à produire les effets désirés malgré une mise en œuvre adéquate.

**Figure 10** L'agrément et la théorie des organisations



En science, le but d'une théorie est d'expliquer. En sciences humaines, les théories répondent à la question « Pourquoi les individus font-ils ou pensent-ils ceci ou cela? » Au sens strict, une théorie est un ensemble de concepts

logiquement reliés. Le rôle de toute théorie est d'expliquer un ou des phénomènes. Selon le Larousse, une théorie se définit par un ensemble de théorèmes et de lois systématiquement organisés, soumis à une vérification expérimentale, et qui vise à établir la vérité d'un système scientifique. Dans notre cas, cette quête de l'abrégé du vrai réside dans la compréhension des phénomènes reliés aux organisations et au processus d'agrément.

Les éléments stratégiques et théoriques sous-jacentes au processus d'agrément procurent au cours des étapes des explications possibles aux changements chez les individus et dans les organisations. Bien que ces analogies ne soient pas validées scientifiquement, il s'agit ici d'influences théoriques et non d'une démonstration empirique. Selon nous, l'agrément doit puiser dans une série de fondement théorique afin d'espérer offrir aux utilisateurs une intervention qui génère les résultats escomptés.

Nous avons effectué une analyse des théories des organisations afin d'identifier les courants et celles qui ont influencé la conception du processus d'agrément. À titre d'exemple, nous pouvons lier l'étape de préparation et d'autoévaluation à la théorie de l'apprentissage et à celle des dynamiques de groupe et de l'interactionnisme. L'évaluation par les pairs et l'utilisation du rapport de visite peuvent être rattachées à la théorie de la création du savoir organisationnel de Nonaka<sup>100</sup> (1994). L'amélioration continue de la qualité rejoint la théorie de Berwick<sup>101</sup> (1998). Selon cette dernière, l'organisme est obligé, s'il respecte l'approche d'amélioration de la qualité, de rendre des comptes et de s'assurer la participation du client dans l'évaluation des résultats. Pour Berwick, ces deux éléments constituent des organes moteurs de changement.

#### **4.5.1 LE POUVOIR DES NORMES ET DE L'IDÉAL TYPE**

Les normes utilisées par les processus d'agrément sont habituellement validées et légitimées par l'appui dont elles jouissent et le

leadership professionnel qu'elles acquièrent suite à un développement rigoureux impliquant les gens du milieu. Les normes sont habituellement construites en lien avec les bonnes et les meilleures pratiques du champ à être normalisé. Les écrits sont parfois bien ancrés dans la recherche empirique. Selon Mayer et Brown<sup>102</sup> (1983), il peut également s'agir de « mythe rationalisé » qui constitue une croyance autour de l'efficacité d'une règle, d'une procédure, voire d'une technique. Les normes sont écrites par des groupes d'experts. Selon Donabedian<sup>103</sup> (1985), le parrainage du développement des normes par des experts de contenu confère au produit une légitimité importante. Les normes qui illustrent l'abrégé du bien, lorsqu'implantées dans un contexte généralisé, devraient théoriquement générer les effets étudiés précédemment. Les normes se veulent aussi éducatives. Elles sont une source d'information pertinente pour la gestion et l'offre quotidienne de services.

La normalisation est un effort de rationalisation de l'organisation à la Max Weber. Cette approche est influencée par l'école classique de l'organisation. Selon lui, la création d'un idéal type est un concept singulier dont le rôle et l'usage sont de faire des comparaisons entre l'idéal type (construction intellectuelle), et la réalité selon la compréhension de la situation réelle. L'agrément, par le pouvoir des normes, dicte aux organisations un idéal type. Les organismes à leur tour comparent une construction théorique de leur organisation et leur réalité dans le but d'identifier les écarts. Par la suite dans le contexte de l'agrément, les visiteurs des agences d'agrément donnent à l'organisme une double validation des écarts. La norme devient un outil de référence favorisant les changements de pratiques. Aidé par un processus de vérification ou de validation d'implantation, elle voit son pouvoir s'accroître de par la force interne ou externe du processus.

#### **4.5.2 LA THÉORIE DES BESOINS ET DES MOTIVATIONS**

Nous pouvons également associer la conception du processus d'agrément au constituant de la théorie des besoins et des motivations. De par son approche participative, inclusive et démocratique, l'architecture conceptuelle de la démarche d'agrément se veut un créateur et un catalyseur de motivation et de mobilisation individuelle et organisationnelle.

Introduite par le mouvement des relations humaines, la théorie des besoins et des motivations est grandement influencée par Maslow<sup>104</sup> (1954). Selon lui, les individus sont motivés par des besoins qu'ils cherchent à satisfaire. Elle porte sur les relations entre personnalité et motivation. Selon Maslow, une théorie de la motivation humaine doit considérer avant tout une hiérarchie des besoins qui compte six niveaux, besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins d'appartenance, besoins d'estime de soi, besoins de réalisation de soi, besoins de savoir et de comprendre. Ces besoins deviennent importants et acquièrent un pouvoir mobilisateur. Le besoin d'implication retient notre attention en relation avec l'agrément. Le besoin d'implication dans l'emploi est le fait d'être concerné par tout ce qui touche à l'emploi et le souhait de la réussite de l'organisation. Il conduit à un besoin de s'accomplir dans le travail et d'y actualiser ses capacités et de s'impliquer. L'implication a un effet d'autant plus grand sur la performance que le travailleur est autonome et a un rythme libre. Ce besoin est intimement lié à la notion d'engagement envers l'organisation, « le Commitment ». Il s'agit du besoin d'accomplir les buts de l'entreprise. L'employé l'identifie plus ou moins à ses buts personnels. À la lecture du modèle logique, on constate rapidement que l'intervention offre un environnement propice à l'implication et la contribution des individus ce qui devrait encourager l'engagement organisationnelle.

#### **4.5.3 LA THÉORIE D'HERZBERG ET L'ENRICHISSEMENT DES TÂCHES**

La théorie d'Herzberg fait référence au concept d'autonomisation, « L'empowerment ». La variété, le changement et l'autonomie au travail



n'entraînent pas systématiquement un accroissement de la performance. En revanche, s'ils sont proposés ou diagnostiqués par les travailleurs comme des améliorations possibles de leur travail et si on leur donne les moyens et la liberté de les atteindre, ces mêmes attributs seront perçus comme des attentes souhaitées. Leur instrumentalité (implication et engagement) va augmenter du fait que l'organisation donne aux travailleurs la possibilité de les mettre en place. L'enrichissement des tâches ne consiste donc pas simplement à rendre le travail plus varié, plus autonome. Il n'est pas une restructuration imposée, mais proposée par les acteurs. Ils ont la possibilité de la modifier si elle ne donne pas les résultats escomptés<sup>105</sup>.

L'autonomisation des individus à l'égard de la qualité est un principe directeur du processus d'agrément. Elle est encouragée également au niveau des équipes d'amélioration continue de la qualité. Devant un leadership fort, la prise en charge des comportements qualité demeure la responsabilité de tous et tous ont le pouvoir de changer les choses.

#### **4.5.4 LA THÉORIE DU NÉO-INSTITUTIONNALISME**

La théorie du néo-institutionnalisme est l'adoption de règles et de procédures ou une forme de connaissances explicites pour générer une configuration de connaissances. Ces processus poussent les organisations à se conformer aux pressions environnementales (isomorphisme) telles que décrites précédemment dans la modélisation du développement des capacités. De plus, les demandes de la population ou de la communauté, incluant les compétiteurs, créent un ensemble de pression mimétique qui génère un comportement d'imitation par des réponses standards. Lorsqu'un organisme a obtenu un agrément avec succès, les autres tentent de l'obtenir. C'est l'introduction du pouvoir des normes (symbole) par le sentiment d'envie, le désir d'obtenir les avantages dont jouit une autre organisation. De façon plus imagée, c'est une situation similaire à la fable de Lafontaine où la grenouille veut se faire aussi grosse que le bœuf par

mimétisme et où la chétive pécore s'enfla si bien qu'elle creva. De toutes évidences, l'agrément, par l'émission d'une reconnaissance, capitalise sur ce pouvoir théorique. Il s'accroît exponentiellement lorsqu'il y a transparence avec le public.

#### **4.5.5. LA THÉORIE DES SYSTÈMES**

Tel que vu à la section 4.3.1 sur la définition de l'intervention, les normes suivent une suite logique d'épisodes de soins qui se veut multidisciplinaire, interdépartementale et multisectorielle. La théorie des systèmes fait son apparition dans les années 1930<sup>106</sup>. Pour les chercheurs, un système est un ensemble d'éléments en interaction les uns avec les autres. La théorie systémique propose trois principes moteurs qui retiennent notre attention. Ils sont, selon nous, fortement ancrés dans les étapes du processus d'agrément. Il s'agit de l'interaction et l'interdépendance, le principe de totalité et le principe de rétroaction.

Le principe d'interaction et d'interdépendance propose qu'un système, quel qu'il soit, ne peut être compris sans faire l'étude de l'interaction de ses parties. L'hypothèse est que les parties, prises isolément, ne se comportent pas de la même manière que lorsqu'elles font partie d'un tout. Dans le jargon de l'agrément, c'est la migration des évaluations départementales (évaluation en silo) vers une évaluation interdisciplinaire et multisectorielle (évaluation transversale et systémique).

Le principe de totalité est un des plus importants pour ce qui concerne l'agrément. Il propose que les phénomènes ne se manifestent pas à des événements locaux, ils font partie d'un tout qui est supérieur à la somme des parties. Dans ce cas, nous pouvons faire la référence au travail d'équipe multidisciplinaire qui donne, selon cette théorie systémique, des résultats supérieurs à ce que les individus auraient pu accomplir seuls. Il s'agit du même

principe lorsqu'on parle d'évaluer l'ensemble de continuum de soins et l'organisme dans son entièreté au lieu d'un service ou d'un département.

Le principe de rétroaction pour sa part propose une philosophie de causalité circulaire où chacune des composantes renvoie un message d'ajustement. La constitution des normes est explicite à cet égard. Elles sont bâties sur un modèle de rétroaction et sont également appuyées par la théorie de l'amélioration de la qualité de Berwick. Ce principe est bien illustré par la figure 8 vue précédemment. On constate au bas une flèche de rétroaction d'amélioration continue de la qualité qui se dirige dans le but d'effectuer des corrections au niveau de la préparation pour les soins et les traitements.

#### **4.5.6 LA THÉORIE DES ORGANISATIONS APPRENANTES**

Selon Argyris & Schön<sup>107</sup> (1978) et Tsang<sup>108</sup> (1997) l'implantation de l'amélioration continue de la qualité requiert des organisations apprenantes qu'elles mettent en place des approches de résolution de problème afin de rencontrer de nouveaux objectifs. Pour Argyris & Schön, l'apprentissage organisationnel est le processus cognitif par lequel les membres d'une organisation détectent des erreurs et les corrigent en modifiant leur théorie d'action. Ainsi, une organisation apprend lorsqu'elle acquiert de l'information sous toutes ses formes, quelque soit le moyen (connaissances, compréhensions, savoir-faire, techniques et pratiques).

Selon<sup>109</sup>- Nonaka (1997) & Koenig<sup>110</sup> (1994), les principes des organisations apprenantes se résument par un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes. Senge<sup>111</sup> (1990) corrobore et stipule que dans les organisations apprenantes, les individus améliorent sans cesse leur capacité à créer les résultats désirés, de nouvelles façons de penser surgissent et se développent continuellement, la vision collective accorde une marge de liberté

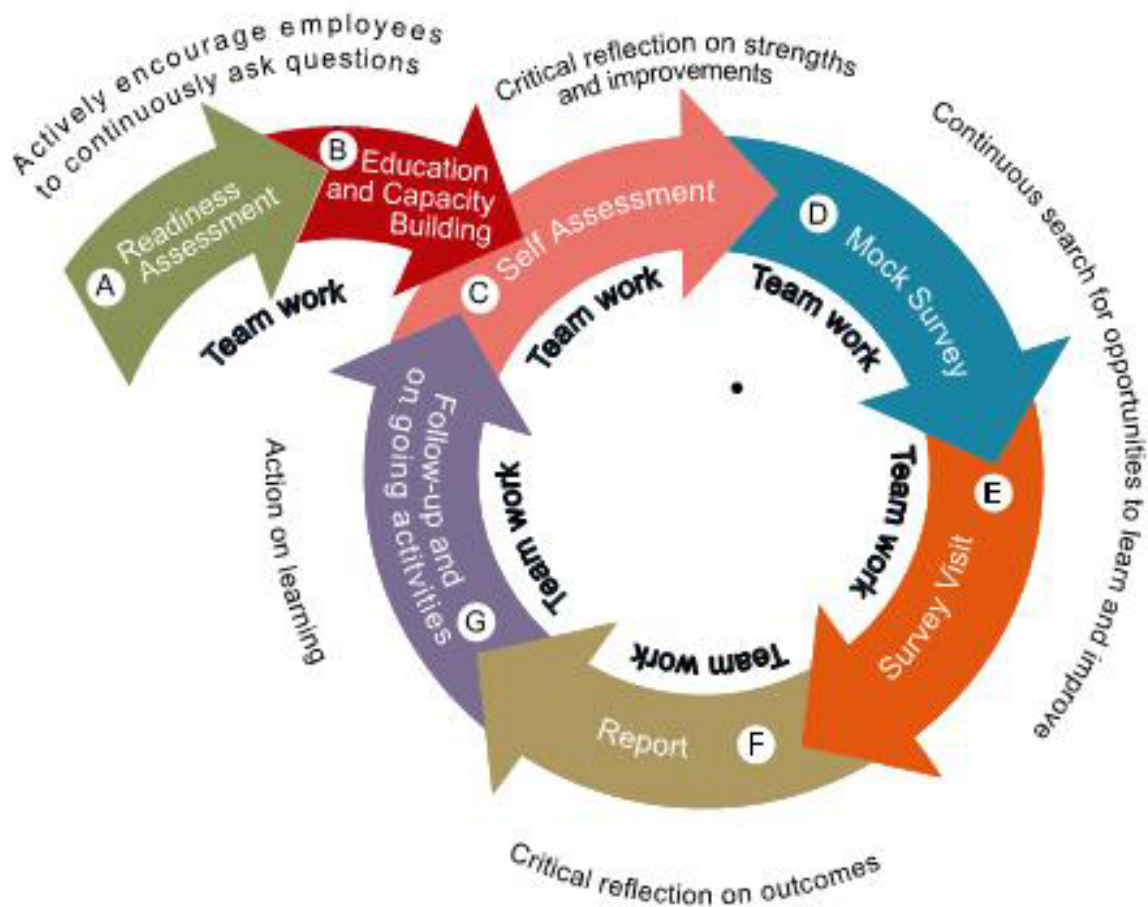
importante, et les individus apprennent sans cesse comment mieux apprendre ensemble.

Le processus d'agrément et la théorie des organisations sont un mariage entre théorie et action. L'organisation apprenante à besoin d'intervention comme l'agrément pour apprendre. Selon Jones<sup>112</sup> (2001), les théories de Kolb et coll. (1971) « influential experiential learning theory » et celle de Revans (1980) « profound action learning theory » supportent la notion d'apprentissage par l'expérience. Selon eux, l'apprentissage survient lorsque les éléments suivants sont présents :

- Une culture organisationnelle qui encourage activement le questionnement par des employés de tous les niveaux.
- Le développement des capacités « réflexion critique » des individus sur leur présent.
- La présence d'opportunités régulières et variées pour partager les questions et réflexions.
- Une recherche continue de nouvelle opportunité d'apprentissage sur les opérations organisationnelles.
- Mise en place d'actions correctives sur les apprentissages organisationnels.
- Une réflexion critique sur les résultats des actions d'amélioration.

Nous avons voulu démontrer par la modélisation de la figure 11 les rapprochements notables entre les concepts théoriques des organisations apprenantes et les étapes du processus d'agrément. Il est évident que les composantes de l'intervention procurent des opportunités d'apprentissage par l'expérience appuyées par les courants théoriques. L'hypothèse est qu'une intervention bien appliquée qui respecte tous les éléments de l'apprentissage organisationnel, tel que mentionné précédemment, devrait créer des organisations qui détectent les erreurs, les corrigent en modifiant la gestion des situations et en permettant aux individus d'innover et d'améliorer leurs capacités.

**Figure 11 Modélisation des rapprochements des concepts théoriques des organisations apprenantes et les étapes du processus d'agrément.**



**Chapitre V**  
**Objectif et propositions de recherche,**  
**méthodologie et description**  
**du contexte de l'étude**

## 5.1 OBJECTIF ET PROPOSITIONS DE RECHERCHE

Le but de cette étude est d'évaluer si l'agrément est une intervention efficace pour développer les capacités nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins offerts par les organisations qui composent un système de santé. Nous tentons de répondre à la question :

*Est-ce que l'hôpital saoudien étudié qui participe à une démarche d'agrément international du CCASS a développé des capacités? Si oui, quelles sont-elles, quelles sont les étapes de l'intervention qui y ont contribué, et ont-elles eu des impacts sur la qualité et la sécurité des soins et services?*

D'une façon plus explicite, nous voulons :

1. Accroître la compréhension des interrelations entre l'agrément, le développement des capacités individuelles, des équipes, de l'organisation et du système.
2. Identifier les nouvelles capacités développées et leurs origines.
3. Mesurer le niveau d'implantation de l'amélioration continue de la qualité dans l'organisme aux regards des autres.
4. Générer des recommandations pour améliorer le mode d'intervention afin d'optimiser son implantation et ses effets dans un contexte unique.

L'étude propose de tester les propositions suivantes à quatre niveaux d'analyse : l'individu, l'équipe, l'organisation et le système.

### Proposition n° 1

Le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien contribue au développement de nouvelles capacités individuelles, d'équipe, organisationnelles et systémiques favorables à l'amélioration de la qualité et la sécurité.

### Proposition n° 2

Le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien favorise des transformations organisationnelles qui encouragent la mise en place de pratiques favorable à la qualité et la sécurité.

### Proposition n° 3

Le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien améliore le processus d'institutionnalisation de la culture d'amélioration de la qualité dans l'organisation en regard des autres.

## 5.2 MÉTHODOLOGIES ET STRUCTURE D'ANALYSE

Cette recherche évaluative permet d'effectuer une analyse d'implantation du programme d'agrément international du CCASS. Elle utilise une étude de cas unique (un seul site) avec quatre niveaux imbriqués d'analyse. Contandriopoulos et coll.<sup>113</sup> (1990) ; Yin<sup>114-115</sup> (1989, 1994).

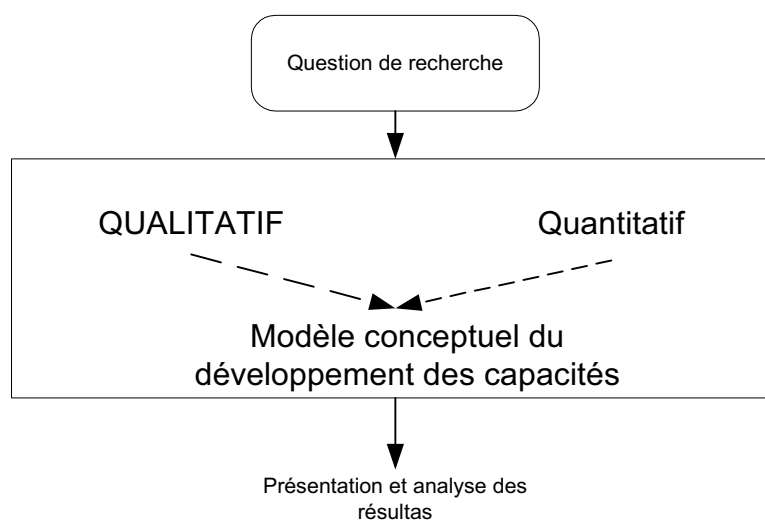
Nous avons utilisé une stratégie de recherche mixte (qualitative<sup>116</sup> et quantitative) adaptée à la culture saoudienne. Selon Creswell<sup>117</sup> et Coll. (2003), nous avons utilisé une stratégie de collecte de données avec implantation séquentielle en donnant priorité à l'approche qualitative. Nous avons effectué une collecte de données quantitatives sur un très grand nombre d'individu afin d'enrichir notre compréhension sur la dimension de la culture organisationnelle incluse dans l'unité d'analyse de l'organisation.

L'intégration des données est effectuée lors de la présentation et l'analyse des résultats. Cette stratégie multiméthode (*Sequential Transforming Strategy*) est bien décrite par Tashakkori et Teddlie<sup>118</sup> (1998) et par Creswell<sup>119</sup> et Coll. (2003). Elle permet, malgré la prédominance d'une des méthodes, d'utiliser celle qui procure une réponse aux phénomènes étudiés. Elle requiert également une séquence dans la collecte des données. Selon la figure 12, la cueillette



d'information qualitative a priorité (tel que démontré par son écriture en lettres majuscules) sur les méthodes quantitatives. Par la suite, comme indiqué précédemment les deux sources d'information seront utilisées dans l'analyse des résultats.

**Figure 12 Modélisation de la méthode mixte "Sequential Transformative Strategy "**



Les techniques de collecte de données qualitatives utilisées ont été des entretiens semiestructurés, des groupes focus, des observations directes et une revue de la documentation. Pour la portion quantitative, nous avons administré un questionnaire qui a pour objectif de mesurer le niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité. Les prochaines sections décrivent chacune des techniques d'investigation utilisées lors de l'étude.

### 5.2.1 LES ENTREVUES SEMI-STRUCTURÉES

Trente-cinq (35) entretiens ont été effectués et trente-quatre (34) ont été retranscrits sur une demande initiale de 30 participants. Cinq de plus se sont rajoutés en cours de route. Une d'entre elles a été rejetée par suite de problèmes techniques. La grille d'entretien utilisée (voir la grille d'entretien

annexe 1) abordait chacune des unités d'analyse en relation avec l'opérationnalisation préexistante des variables émergentes de la littérature et telles que présentées aux tableaux 2 à 5 vus précédemment.

L'organisation a été invitée formellement à participer à l'étude. Les personnes responsables y ont consenti. Par ailleurs, il désire maintenir l'anonymat. C'est pour cette raison que les noms des organismes ne seront pas mentionnés et que la description du cas sera brève. Les interviewés ont reçu une garantie de confidentialité et ils ont également donné leur consentement (voir document de consentement en annexe 2) avant de procéder aux interviews.

L'échantillon des 35 répondants est non probabiliste. Ils ont été sélectionnés par l'organisme et ont accepté volontairement de répondre aux questions. Des critères de sélection ont été définis. Les répondants devaient provenir de quatre catégories d'occupation (médecin, infirmière, personnel non médical et de départements différents. Une variation dans l'ethnicité a également été obtenue. Tous devaient avoir pris part à l'ensemble de processus d'agrément pour la période janvier 2003 à mai 2007, voir le tableau 13 pour la distribution des répondants.

**Tableau 13 Distribution des répondants**

<b>Groupe d'âge</b>	≤ 30	31 - 35	36 - 40	41 - 50	> 50				
Total	3	8	7	10	6				34
<b>Ethnicité</b>	Philippins	Égyptien	Jordanien	Saoudien	Syrien	Indien	Autres		
Total	14	5	3	3	4	3	2		34
<b>Sexe</b>	Homme	Femme							
Total	20	14							34
<b>Années de services</b>	≤5	6 à 9	10 à 14	> 15					
Total	7	13	8	6					34
<b>Occupation</b>	Infirmière	N. médical	Médecin	Paramédical					
Total	11	5	8	10					34

La première collecte de données (qualitative) a été effectuée en mai 2007. Deux chercheurs se sont réparti les participants. Les entrevues ont duré en moyenne 60 minutes. Un des chercheurs maîtrise l'arabe et provient de l'université américaine de Beyrouth. Il a facilité les entrevues pour lesquels les individus avaient des limitations linguistiques. Il a également apporté une certaine objectivité dans la démarche.

Les entrevues ont été enregistrées et transcrites avec un logiciel de traitement de texte. Le codage des entrevues a été fait à la suite de plusieurs lectures des transcriptions avec le logiciel N-Vivo version 7. Le codage a été revalidé par un expert externe en analyse de données qualitatives. L'expert et le chercheur principal ont échangé à plusieurs reprises afin de bien identifier les codes et leur hiérarchisation.

Les résultats des entrevues ont été analysés par question, dimension, unités d'analyse et entre les unités d'analyse en relation avec les tableaux 2 à 5. Selon Miles et Huberman<sup>120</sup> (2003), l'analyse comparative visait à trouver des points d'arrimage entre les questions et les dimensions et de créer des catégories de perception, de discerner les contrastes et similitudes et de faire ressortir des métaphores pertinentes.

Plus spécifiquement, les buts premiers de notre analyse ont été d'identifier : 1) Les tendances dans les questions et dimensions thématiques incluant les variables qui y sont rattachées; 2) Faire une analyse de l'ensemble des dimensions et des variables qui y sont rattachées par unité d'analyse; 3) Identifier les tendances entre les unités d'analyse; 4) Trianguler les résultats quantitatifs et qualitatifs; 5) Vérifier les propositions. De plus, des stratégies de comptage et de regroupement d'évènements, d'actions ou de processus ont aussi été utilisées.

### **5.2.2 LES GROUPES FOCUS**

Les analyses des groupes focus, Kitzinger, J<sup>121</sup> (2000) furent traitées indépendamment des entrevues individuelles. Ils ont constitué une source indépendante d'information pour enrichir les perceptions dans les unités d'analyse. Quatre groupes focus de 60 minutes ont été tenus. Il s'agit des employées, des clients (hommes et femmes) et des membres externes de la communauté. Pour des raisons culturelles, les entrevues n'ont pas été retranscrites. Les quatre groupes focus ont été animés par des visiteurs externes du CCASS lors de la visite d'agrément. Les visiteurs sont des professionnels chevronnés de la santé qui font des visites au nom du CCASS. Il y a près de 400 visiteurs qui travaillent dans des organismes de santé agréés et qui acceptent de consacrer un certain nombre de jours chaque année à la réalisation des visites et d'autres activités pour le compte du CCASS. Ils ont suivi une approche semi structurée. Les participants (clients, employés et employées, partenaires) ont été sélectionnés en fonction des méthodes en vigueur au CCASS (voir à l'annexe 3 les directives sur les rencontres des groupes de discussion). Les visiteurs ont documenté leurs observations sous forme de rapport. Ces rapports furent inclus à celui de l'agrément. Les rapports ont été lus et codés manuellement en fonction des effets escomptés énumérés aux tableaux 2 à 5 qui traitent de l'opérationnalisation des variables du développement des capacités. Les segments identifiés ont été par la suite utilisés pour enrichir d'autres analyses.

### **5.2.3 REVUE DE LA DOCUMENTATION**

Le chercheur principal était présent lors de la visite d'agrément de l'organisation. Elle s'est déroulée du 1<sup>er</sup> au 5 avril 2006. Lors de la visite, plusieurs documents ont été consultés sur place. La revue de la documentation consiste à consulter les dossiers des clients, l'autoévaluation, les plans structuraux, politiques et procédures et les procès-verbaux de réunions cliniques et administratives. La revue de la documentation est en lien avec la validation des

variables qui ont été développées préalablement. La disponibilité de ces documents a permis au chercheur de constater des preuves de changements.

#### **5.2.4 OBSERVATIONS DIRECTES**

Lors de la visite, nous avons observé et interagi avec les personnes, les clients, les processus, les lieux et l'équipement. Notre observation nous a permis d'enrichir notre compréhension du contexte et d'être impliqués dans une des étapes de l'intervention. Ceci a également permis de prendre des notes, de créer un lien de confiance et d'établir notre crédibilité pour effectuer cette étude.

#### **5.2.5 QUESTIONNAIRE SUR L'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ**

Comme nous l'avons mentionné dans la section 5.2, la portion quantitative vient enrichir notre capacité d'évaluer certaines variables dans chacune des unités d'analyse. L'opérationnalisation de nos variables vise à apprécier la culture de qualité de l'organisation. Nous voulons mesurer le niveau d'implantation de celle-ci au regard des autres.

Pour ce faire, nous avons administré, un mois suivant la collecte d'information qualitative, le questionnaire « Quality Management Scale » de Counte et Meurer<sup>122-123-124</sup> (2001, 2002, 2004) dans 5 organisations volontaires du Moyen-Orient. Ce questionnaire est fiable et valide et a été amélioré à plusieurs reprises. Ses forces et ses faiblesses ont également été identifiées par les auteurs. Cette étude a introduit cet outil pour la première fois au Moyen-Orient (voir questionnaire annexe 4).

Le questionnaire utilise à l'origine 28 questions pour mesurer huit domaines qui émergent des concepts théoriques du « Baldrige Award », des travaux de Deming sur l'amélioration continue de la qualité et la théorie de Rogers sur la diffusion des innovations<sup>125</sup>. Vingt-sept des vingt-huit questions ont

été utilisées. Chacune des questions utilise une échelle de mesure de Likert en cinq points et la possibilité de cocher la case « je ne sais pas ». Une question fut rejetée pour des raisons d'adaptation culturelle.

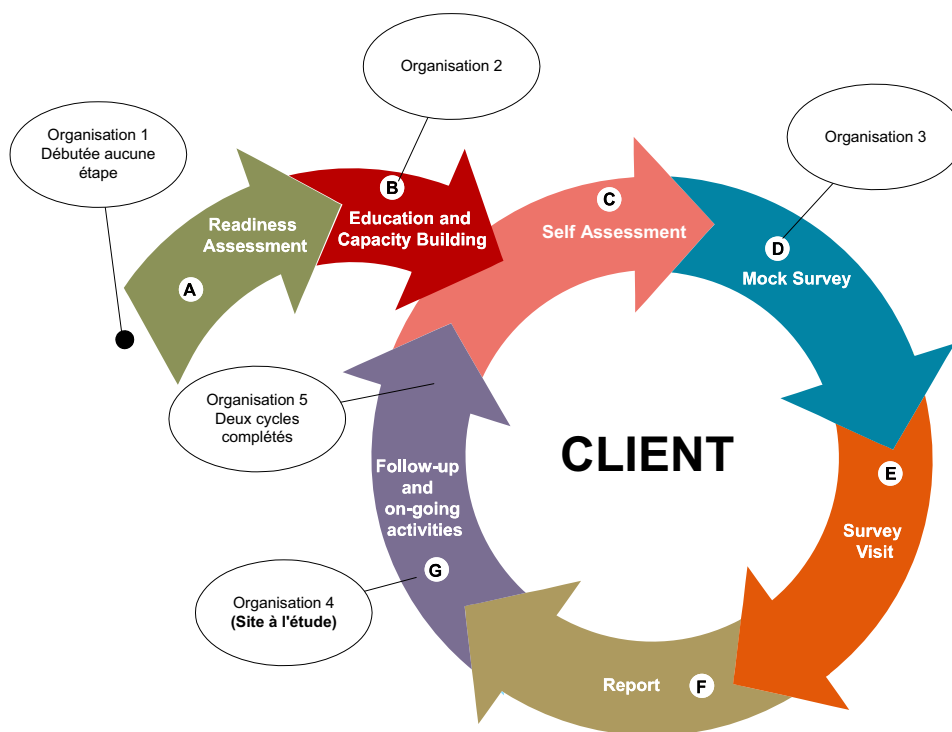
La méthodologie d'administration de Counte et Meurer prévoit la distribution des questionnaires à cinq (5) individus dans l'organisme; le directeur général, la personne en charge de l'opérationnalisation de la gestion de la qualité, deux gestionnaires et un médecin. Selon Ovretveit<sup>126</sup> (2002), une des limites importantes des évaluations des programmes d'amélioration continue de la qualité est le fait que les études misent trop souvent sur la perception des directeurs d'établissements, des gestionnaires et sur les spécialistes en gestion de la qualité. Selon lui, il est nécessaire d'obtenir des informations de groupes d'intervenants terrain plus large et sur une plus longue période de temps. Selon nous, ces intervenants de terrain seront en mesure d'avoir une perception plus tangible et objective de l'efficacité et des réalisations en matière de culture de qualité en comparaison avec ceux qui décident et implantent ces stratégies.

De plus, nous croyons que pour tester la proposition de recherche N° 3 (*Le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien améliore le processus d'institutionnalisation de la culture d'amélioration de la qualité dans l'organisation en regard des autres*) nous devons comparer notre cas à l'étude en regard d'autres organisations qui participent à l'agrément. Cette technique innovatrice permettra d'étudier les phénomènes émergents du cas et entre les cas.

Notre processus a été de demander à un « gatekeeper » par organisation, (cinq (5) en tout) d'administrer le questionnaire. Trois organisations étaient du secteur privé et deux du secteur public. Elles sont toutes engagées formellement dans une démarche d'agrément avec le CCASS. Leur positionnement dans le cycle est par contre différent, voir figure 13 pour la

distribution des organisations dans le cycle. Quatre sont d'Arabie Saoudite et une d'un autre pays du Moyen-Orient.

**Figure 13 Distribution des organismes selon les étapes de l'intervention**



Nous leur avons demandé d'administrer le questionnaire sur une période d'une semaine. La distribution a été faite au plus grand nombre d'employés possible dans chacune des organisations; la réponse aux questionnaires était sur une base volontaire et aucun effort n'a été fait pour caractériser les employés non-répondants. Les informations ont par la suite été acheminées au chercheur principal pour traitement.

Les données ont été saisies et introduites premièrement dans une base de données Excel par questionnaire et par site. Après la réception des données provenant des cinq organisations, nous avons créé une base de données unifiée. Nous avons étudié la non-réponse d'une façon partielle, soit les données

« je ne sais pas » et les avons imputées par la moyenne en fonction des organisations et des catégories d'emploi. Nous avons également effectué une analyse exhaustive des « je ne sais pas ». Ceci contribue à évaluer un certain niveau d'acquisition des connaissances en fonction du positionnement des organismes dans le cycle, voir tableau 14 ci-dessous.

**Tableau 14 Proposition d'analyse de la distribution des "je ne sais pas"**

Organisme	Nbre Réponses	Nbre Je ne sais pas	NbreQuestions	Taux de je ne sais pas
N°1				
N°2				
N°3				
N°4				
N°5				

Nous avons effectué avec l'aide d'un statisticien des études sur la représentativité des données. Nous avons effectué les tests de validité et de fiabilité du questionnaire avec le logiciel JMP (un produit de l'Institut SAS) et ainsi corroboré les études de Counte et Meurer sur la solidité de l'outil de mesure. Nous avons également effectué les tests de corrélation entre les domaines.

Nous avons poursuivi le traitement des analyses selon la méthodologie documentée par les auteurs de l'outil. Nous avons reçu l'aide de l'université St-Louis et sa Faculté de santé publique qui a répondu à nos questions techniques et conceptuelles. Ils sont les créateurs de l'outil et ils ont l'expérience de son application dans des milieux culturels différents. Leurs suggestions et recommandations ont été grandement appréciées.

En complémentarité avec l'analyse de Counte et Meurer, et considérant que nous avons sondé un plus grand nombre d'intervenants dans chacune des organisations, nous avons opté pour une modélisation des réponses du type  $y_{ij} = \mu + \alpha_i + \beta_j + \varepsilon_{ij}$ . La réponse  $y_{ij}$  est décomposée en un effet commun



$\mu$ , un effet  $\alpha_i$  relié à la modalité du premier facteur que la réponse représente, un effet  $\beta_j$  relié à la modalité du deuxième facteur que la réponse représente et la valeur résiduelle  $\epsilon_{ij}$ . Par exemple, la réponse  $y_{ij}$  (25.3) pourrait correspondre à la première modalité du facteur « organisations » (organisation No.1) et à la première modalité du facteur « catégories d'emploi » (Médecin). Pour ajuster le modèle aux données de notre enquête et obtenir les valeurs  $M$ ,  $A_i$ ,  $B_j$  et Résidus  $ij$  correspondant aux paramètres du modèle théorique, nous avons utilisé la méthode du polissage par la médiane « Median Polish Technique » qui est plus robuste que la méthode de l'analyse de la variance (ANOVA) lorsqu'on a un plan d'expérience non balancé (variation des effectifs  $n_{ij}$  utilisés pour le calcul des réponses dans les cellules formées en combinant les deux facteurs; la méthode permet de mieux isoler les caractéristiques dominantes ou inhabituelles des données et ainsi aider l'analyse. Noter qu'un polissage par la moyenne reproduit les résultats de l'analyse de la variance et que le polissage est fait sur des tableaux croisés « two-way table ».

La méthode du polissage démarre par la production d'un tableau croisé. La méthode consiste à ajouter au tableau une nouvelle colonne et d'y inscrire la médiane des valeurs de cellules de chaque ligne (les  $A_i$  initiaux); puis on soustrait aux valeurs de cellules les médianes correspondantes pour obtenir de nouvelles valeurs de cellules (les valeurs résiduelles initiales) et compléter le polissage ligne. Ensuite, on ajoute au tableau une nouvelle ligne et on y inscrit la médiane des valeurs résiduelles initiales de cellules de chaque colonne incluant la colonne des  $A_i$  initiaux (on obtient les  $B_j$  initiaux et le  $M$  initial); puis on soustrait aux valeurs résiduelles initiales de cellule de chaque colonne les médianes correspondantes pour compléter le polissage colonne. Si on arrête ici, on obtient les valeurs de  $M$ ,  $A_i$  initiaux,  $B_j$  initiaux et résidus  $ij$  (valeurs résiduelles) du modèle. Mais on n'obtient pas nécessairement la somme des valeurs absolues de résidus  $ij$  minimale. On obtient cette somme minimale en réitérant le polissage ligne et le polissage colonne quelques fois. La convergence à la solution est rapide et nous avons réitéré le polissage 10 fois.

Pour ce faire, nous avons utilisé un programme adapté pour le logiciel SAS. Le livre de Hoaglin, Mosteller & Tukey<sup>127</sup> (1983) (2000), décrit la méthode et ses caractéristiques; il offre l'exemple suivant où on analyse le taux de mortalité infantile aux États-Unis suivant les facteurs géographie et niveau d'éducation du père. Par cette méthode, voir l'exemple du tableau 15, nous avons la capacité d'isoler un effet commun  $M$  (20.6), l'effet du facteur géographique ( $A_i$ ) et l'effet facteur niveau d'éducation du père ( $B_j$ ), sur le taux de mortalité infantile aux États-Unis.

**Tableau 15 Taux de mortalité infantile aux États-Unis**

Région	Niveau d'éducation du père				
	0-8	9-11	12	13-15	16+
Nord-Est	25.3*	25.3	18.2	18.3	16.3
Nord-Centre	32.1	29	18.8	24.3	19
Sud	38.8	31	19.3	15.7	16.8
Ouest	25.4	21.1	20.3	24	17.5

Région	Niveau d'éducation du père					$A_i$
	0-8	9-11	12	13-15	16+	
Nord-Est	-1.15	0.40	0.05	-0.75	0.70	-1.55
Nord-Centre	1.15	-0.40	-3.85	0.75	-1.10	2.95
Sud	11.15	4.90	-0.05	-4.55	0.00	-0.35
Ouest	-2.90	-5.70	0.25	3.05	0.00	0.35
$B_j$	7.40	5.85	-0.90	0.00	-3.45	20.6

\* La valeur  $25.3 = 20.6 + (-1.55) + 7.40 + (-1.15)$

Cette méthode du polissage par la médiane est une technique dite "soft", et est une alternative aux méthodes classiques usuelles (p.ex. Analysis of Variance : ANOVA). Elle a pour inconvénient que les résultats dépendent de l'ordre du calcul entre les lignes et les colonnes mais, la différence dans les résultats est petite et il est difficile d'évaluer la précision des estimations.

Elle a par contre des avantages non négligeables. C'est un outil simple et pédagogiquement intéressant. Il s'agit d'une technique résistante aux valeurs atypiques (outliers) et elle démontre ayant un bon coefficient de rupture. Plus spécifiquement, le test est moins influencé par les données extrêmes étant donné l'utilisation de la médiane au lieu de la moyenne. La méthode fonctionne même si une réponse (valeur d'une cellule) est manquante. Il est également plus facile de mettre en évidence des valeurs atypiques. Par exemple au tableau 15, le taux de 38.8 correspondant à la région sud et au niveau d'éducation 0-8 du tableau des données originales dont la valeur résiduelle après polissage est 11.5. Finalement, l'outil permet la détection d'effets croisés puissantes. La méthode du polissage par la médiane a été utilisée dans de nombreuses études publiées notamment celle de Shahpar et Li<sup>128</sup> (1999) dans le prestigieux « American Journal of Epidemiology » .

Pour cette section les résultats seront présentés en fonction de plusieurs tableaux simples et croisés intersites et intrasites. La première analyse (Analyse n° 1) intersites présentera le positionnement des cinq organisations en fonction de leur résultat sur le plan de l'implantation de l'amélioration continue de la qualité (la variable réponse). Nous évaluerons le positionnement du cas étudié par rapport aux autres et en fonction de l'échelle de Counte & Meurer « Quality Management Scale », voir le tableau 16 ci-dessous.

**Tableau 16 Proposition d'analyse du positionnement des organismes en fonction du niveau d'implantation**

Analyse N°1

Organisation	Moyenne + (E.T.)	Niveau d'implantation
N°1		
N°2		
N°3		
N°4		
N°5		



La troisième (Analyse n° 3) (tableau 19), fera une exploration intrasite de l'organisme en relation avec les huit domaines étudiés par le questionnaire soit : 1) le leadership; 2) les processus; 3) les ressources humaines et la formation; 4) la planification; 5) la gestion de l'information; 6) la gestion centrée sur le client; 7) l'innovation; 8) les fournisseurs. Le but est d'évaluer si l'organisme étudié démontre des différences dans les domaines par rapport à son évolution dans le cycle comparativement aux autres organismes.

**Tableau 19 Proposition d'analyse du niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité (Analyse n° 3)**

8 domaines de la qualité de Courte et Meurer									
Organismes	Leadership	Processus	GRH/for.	Plan	G. Info	Client	Innovation	Fournisseur	<u>Ai</u>
N°1									
N°2									
N°3									
N°4									
N°5									
<i>Bi</i>									<u>M</u>

Finalemment dans le tableau 20, nous ferons (Analyse n° 4) une analyse en huit tableaux des relations entre l'organisation, les catégories d'emploi et le résultat de chacun des huit domaines. Cette analyse permettra d'explorer les différences ou les similitudes entre les groupes, les organisations et leur impact sur chacun des domaines.

**Tableau 20 Proposition d'analyse du niveau d'implantation du Leadership par organisme et par catégorie d'emploi (Analyse n° 4)**

Domaine <i>Leadership</i>	Catégories d'emploi					<u>Ai</u>
	Médecin	Infirmière	Paramédical	Gestionnaire	P. Non médical	
N°1						
N°2						
N°3						
N°4						
N°5						
<i>Bi</i>						<u>M</u>

### 5.2.6 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

L'opérationnalisation des variables du développement des capacités qui a été réalisée dans le chapitre III (page 35) est la pièce maîtresse de l'analyse des résultats. Ces tableaux (2 à 5) présentent, selon l'état des connaissances, les effets escomptés de l'agrément sur le développement des capacités par dimension et par unité d'analyse. Le tableau servira de guide tout au long de la présentation des résultats. Les résultats qualitatifs et quantitatifs seront utilisés lorsqu'à propos. La présentation des résultats pourra varier en fonction des phénomènes observés. La présentation sera structurée premièrement par unités d'analyse et par dimension. Chacune des variables sera évaluée en fonction des effets théoriques escomptés et les effets escomptés observés et mesurés. Dans le Chapitre VII qui fera état de nos discussions, les résultats seront utilisés afin de tester les trois propositions développées précédemment que sont :

#### **Proposition n° 1**

Le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien contribue au développement de nouvelles capacités individuelles, d'équipe, organisationnelles et systémiques favorables à l'amélioration de la qualité et la sécurité.

#### **Proposition n° 2**

Le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien favorise des transformations organisationnelles qui encouragent la mise en place de pratiques favorable à la qualité et la sécurité.

#### **Proposition n° 3**

Le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien améliore le processus d'institutionnalisation de la culture d'amélioration de la qualité dans l'organisation en regard des autres.

### **5.3 DESCRIPTION DU CAS UNIQUE**

Le but de cette section est de présenter globalement une description de notre cas tout en maintenant sa confidentialité ainsi que l'environnement dans lequel il œuvre.

#### **5.3.1 Le « Cas »**

Notre cas, l'organisation n° 4, s'est engagée formellement dans une démarche d'agrément avec le CCASS au début de l'année 2003. Elle devient un des premiers organismes privés en Arabie saoudite à s'engager et le deuxième à obtenir son agrément. Il s'agit d'un hôpital de niveau secondaire qui offre des services spécialisés de chirurgie, des services diagnostiques et de pharmacie de haut niveau, des services pédiatriques et toute la gamme de services mère/enfant. Il s'agit d'un hôpital de 300 lits ou entre 900 et 1000 employés travaillent. On retrouve approximativement 110 médecins, 326 infirmières, 79 techniciens et 493 autres professionnels, administrateurs et personnel de soutien. Les employés sont tous à contrat. Leur nombre fluctue énormément en cours d'année. Il réalise plus de 5000 accouchements par années. Une augmentation de 170 pour cent par rapport à 1995 avec 1844. Ses activités sont concentrées principalement dans des domaines liés aux objectifs du millénaire, la mortalité infantile et la santé maternelle. Il œuvre dans un milieu extrêmement compétitif ou le secteur privé est en pleine émergence.

#### **5.3.2 LE SYSTÈME DE SANTÉ SAOUDIEN**

Notre organisation est située en Arabie saoudite. C'est un pays du Proche-Orient occupant la plus grande partie de la péninsule arabique. Selon la carte ci-dessous, il est limité au nord par la Jordanie, l'Irak et le Koweït, à l'est par le golfe Persique et le Qatar, au sud-est par les Émirats arabes unis et le Sultanat d'Oman, au sud par la République du Yémen et à l'ouest par la mer

Rouge et le golfe d'Aqaba. L'Arabie saoudite a une superficie de 2,2 millions de kilomètres carrés et compte environ 25 millions d'habitants.<sup>129</sup> L'Arabie saoudite reçoit de huit à treize centimètres s de pluie par année. L'espérance de vie des hommes est de 74 ans et celle des femmes est de 68 ans. Le total des dépenses en santé par habitant (en dollars internationaux) en 2004 était de 601.1<sup>D</sup>.



En 1933, peu de temps après l'unification de l'Arabie saoudite, le gouvernement saoudien accorde une concession à la *Standard Oil of California* qui avait identifié le potentiel commercial du prétole saoudien pour l'exportation. Cette source de revenus devenait une opportunité stratégique pour établir la nation saoudienne. En 1938, après cinq longues années d'exploration, du pétrole a été découvert en quantités commerciales. Cette découverte venait de déclencher une nouvelle ère pour l'Arabie saoudite. Le jeune royaume se joignait ainsi officiellement à l'industrie pétrolière internationale et il est aujourd'hui le plus gros exportateur de pétrole au monde. L'immigration massive de travailleurs

<sup>D</sup> Définition: Le total des dépenses en santé par habitant fait la somme des dépenses publiques (PHE) et privées (PvtHE) de santé par habitant. Le dollar international est l'unité monétaire commune tenant compte des pouvoirs d'achat relatifs des devises. Les chiffres exprimés en dollars internationaux sont calculés à l'aide des parités des pouvoirs d'achat (PPA), qui sont des taux de conversion établis pour tenir compte des différences de niveau des prix entre les pays.



expérimentés, majoritairement d'Amérique, fait suite à un développement industriel phénoménal. Cette croissance oblige la mise en place d'une structure sociosanitaire crédible et de qualité afin de répondre aux besoins des utilisateurs soucieux d'obtenir un service de santé similaire au service américain.

Selon Mufti<sup>130</sup> (2000), onze agences gouvernementales autonomes et le secteur privé sont impliqués dans l'organisation du système de santé saoudien. Chacune des agences gouvernementales se voit assigner un segment de la population principalement en fonction de son lien d'emploi. Le ministère de la Santé est le grand régulateur du système. Il est également le gestionnaire du plus grand système public de soins. Il couvre en moyenne 65 % des services offerts à la population. Le nombre total de lits est de 28 269 et 11 353 médecins y travaillent dont 23 % sont saoudiens. Ils sont assistés par 27 000 infirmières et 16 524 autres professionnels de la santé.

La Sécurité nationale, le ministère de la Défense et de l'Aviation, la Sécurité publique, le ministère de la haute Éducation et quelques autres centres de recherche ultra spécialisés complètent le système de santé avec approximativement 10 000 lits. Tous ces centres offrent des services de santé primaires, secondaires et habituellement tertiaires de façon individuelle. La collaboration et la coordination entre les différentes agences gouvernementales sont minimales et quasi absentes.

Le secteur privé est en pleine effervescence et compte 99 organisations<sup>131</sup>. Il offre approximativement 14 % des services du système de santé avec environ 9 500 lits. La plus grande concentration d'hôpitaux privés est dans la région de Djeddah. Dans la région de Riyad où se trouve notre cas à l'étude, nous retrouvons 16 établissements.

Les nouvelles politiques gouvernementales et le récent décret sur l'assurance des non- Saoudiens font une place importante au secteur privé. Selon des statistiques de 1995, les services privés offrent 16 % des services pour patients hospitalisés, 13 % des visites en consultation externe, 15,8 % des lits disponibles et 27 % des médecins y travaillent. Ce nouveau contexte d'assurance impose des changements législatifs et crée un environnement hautement compétitif.

### **5.3.3 HISTORIQUE DES DÉMARCHES D'AGRÉMENT EN ARABIE SAOUDITE**

En avril 1956, 18 ans après la découverte du premier puits de pétrole, la Commission canadienne et américaine d'agrément des hôpitaux octroie leur première reconnaissance internationale au Centre de Santé de Dhahran en Arabie Saoudite<sup>132</sup>. Cette reconnaissance confirmait que cet organisme était en conformité avec les normes reconnues à ce jour pour les hôpitaux. Ces normes ont guidé l'équipe d'évaluateurs. Elles ont permis de confirmer que le centre de santé était appuyé par une équipe médicale structurée et gérée avec des politiques médico-administratives (medical bylaws) et que cette même équipe assurait la supervision de la pratique médicale par la vérification des compétences académiques et pratiques des médecins. Il était aussi question de vérifier si l'organisme était en conformité avec l'obligation de réunions régulières, de l'évaluation périodique de la pratique médicale dans chaque département et d'une documentation stricte des dossiers médicaux pour chaque patient utilisateur. Finalement, l'organisme devait démontrer sa capacité d'offrir des services diagnostiques et thérapeutiques pour la recherche et pour le traitement des patients. Ces services devaient être sous un superviseur compétent. Les services devaient inclure un laboratoire avec des capacités en chimie, bactériologie, sérologie et pathologie. Un département de radiologie avec des services de radiographie et fluoroscopie. C'est par son succès que cet organisme de santé est devenu un leader en Arabie Saoudite en matière de services de santé et il influence et influencera encore son évolution.

Au cours des années 1990, une vingtaine d'organismes privés et publics se sont engagés dans des processus d'agrément internationaux, notamment avec des programmes canadiens, américains et australiens. Leurs objectifs de se différencier et d'améliorer la qualité des soins et services les incitent à s'engager dans de tels processus.

Tout récemment, nous avons vu l'émergence d'un programme national d'agrément. Selon un nouveau décret du Roi, tous les organismes privés ou publics doivent obtenir l'agrément. Il en est de même pour toutes les organisations du secteur privé qui voudront négocier des associations avec les compagnies d'assurances. Il s'agit d'un progrès énorme pour le système de santé saoudien et pour l'agrément au Moyen-Orient.

# **Chapitre VI**

## **Présentation et analyse des résultats**

---

## 6.1 STRATÉGIE DE PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, cette recherche propose l'étude d'un cas unique. Elle s'appuie sur une stratégie de recherche mixte (*Sequential Transformative Strategy*). Cette méthode nous permet, selon Creswell (2003), d'intégrer deux sources d'information (qualitative et quantitative) dans l'analyse et l'interprétation des résultats.

Notre revue de la littérature a permis de modéliser le concept de développement des capacités et d'identifier une série de variables opérationnelles en fonction des quatre unités d'analyse étudiées. La présentation des résultats se fera en fonction de ces unités d'analyse. Les deux sources de résultats seront utilisées en fonction de la pertinence, de la quantité et de la qualité des résultats obtenus. Cette approche permettra d'utiliser la bonne source d'information au bon moment pour bien démontrer les concepts du développement des capacités et de l'agrément et de répondre à la question de recherche suivante : *L'hôpital saoudien qui participe à une démarche d'agrément international du CCASS et qui fait l'objet de l'étude a-t-il développé des capacités? Si oui, quelles sont-elles, quelles sont les étapes de l'intervention qui y ont contribué, et ont-elles eu des impacts sur la qualité et la sécurité des soins et services?*

Cette approche permettra également lors de la discussion de tester les trois propositions décrites précédemment à la section 5.1. En guise de rappel, la stratégie de recherche tentera de vérifier si le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien :

- Contribuera au développement de nouvelles capacités individuelles, d'équipe, organisationnelles et systémiques favorables à l'amélioration de la qualité et la sécurité (**Proposition n° 1**)

- Favorisera des transformations organisationnelles qui encouragent la mise en place des pratiques favorables à la qualité et la sécurité (**Proposition n° 2**).
- Améliorera le processus d'institutionnalisation de la culture d'amélioration de la qualité dans l'organisation en regard des autres (**Proposition n° 3**)

## **6.2 EXPOSÉ DES RÉSULTATS DU NIVEAU D'ANALYSE « INDIVIDU »**

Le développement des capacités chez l'individu se présente sous trois dimensions, les changements cognitifs, les changements affectifs et les changements comportementaux. Les résultats obtenus pour chacune de ces dimensions sont présentés dans l'ordre mentionné ci-dessus. À la fin de chacune des sections, nous faisons une analyse synthétisée des effets escomptés de l'intervention. Cette analyse fournit, selon notre perception, un résumé des phénomènes observés et une qualification des effets escomptés de l'intervention sur la dimension étudiée du développement des capacités individuelles.

L'échelle de référence du tableau 21 représente notre compréhension des effets de l'intervention dans les différents niveaux d'analyse et en relation avec les preuves mesurées sur les variables des tableaux 2 à 5.

**Tableau 21 Échelle de référence des effets de l'intervention**

<b>Niveau de compréhension des effets</b>	<b>Définition des niveaux de compréhension des effets</b>
Très efficace	Présence de preuves solides avec une influence significative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Efficace	Présence de preuves avec une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Réaction mitigée	Présence de preuves « porte-à-faux » avec lesquelles il est impossible de juger objectivement la production des effets
Inefficace	Aucune preuve mesurée
Effet nuisible	Présence de preuves avec une influence négative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités

Légende utilisée (+ +) très efficace (+) efficace (+-) réaction mitigée (-) inefficace (- -) effet nuisible

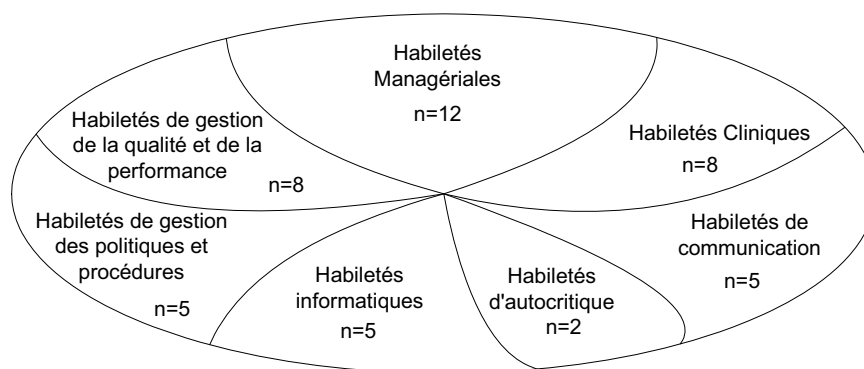
Cette analyse inclut également, en lien avec nos objectifs de recherche, des stratégies pour chacune des sections afin d'optimiser l'implantation de l'intervention dans un contexte similaire. En dernier lieu, nous effectuerons un retour sur l'ensemble des concepts du développement des capacités chez l'individu (cognitif, affectif, comportementale) en créant un tableau synthèse des effets de l'intervention.

### **6.2.1 L'AGRÈMENT ET LES CHANGEMENTS COGNITIFS**

Nous explorons ici deux questions qui émergent du tableau 2 Il illustre l'opérationnalisation des variables du développement des capacités individuelles. Qu'est-ce que les individus ont appris de nouveau? Par qui ou par quoi l'ont-ils appris? Nous cherchons à savoir si l'agrément a encouragé le processus d'apprentissage et l'acquisition de nouvelles connaissances et habiletés.

En premier lieu, nous avons demandé aux participants lors des entrevues s'ils avaient la perception d'avoir acquis depuis leur embauche de nouvelles habiletés et si oui, dans quelles circonstances? Les 34 participants ont affirmé avoir acquis de nouvelles connaissances principalement dans 7 domaines. La figure 14 ci-dessous illustre les domaines d'habiletés développées par les participants.

**Figure 14 Inventaire des catégories d'habiletés**



On constate que la plus grande proportion des habiletés acquises est dans le domaine de la gestion (n=12) suivie par les habiletés de gestion de la qualité et de la performance (n=8) et les habiletés cliniques (n=8). On retrouve par la suite des habiletés reliées au développement de politiques et procédure (n=5) et des habiletés de communication (n=5) et d'autocritique (n=2). Les autres habiletés identifiées une seule fois sont, la confiance en soi, la gestion des incendies et la documentation des dossiers médicaux.

Deuxièmement, nous avons demandé aux participants quelles sont les circonstances qui ont permis l'acquisition de ces nouvelles habiletés. Trente participants ont répondu d'une façon explicite. Selon eux, le contexte d'acquisition des connaissances est occasionné par les circonstances suivantes:

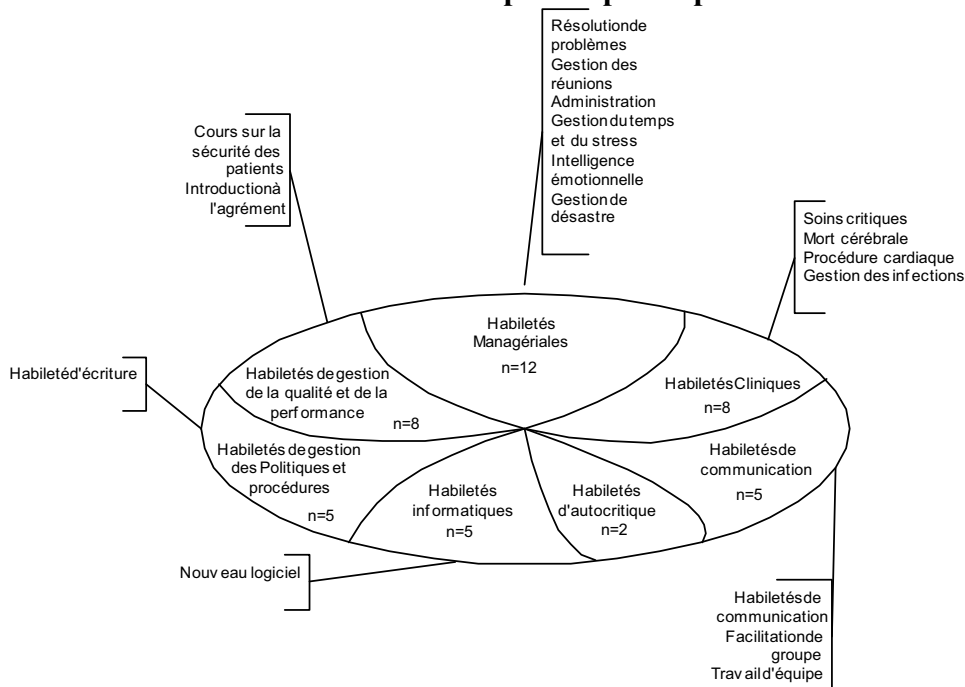


	<b>Circonstances qui favorisent l'acquisition de nouvelles connaissances</b>	<b>Nº de répondants</b>
1	<b><i>Éducation continue</i></b>	<b>12</b>
<b>Citation</b>	<i>Because we have here an education program, continuing education program, I think I got a lot of skills here in the hospital.</i>	
2	<b><i>Promotion ou changement de titre d'emploi</i></b>	<b>7</b>
<b>Citation</b>	<i>I learned so much from this hospital. When I came here, I have been an ordinary staff, and then promoted, I learned so many things.</i>	
3	<b><i>L'agrément</i></b>	<b>6</b>
<b>Citation</b>	<i>Transforming every educational lecture, the re-engineering of the organization of the department, and attending workshops, really it was very important for me for the last 2 years, before I was here only for the sake of punching in and out my card.</i>  <i>Accreditation pushed me to improve my skills, to learn fast, and to get skills faster.</i>	
4	<b><i>Dans le travail quotidien</i></b>	<b>3</b>
<b>Citation</b>	<i>But you know most of my development is from experience, and day-to-day work, and from solving problems.</i>	
5	<b><i>Contexte privé</i></b>	<b>2</b>
<b>Citation</b>	<i>It is a new experience, especially in private hospital. Before I was working in team for governmental hospital, but here, it is different to work.</i>	

On observe que la formation continue (n=12) est la source la plus importante avec 40 % pour l'acquisition de nouvelles habiletés. 23 % des participants (n=7) ont mentionné que l'obtention d'une promotion ou un changement de département était une source très importante pour le développement de nouvelles capacités. On retrouve l'agrément avec 20 % (n=6) comme un contexte favorisant l'obtention de nouvelles formations. Le travail quotidien (n=3) et le contexte d'un système privé (n=2) ont également émergé comme thème.

Pour mieux comprendre les circonstances qui ont permis l'acquisition de ces nouvelles habiletés mentionnées plus haut, nous avons dressé, selon les réponses des participants, un inventaire des formations qui ont été délivrées récemment dans l'organisme. 29 participants sur 34 ont été en mesure d'en identifier au moins une, et 5 participants, aucune. 18 formations différentes ont été identifiées par les participants. Elles sont en lien avec les habiletés décrites précédemment. La figure 15 ci-dessous fait le lien entre la perception des nouvelles habiletés développées et l'inventaire de certaines des sessions identifiées par les répondants.

**Figure 15 Inventaire des catégories d'habileté relatives aux sessions de formation identifiées par les participants**



Plusieurs de ces formations sont directement influencées par les obligations liées à l'agrément, notamment celles sur le développement de politique et procédure, les concepts de base de l'agrément, la sécurité des patients, la dynamique de groupe et les habiletés de facilitateur. Il est important de noter que seules les formations reliées aux concepts de base de l'agrément sont des

sessions obligatoires. Le reste est à la discrétion des organismes et est relatif à leur désir d'apprendre.

Notre revue de la documentation confirme que l'organisme à offert 13 ateliers de travail sur les sujets suivants: le changement organisationnelle, la préparation de politiques et procédures, la préparation des descriptions de tâches, la planification stratégique, la gestion de la qualité, la gestion de la performance, le travail d'équipe, le rôle des comités et leurs principes directeurs, la gestion des désastres, la gestion des risques et la gestion de la satisfaction de la clientèle. Les exigences particulières imposées par le cadre normatif de l'agrément imposent à l'organisme une prise de conscience des variations entre ce que les individus savent et ce qu'ils doivent savoir. Les normes ne font pas seulement qu'indiquer ce qu'est l'excellence, mais également, elles sont une source de nouvelles connaissances pour y arriver.

Troisièmement, nous avons déterminé quelle était l'étape de l'intervention qui procure l'environnement le plus propice à l'apprentissage. Selon l'analyse du discours et tel que résumées au tableau 22, 32 affirmations ont été recensées sur l'étape de processus d'agrément qui a permis un meilleur apprentissage. Dans 56 % des cas (n = 18), les interviewés ont affirmé que l'autoévaluation a été l'étape la plus enrichissante. Selon eux l'autoévaluation permet de réfléchir et de débattre sur les façons de pratiquer.

**Tableau 22 Fonction perçue de l'autoévaluation**

<b>L'autoévaluation permet de...</b>	
<b>Citation 1</b>	<i>To learn what are the things you need, the things you need to improve, and the things you need to maintain.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>To started from our own assessments as an individual.</i>
<b>Citation 3</b>	<i>To Point out what's good and what's bad, and where you can improve yourself.</i>
<b>Citation 4</b>	<i>To discuss with the other members of the team, we learned too much from each other.</i>

Les autres processus recensés en plus petit nombre sont la visite d'agrément (n = 3), la visite simulée (n = 2), le processus d'éducation (n = 2) et la réception du rapport et son implantation (n = 2). Les cinq autres affirmations n'étaient pas spécifiques à une étape ou étaient confuses. L'autoévaluation est également l'étape que 60 % des intervenants (n = 20) ont trouvé la plus agréable.

Mais pourquoi l'autoévaluation permet-elle d'apprendre? Selon l'analyse des citations du tableau 23, l'autoévaluation semble donner aux individus une opportunité d'introspection sur leurs réalisations à l'égard des normes (citations 1 & 2). C'est une occasion de se concentrer sur les talents et d'en reconnaître de nouveaux (citation 3). Il s'agit également d'un contexte favorisant la socialisation, le partage et le transfert d'information (citations 1 à 5). De plus, ce contexte permet l'autodiagnostic par l'intervenant lui-même, ce qui apparaît motivant (citations 4 & 5), et il offre un forum multidisciplinaire avec l'opportunité d'identifier les forces et les faiblesses de l'organisation et d'établir des priorités. Ces résultats semblent concorder avec certains éléments théoriques des organisations apprenantes et ceux des besoins de Maslow, nous en discuterons plus tard.

**Tableau 23 Pourquoi l'autoévaluation permet-elle d'apprendre ?**

<b>Citation 1</b>	<i>Because this is the time that we know each other; this is the time of brainstorming. This is the time that you know your self also.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>Because we were able to identify ourselves not only identification of the organization, but our personal life also.</i>
<b>Citation 3</b>	<i>Because it is a learning stage and you can put all the talents that you have together.</i>
<b>Citation 4</b>	<i>Because we were able to identify where we are, identifying our strengths and our opportunities for improvement. It's a very difficult part the beginning, because you have to try to have rapport with the team, but it was a stage where we achieved a lot.</i>
<b>Citation 5</b>	<i>Because we found our weaknesses, and we were able to identify them and learned how to prioritize.</i>

#### 6.2.1.1 L'analyse des « je ne sais pas »

Conformément à la méthodologie et la structure d'analyse décrite dans la section 5.2, cette section vient enrichir les informations obtenues de plusieurs entrevues qualitatives. Nous avons utilisé le questionnaire sur l'implantation de l'amélioration continue de la qualité décrit à la section 5.2.5. Vous vous rappellerez qu'il a été administré au plus grand nombre possible d'intervenants sur le terrain. Cette approche nous a aidés à mieux comprendre la perception du niveau de connaissance des individus à l'égard des huit domaines utilisés pour mesurer le niveau d'implantation de l'amélioration continue de la qualité. L'analyse quantitative des huit domaines sera traitée plus en profondeur à la section 6.4.3. Le fait d'introduire ici d'autres organismes dans l'analyse permet d'évaluer avec plus d'objectivité le niveau de connaissances du cas à l'égard des 8 domaines de la qualité. L'échelle de mesure proposée dans le questionnaire

introduit la possibilité pour l'intervenant d'inscrire qu'il ne sait pas la réponse d'où le titre « **analyse des je ne sais pas** ».

Pour chaque organisation et catégorie d'emploi, nous avons effectué une analyse des réponses « je ne sais pas » fournies par les intervenants au moment de remplir le questionnaire. Lorsqu'il est bas, ce nombre dénote une meilleure perception et un bon niveau de compréhension des concepts et des réalités organisationnelles à l'égard de la gestion de la qualité. Lorsqu'il est haut, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'individu ne sait pas de quoi il s'agit et qu'il ne sait pas la réponse à la question, ce qui peut signifier un faible niveau de perception et de compréhension du domaine étudié.

Pour mieux comprendre ce phénomène, nous avons utilisé deux stratégies d'analyse. La première consiste à classer les organismes décrites à la section 5.2.5 dans le cycle d'agrément (figure 13) afin d'évaluer si leur positionnement influence le taux de « je ne sais pas ». La deuxième consiste à analyser les taux de « je ne sais pas » par organisme et par catégorie d'emploi dans l'optique de déterminer si ces variables influencent le niveau de compréhension des concepts de la qualité.

Le tableau 13 illustre le nombre de réponses obtenues par organisme, le nombre de « je ne sais pas » et le résultat du nombre de questions. Ce dernier est la relation entre le facteur nombre de réponses et celui du nombre de questions par questionnaire qui est de 27. Dans la dernière colonne, on expose le taux global de « je ne sais pas » par organisme. L'organisme à l'étude demeure le quantième.

À la lecture du tableau 24, on observe une variation dans les taux globaux de « je ne sais pas » entre les cinq organismes qui ont participé à l'étude.

**Tableau 24 Taux globaux de « Je ne sais pas »**

Organisme	Nº Réponses	Nº "Je ne sais pas"	Nº Questions	Taux de "je ne sais pas"
# 1	395	1041	10665	9.76%
# 2	79	100	2133	4.69%
# 3	87	179	2349	7.62%
<b># 4 (site à l'étude)</b>	110	134	2970	<b>4.51%</b>
# 5	384	661	10368	6.38%

Les précédentes études de Counte et Meurer rapportent un taux global de 5 %. Toutefois, il faut prendre en compte que Counte et Meurer ont administré leur questionnaire à cinq personnes par organisme qui avaient toutes un niveau de connaissance plus élevé des concepts en gestion de la qualité ce qui diminuait les possibilités de « je ne sais pas » comparativement au cas d'un groupe de gens dans la catégorie « travailleurs sur le terrain ». Mais, n'est-ce pas de ces personnes que nous voulons apprendre?

Le site étudié (organisme Nº 4) présente le plus bas taux de « je ne sais pas » soit 4,51 %. Son positionnement dans le cycle (figure 16), indique qu'il en est à l'étape de mise en œuvre des recommandations. L'organisme a été sondé 12 mois après la réception du rapport. À l'intérieur de cette période, l'organisme a également acheminé son premier rapport de suivi sur ses recommandations à niveau de risque élevé.

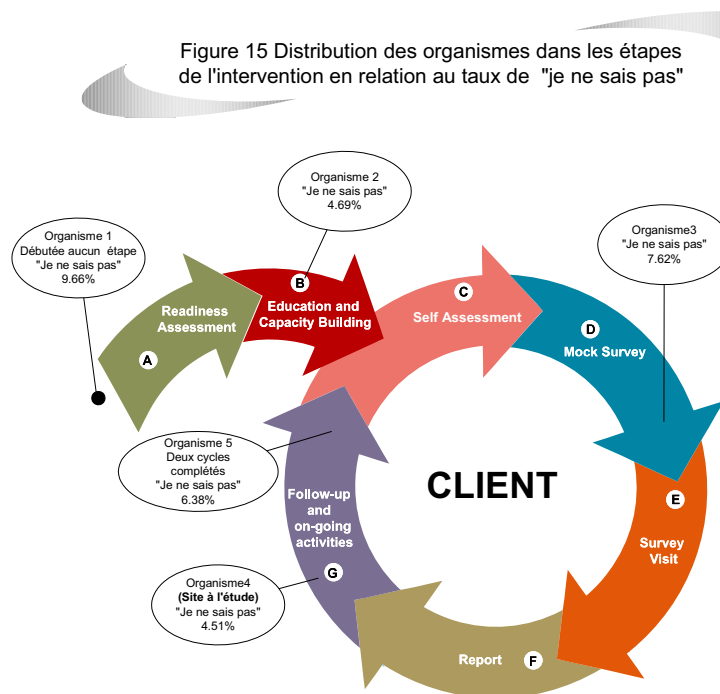
En examinant les autres organismes, il est intéressant de constater que l'organisme Nº1, qui n'a pas amorcé l'agrément, affiche le plus haut taux de « je ne sais pas » soit 9,74 %. Il a également le plus grand nombre de questionnaires remplis, soit 399.

Selon l'étude des tendances de toutes les réponses aux questionnaires (1059), une très faible concentration d'individus (4,5 %) a répondu

« je ne sais pas » à plus de 10 questions. Au total, 52 % des questionnaires ont été remplis. Ceci ne révèle aucune concentration des « je ne sais pas » dans un petit nombre d'individus, mais une distribution du phénomène sur l'ensemble des organismes. L'analyse a été faite également par site afin de s'en assurer. L'analyse des tendances des questionnaires révèle que, plus il y a d'employés sur le terrain interviewés, plus il y a de chances d'obtenir des « je ne sais pas ».

L'organisme N° 2, comme son positionnement dans le cycle l'indique, a reçu le questionnaire à la suite des sessions de développement des capacités. Cela pourrait expliquer le faible taux de « je ne sais pas » dans ce cas. Par contre, ce résultat ne laisse pas sous-entendre l'adoption ou l'institutionnalisation des concepts. Ici, l'analyse des « je ne sais pas » en relation avec le positionnement de l'organisme dans le cycle est importante. En effet, selon les informations que nous avons sur cet organisme, il y a eu un bon transfert d'information, mais une faible application des concepts pour l'instant..

**Figure 16 Distribution des organismes dans les étapes de l'intervention en relation au taux de « je ne sais pas »**





L'organisme N° 3 pour sa part a été sondé à la suite d'une visite simulée et affiche un taux de « je ne sais pas » de 7,62 %. Ce pourcentage est inférieur à celui de l'organisme N° 1 et plus élevé que celui de l'organisme N° 5, ce qui pourrait s'expliquer par son positionnement dans le cycle.

Selon nous, certains organismes qui débutent comme le N° 1 ont une très bonne perception de leur situation avant d'amorcer un processus d'agrément. Toutefois, lorsqu'ils se voient comparés une première fois à un cadre normatif (lors de la première étape) et prennent connaissance du rapport, c'est un retour à la réalité qui est parfois désillusionnant.

L'étape de l'éducation et du développement des capacités est en mesure de répondre à des centaines de questions d'ordre conceptuel et procédural. Au début de l'autoévaluation, plusieurs questions se posent sur le plan organisationnel. Nous aurons l'occasion d'évaluer plus loin l'effet de l'autoévaluation et de corriger nos présuppositions, le cas échéant.

L'organisme N° 5 a terminé deux cycles complets d'agrément. Il affiche un niveau de « je ne sais pas » de 6,38 %. Ce taux est dans la normale observée dans la littérature. Il enregistre néanmoins un pourcentage plus élevé que les organismes N° 2 et N° 4 et des pourcentages plus bas que les organismes N° 1 et N° 3, qui n'ont pas terminé le cycle.

Il est difficile de tirer de cette analyse des conclusions. L'organisme N° 1 se distingue parce qu'il n'a pas entrepris son cycle d'agrément. L'organisme N° 2 ont probablement bénéficié de la formation, ce qui expliquerait le faible taux de « je ne sais pas », et que le phénomène observé dans l'organisme N° 4 ne pourra s'expliquer que par une analyse plus approfondie.

Notre deuxième analyse (analyser les taux de « je ne sais pas » par organisme et par catégorie d'emploi) permettra, grâce à la structuration du

questionnaire, d'identifier les domaines et les catégories d'emploi qui se distinguent par leurs réponses. Elle permettra de mieux comprendre ce qui distingue l'organisme № 4 des autres et d'identifier, le cas échéant, d'autres phénomènes émergents.

L'analyse du tableau 25 se fait de la façon suivante : À gauche, on y retrouve les organismes étudiés et les quatre catégories d'emploi. Les lignes identifient le pourcentage de « je ne sais pas » pour chacun des domaines par catégorie d'emploi. À la fin de chaque ligne apparaît le taux global de « je ne sais pas » par catégorie d'emploi. La première colonne représente le nombre de répondants par catégorie d'emploi. Les colonnes suivantes représentent les huit différents domaines utilisés par le questionnaire. La dernière ligne de gauche pour chaque organisme montre le taux global de « je ne sais pas » pour chacun des domaines selon toutes les catégories d'emploi dans l'organisme.

**Tableau 25** **Tableau d'analyse des « je ne sais pas » par domaines, par organismes et par catégorie d'emploi**

Domaines hôpital&catégorie	N° Répondant	Leadership Missing %	Processus Missing %	HR-formation Missing %	Planning Missing %	G_info Missing %	Client Missing %	Innovation Missing %	Fournisseur Missing %	Taux /Catégorie
<b>Organisme N°1</b>										
Non médicale	130	17.40%	25.13%	18.46%	19.49%	15.13%	19.81%	12.82%	29.23%	18.60%
Infirmière	175	5.43%	4.38%	5.14%	4.95%	4.00%	5.43%	5.14%	21.14%	5.63%
Paramédicale	43	3.49%	5.43%	4.65%	0.78%	2.33%	2.91%	3.88%	18.60%	3.88%
Médecin	47	4.79%	9.22%	8.51%	4.26%	4.96%	5.32%	3.55%	17.02%	5.91%
<b>Taux/domaine</b>		<b>9.08%</b>	<b>11.90%</b>	<b>9.87%</b>	<b>9.20%</b>	<b>7.59%</b>	<b>9.87%</b>	<b>7.34%</b>	<b>23.04%</b>	<b>9.74%</b>
<b>Organisme N°2</b>										
Non médicale	5	7.50%	6.67%	10.00%	0.00%	26.67%	15.00%	13.33%	0.00%	10.37%
Infirmière	49	2.81%	2.04%	0.00%	3.40%	1.36%	2.55%	0.68%	12.24%	2.49%
Paramédicale	14	7.14%	14.29%	0.00%	16.67%	4.76%	12.50%	7.14%	7.14%	8.99%
Médecin	11	6.82%	9.09%	4.55%	0.00%	3.03%	9.09%	6.06%	18.18%	6.40%
<b>Taux/domaine</b>		<b>4.43%</b>	<b>5.49%</b>	<b>1.27%</b>	<b>5.06%</b>	<b>3.80%</b>	<b>6.01%</b>	<b>3.38%</b>	<b>11.39%</b>	<b>4.69%</b>
<b>Organisme N°3</b>										
Non médicale	33	14.39%	14.14%	10.61%	9.09%	12.12%	12.88%	11.11%	27.27%	13.13%
Infirmière	27	3.70%	8.64%	7.41%	1.23%	0.00%	0.93%	0.00%	18.52%	3.57%
Paramédicale	16	2.34%	8.33%	3.13%	2.08%	0.00%	1.56%	6.25%	12.50%	3.47%
Médecin	11	5.68%	18.18%	13.64%	0.00%	3.03%	6.82%	0.00%	27.27%	7.07%
<b>Taux/domaine</b>		<b>7.76%</b>	<b>11.88%</b>	<b>8.62%</b>	<b>4.21%</b>	<b>4.98%</b>	<b>6.32%</b>	<b>5.36%</b>	<b>21.84%</b>	<b>7.62%</b>
<b>Organisme N°4</b>										
Non médicale	18	0.00%	0.00%	2.78%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.21%
Infirmière	37	5.41%	3.60%	4.05%	1.80%	5.41%	5.41%	3.60%	10.81%	4.70%
Paramédicale	34	6.99%	1.96%	4.41%	5.88%	1.96%	2.94%	2.94%	14.71%	4.79%
Médecin	21	6.55%	6.35%	4.76%	9.52%	6.35%	8.33%	9.52%	9.52%	7.41%
<b>Taux/domaine</b>		<b>5.23%</b>	<b>3.03%</b>	<b>4.09%</b>	<b>4.24%</b>	<b>3.64%</b>	<b>4.32%</b>	<b>3.94%</b>	<b>10.00%</b>	<b>4.51%</b>
<b>Organisme N°5</b>										
Non médicale	36	17.71%	24.07%	19.44%	14.81%	15.74%	13.89%	11.11%	30.56%	17.18%
Infirmière	285	3.90%	3.63%	5.61%	1.17%	2.11%	3.86%	1.99%	13.68%	3.64%
Paramédicale	27	12.04%	17.28%	7.41%	8.64%	6.17%	13.89%	6.17%	37.04%	11.80%
Médecin	36	11.81%	16.67%	23.61%	12.96%	11.11%	11.11%	8.33%	22.22%	13.17%
<b>Taux/domaine</b>		<b>6.51%</b>	<b>7.73%</b>	<b>8.72%</b>	<b>4.08%</b>	<b>4.51%</b>	<b>6.18%</b>	<b>3.73%</b>	<b>17.71%</b>	<b>6.38%</b>

Au premier coup d'œil, on constate que le domaine qui présente le plus haut taux de non-réponse est celui de la gestion des fournisseurs. Il a été évalué à l'aide de la question 25 de l'outil de Counte et Meurer. Cette question cherche à mesurer si les répondants ont la perception que l'organisme a un processus de sélection des fournisseurs qui se base sur d'autres attributs que celui du prix. Le taux de « je ne sais pas » varie entre 10 % et 27 %. Ce résultat n'est pas surprenant. Le questionnaire était administré uniquement aux employés qui travaillent sur le terrain qui, selon nous, ignoraient la réponse et ont honnêtement répondu qu'ils ne le savaient pas. Cet état de fait soulève des questions. Les attentes sont-elles à l'effet qu'ils sachent la réponse à cette question? Est-ce une priorité en gestion de la qualité de connaître les critères de sélection des fournisseurs? Nous aurons l'opportunité d'en discuter ultérieurement avec les auteurs du questionnaire.

Un autre phénomène intéressant apparaît relativement aux catégories d'emploi. Plus spécifiquement, celle du personnel non médical où l'on retrouve le plus grand nombre de « je ne sais pas » sauf dans le cas de l'organisme qui fait l'objet de notre étude (N° 4). Par ailleurs, on doit se demander pourquoi ce dernier groupe de répondants affiche le taux global de « je ne sais pas » le plus bas (0,21 %) soit un taux presque nul comparativement aux autres catégories d'employés dans l'établissement.

Soulignons que l'organisme étudié affiche, tous organismes confondus, le taux le plus bas de « je ne sais pas », non seulement au total (4,51 %) , mais également pour ce qui est de son personnel non médical (0,21 %) et pour ce qui est du domaine des processus (3,03 %). Nous sommes donc heureux de constater que, puisque ce domaine concerne particulièrement l'évaluation des concepts de multidisciplinarité dans l'organisme, la diffusion de l'information y a été transférée d'une façon plus uniforme comparativement aux autres établissements. Ce constat sur la multidisciplinarité s'appuie sur deux sources d'information différentes (qualitative et quantitative) et trois analyses différentes.

Premièrement, au cours de nos entrevues qualitatives, 88 % (30) des participants ont mentionné que le processus d'agrément leur avait permis de mieux s'intégrer dans l'organisme et 3 participants avaient une opinion mitigée. Un seul participant n'a pas mentionné d'effet concluant à une meilleure intégration. En poursuivant le codage dans cette catégorie, nous avons réalisé que de ces 30 participants, la moitié ont mentionné que le travail d'équipe était la cause de cette nouvelle intégration multidisciplinaire.

**Citation 1**

*Before, we wouldn't mix the nurse and the doctors, we didn't have any team meeting, but this time, following the accreditation process, we have good communication. We have meetings, and we have the teamwork.*

**Citation 2**

*Before, we are only concentrated in Nursing Department, and after the accreditation, we have team committees, so I am integrated now with non-medical events.*

L'analyse du discours laisse transparaître un abaissement des barrières interdépartementales entre médecins et infirmières et entre infirmières et personnel non médical. L'effet des rencontres en équipe ou en comité est non négligeable sur le processus de disparition des silos départementaux et du transfert homogène de l'information.

Deuxièmement, à l'analyse des « je ne sais pas », on constate au tableau 26 que l'organisme étudié affiche les écarts les moins importants tant pour les domaines que pour les catégories d'emploi. Ceci pourrait s'expliquer par une distribution plus uniforme des savoirs dans cet organisme comparativement aux autres établissements.

**Tableau 26 Analyse des variations minimum/maximum des taux de « je ne sais pas » par catégorie d'emploi et par domaine**

	Minimum	Maximum	Écart
<b>Organisme N° 1</b>			
Catégorie	3,88%	18,60%	14,73%
Domaine	7,34%	23,04%	15,70%
<b>Organisme N° 2</b>			
Catégorie	2,49%	10,37%	7,88%
Domaine	1,27%	11,39%	10,12%
<b>Organisme N° 3</b>			
Catégorie	3,47%	13,13%	9,66%
Domaine	4,21%	21,84%	17,63%
<b>Organisme N° 4 (Site à l'étude)</b>			
Catégorie	0,21%	7,41%	<b>7,20%</b>
Domaine	3,03%	10,00%	<b>6,97%</b>
<b>Organisme N° 5</b>			
Catégorie	3,64%	17,18%	13,54%
Domaine	3,73%	17,71%	13,98%

Troisièmement, nous avons effectué, dans le cas de l'organisme à l'étude, une analyse des corrélations entre les domaines du questionnaire, voir l'analyse de corrélation du tableau 27 Nous avons observé que la corrélation totale la plus élevée concerne le leadership (0,9351).

**Tableau 27 Analyse des corrélations dans l'organisme à l'étude**

	Total	leadership	Processus	RH-Formation	Planification	Gestion information	Client	Innovation	Fournisseur
Total	1.0000	<b>0.9351</b>	0.8234	0.5912	0.8864	0.8172	0.8587	0.8813	0.6842
Leadership	0.9351	1.0000	0.7458	0.4566	0.7782	0.6915	0.7430	0.8116	0.6171
Processus	0.8234	0.7458	1.0000	0.4465	0.7286	0.5973	0.6617	0.6477	0.5311
RH formation	0.5912	0.4566	0.4465	1.0000	0.4798	0.4818	0.4709	0.5184	0.3704
Planification	0.8864	0.7782	0.7286	0.4798	1.0000	0.7237	0.7223	0.7462	0.6733
Gestion information	0.8172	0.6915	0.5973	0.4818	0.7237	1.0000	0.6534	0.7509	0.4967
Client	0.8587	0.7430	0.6617	0.4709	0.7223	0.6534	1.0000	0.6957	0.5426
Innovation	0.8813	0.8116	0.6477	0.5184	0.7462	0.7509	0.6957	1.0000	0.5601
Fournisseur	0.6842	0.6171	0.5311	0.3704	0.6733	0.4967	0.5426	0.5601	1.0000

L'organisme affiche également une corrélation intéressante entre le leadership et le domaine des processus soit 0,7458. C'est ce domaine qui touche principalement la mesure des perceptions des phénomènes multidisciplinaires dans l'organisme. Ce résultat révèle qu'un leadership fort en gestion de la qualité aura des effets bénéfiques sur la performance des autres domaines. L'analyse du tableau démontre une corrélation très intéressante entre le domaine du leadership et le domaine des processus qui englobe la notion de multidisciplinarité.

Notre revue de la documentation a également permis de lire les rapports des visiteurs du CCASS; nous avons retenu un segment présenté ci-dessous qui démontre les efforts consentis par les gestionnaires de l'organisme. Nous aurons l'occasion d'explorer plus en détail si ces efforts ont donné des résultats dans l'analyse du niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité.

<b>Documentation1</b>	The leadership and partnerships team demonstrated its leadership and commitment to quality improvement and has assumed a leadership role in change management within the organization. It is committed to improve communication and accountability within the organization. It has established a clear vision of the future and the new strategic direction that will guide the future development of the organization.
-----------------------	---

Il appert que l'organisme à l'étude a acquis des connaissances sur les concepts de la multidisciplinarité mesurés dans le questionnaire et cela de façon plus uniforme que les autres organismes. Il a su promouvoir les notions de multidisciplinarité de façon plus efficace, notamment par une meilleure diffusion de l'information ou par une meilleure implication du personnel non médical tel qu'illustré au tableau 25.

#### **6.2.1.2 Synthèse des analyses du développement de capacités individuelles au niveau cognitif**

Aux fins de synthétiser l'effet de l'agrément sur le développement des capacités individuelles au niveau cognitif, nous avons construit un tableau qui démontre, selon notre échelle (voir tableau 28) notre perception des résultats de l'intervention sur les effets escomptés.

Après chacun des tableaux synthèse, nous effectuons des recommandations pour optimiser dans le futur l'implantation de l'intervention dans les organismes utilisateurs.

Notre analyse nous porte à croire que l'agrément est une intervention très efficace qui encourage la participation à de nouvelles formations et à la formation continue dans l'organisme étudié. Cette formation est très motivante et mobilise les troupes pour des raisons différentes, mais plus souvent en réponse à des besoins personnels.

Les gens ont développé de nouvelles habiletés principalement dans les domaines de la gestion, de la qualité et de nouvelles pratiques cliniques.

L'autoévaluation est l'étape du processus qui, selon la perception des répondants, génère le plus d'apprentissages. Il semble que l'autoévaluation incite les individus à cheminer dans l'évolution de l'atteinte de leur besoin selon l'approche de Maslow. L'intervention, plus spécifiquement l'autoévaluation, semble offrir une opportunité de mise à niveau des besoins individuels dans l'organisme. L'autoévaluation est l'occasion d'une autocritique collective qui favorise la satisfaction des besoins d'appartenance, des besoins d'estime de soi et d'actualisation. Il appert que l'autoévaluation est un processus qui pousse l'individu à développer son sentiment d'appartenance à un groupe. Ce sentiment devrait générer des changements d'émotion et un sentiment de réalisation. La prochaine section pourra nous éclairer davantage et valider certaines de nos présuppositions.

L'analyse des « je ne sais pas » est une source d'information intéressante pour l'analyse des perceptions à l'égard de la maîtrise des concepts fondateurs de la gestion de la qualité. Pour ce faire, l'outil doit être administré au plus grand nombre possible d'intervenants dans l'organisme. On doit s'attendre à ce que les organismes qui démarrent dans le processus aient un taux de « Je ne



sais pas » plus élevé que les autres, que ce taux accusera ensuite une baisse suite aux formations et qu'il aura de nouveau une tendance à la hausse lors de l'autoévaluation pour enfin atteindre un niveau acceptable entre 5 % et 6 %.

L'étude des écarts entre les domaines et les catégories d'emploi nous informe sur la diffusion de l'information des concepts de qualité dans l'organisme à l'étude.

Finalement, nous pouvons formuler l'hypothèse que l'organisme a acquis des connaissances sur les concepts de la multidisciplinarité et cela de façon plus uniforme que les autres établissements. Les promoteurs internes de l'agrément ont su transférer les notions de multidisciplinarité d'une façon plus efficace, notamment par la diffusion d'information au personnel non médical, mais il reste à savoir si ces acquis ont été mis en application.

**Tableau 28 Analyse des effets de l'agrément sur les changements cognitifs (Processus d'apprentissage et d'acquisition de nouvelles connaissances)**

Effets escomptés		
Participation à de nouvelles formations	Participation à la formation continue	Acquisition de nouvelles habiletés
++	+	+
++ très efficace + efficace +- réaction mitigée - inefficace -- effet nuisible		

<b>Niveau de compréhension des effets</b>	<b>Définition des niveaux de compréhension des effets</b>
Très efficace	Présence de preuves solides avec une influence significative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Efficace	Présence de preuves avec une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Réaction mitigée	Présence de preuves « porte-à-faux » avec lesquelles il est impossible de juger objectivement la production des effets
Inefficace	Aucune preuve mesurée
Effet nuisible	Présence de preuves avec une influence négative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités

#### **Stratégie d'implantation de l'intervention**

L'introduction du plan de formation doit favoriser les travaux d'équipe. La formation est une étape motivante et mobilisatrice qui rend le contexte interne favorable aux changements et aux transferts des connaissances.

#### **Stratégie d'implantation de l'intervention**

L'étape d'autoévaluation procure un environnement propice au développement des capacités individuelles. Il permet l'introspection et encourage l'autodiagnostic, en plus de mettre à la disposition des individus un environnement propice à la satisfaction des besoins. C'est une étape de prévention des syndromes organisationnels et de gestion des risques.

#### **Stratégie d'implantation de l'intervention**

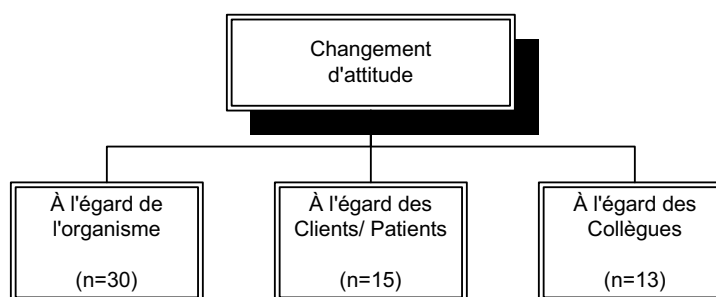
Lors de l'introduction de l'intervention, la participation du personnel non médical assure une meilleure diffusion de l'information des concepts de qualité et favorise les comportements multidisciplinaires.

## 6.2.2 L'AGRÈMENT ET LES CHANGEMENTS AFFECTIFS

Cette section cherche à découvrir si depuis l'introduction de l'intervention, l'attitude<sup>E</sup>, les sentiments et les émotions<sup>F</sup> des participants ont changé. Notre source d'information est principalement qualitative. À l'aide d'entrevues semi-structurées, nous avons tenté de faire émerger les changements d'attitude et d'émotion envers l'organisme étudié (le savoir être). Dans le cas d'une réponse affirmative, nous avons poussé notre investigation sachant que le contexte et la culture ne sont pas toujours favorables au partage de ce genre d'information. De plus, nous avons cherché à comprendre dans quelles catégories pourront se classifier ces changements, le cas échéant.

### 6.2.2.1 Changement d'attitude envers l'organisme

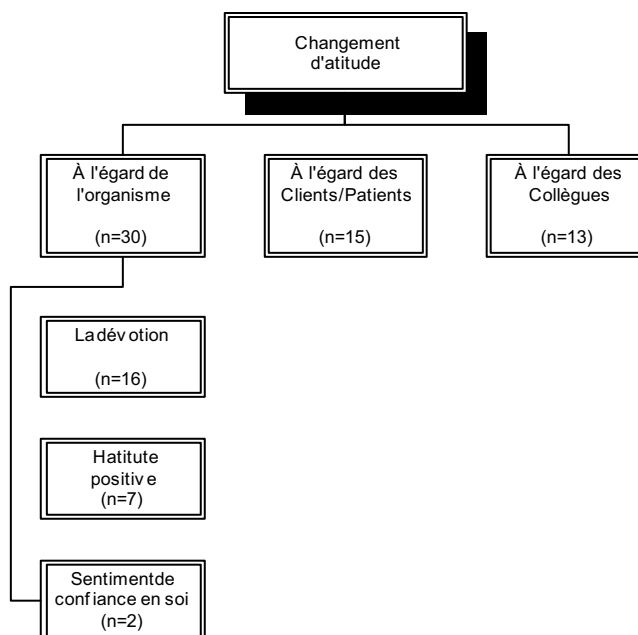
Le premier segment étudié fait référence aux changements d'attitude envers l'organisme et l'analyse des facteurs sous-jacents. Selon nous, les changements sont de trois types : les changements d'attitudes envers les clients, les collègues et l'organisme.



<sup>E</sup> Conduite que l'on adopte dans un milieu déterminé. Attitude choquante, provocante, rationnelle, résolue, sceptique, triomphaliste, odieuse.

<sup>F</sup> Trouble, agitation qui est momentanée, souvent impulsive, provoquée par un intense sentiment de joie, de peur, de surprise, qui peut occasionner de l'agitation, certains malaises et certains phénomènes physiques.

Selon l'analyse du discours, ce sont les changements à l'égard de l'organisme qui ressortent le plus chez les participants (n=30). Ils se divisent par ailleurs en trois sous catégories, la dévotion (n=16), une attitude positive (n=7) et la confiance en soi (n=2).



À noter avant tout que 53 % des répondants (n=16) qui ont changé leur attitude envers l'organisme disent avoir modifié leur attachement (dévotion) à celui-ci.

<p><b>Citation 1</b> (médecin)</p>	<p><i>Since day 1, I'm really concerned about this organization, and I'm trying to do my best, and I'm really attached and committed to it, and , day after day it is becoming more.</i></p>
<p><b>Citation 2</b> (infirmière)</p>	<p><i>Since I become more responsible, I am more devoted to my work, and to the employer.</i></p>

<p><b>Citation 3</b> (non médical)</p>	<p><i>Well the first 5 years, I was coming to work to punch in and out. Now, I like it very much and appreciate my work all the time; it's fun. It changed me because now I'm very responsible and punctual. I learn a lot during the meetings. I get here 5 minutes before and I am disciplined.</i></p>
<p><b>Citation 4</b> (paramédical)</p>	<p><i>I feel positive related to the organization. Now, I feel I have to be one of them.</i></p>

Afin de mieux comprendre les phénomènes émergents sur la dévotion, nous avons étudié le nombre de citations en relation avec certaines caractéristiques des personnes. À l'analyse du tableau 29, on observe que les groupes des 36 à 40 ans (n=4 sur 7) et des < 30 ans (n=2 sur 3) affichent des taux de réponse plus élevés que les autres pour ce qui est de leur changement d'engagement envers l'organisme. Le groupe des  $\geq 50$  ans affiche le taux le plus faible (n=2 sur 6). Les changements reliés à l'engagement organisationnel sont signalés plus positivement par les Syriens (n=3 sur 4), les Jordaniens (n=2 sur 3) et les Philippins (n = 6 sur 14). Il appert que les femmes affirment dans une plus grande proportion que les hommes leur dévotion à l'organisme (n=9 vs n=7). On observe également un phénomène intéressant, sur le plan des années de service. Les employés de  $\leq 5$  ans de service ont signifié plus positivement leur changement d'attachement (n=5 sur 7) ou leur dévotion à l'organisation. Les employés qui ont entre 6 et 9 ans de service l'ont également démontré, mais dans une plus faible proportion (n=7 sur 13). Du point de vue des différentes catégories d'emploi, on observe un taux plus élevé chez le personnel paramédical (n=6 sur 10). Le taux le plus faible est chez les médecins (n=3 sur 8).

**Tableau 29** Changement d'attitude «attachement organisationnel»

<b>Groupe d'âge</b>	≤ 30	31 - 35	36 - 40	41 - 50	> 50			
Total	3	8	7	10	6			34
<b>Citations</b>	2	3	4	5	2			16
<b>Taux</b>	66,7%	37,5%	57,1%	50,0%	33,3%			
<b>Ethnicité</b>	Philippins	Égyptien	Jordanien	Saoudien	Syrien	Indien	Autres	
Total	14	5	3	3	4	3	2	34
<b>Citations</b>	6	2	2	1	3	1	1	16
<b>Taux</b>	42,9%	40,0%	66,7%	33,3%	75,0%	33,3%	50,0%	
<b>Sexe</b>	Homme	Femme						
Total	20	14						34
<b>Citations</b>	7	9						16
<b>Taux</b>	35,0%	64,3%						
<b>Années de services</b>	≤5	6 à 9	10 à 14	> 15				
Total	7	13	8	6				34
<b>Citations</b>	5	7	3	1				16
<b>Taux</b>	71,4%	53,8%	37,5%	16,7%				
<b>Occupation</b>	Infirmière	N. médical	Médecin	Paramédical				
Total	11	5	8	10				34
<b>Citations</b>	5	2	3	6				16
<b>Taux</b>	45,5%	40,0%	37,5%	60,0%				

Il est intéressant de se pencher davantage sur les variables qui affichent les taux les plus bas. L'attachement organisationnel est sans aucun doute un des résultats escomptés de l'agrément. Dans le contexte étudié, on apprend que les individus de 50 ans et plus, probablement des hommes, avec plus de 10 années de service et majoritairement des médecins et du personnel non médical, ont, avec plus de réserve, affirmé leur attachement envers l'organisme.

Deuxièmement dans la catégorie des attitudes positives, 7 des 30 participants (23 %) ont affirmé avoir une attitude plus positive envers l'organisme.

<b>Citation 1</b>	<i>Before it was just boring, only the day-to-day, everyday the same thing, you take an interest in solving the problems. Now we can distribute the work so you don't only come to the hospital daily with the same problem and the same employee.</i>
-------------------	--

<b>Citation 2</b>	<i>My contract in the beginning was 2 years, and then I decided to remain because of the changes that we have had...</i>
<b>Citation3</b>	<i>Really we saw some changes after starting to have our accreditation. Really there are some good changes.</i>

Selon l'analyse des variables confondantes dans le tableau 30, on constate que les commentaires positifs proviennent majoritairement des hommes âgés de 41 à 50 ans (n=4 sur 10).

**Tableau 30 Changement d'attitude « positive »**

Groupe d'âge	≤ 30	31 - 35	36 - 40	41 - 50	> 50		34	
	Total	3	8	7	10			6
<b>Citations</b>	1	1	1	4	0		7	
<b>Taux</b>	33,3%	12,5%	14,3%	40,0%	0,0%			
Ethnicité	Philippins	Égyptien	Jordanien	Saoudien	Syrien	Indien	Autres	34
	14	5	3	3	4	3	2	
<b>Citations</b>	2	3	0	1	1	0	0	7
<b>Taux</b>	14,3%	60,0%	0,0%	33,3%	25,0%	0,0%	0,0%	
Sexe	Homme	Femme					34	
	6	14						
<b>Citations</b>	6	1					7	
<b>Taux</b>	100,0%	7,1%						
Années de services	≤5	6 à 9	10 à 14	> 15			34	
	7	13	8	6				
<b>Citations</b>	2	2	3	0			7	
<b>Taux</b>	28,6%	15,4%	37,5%	0,0%				
Occupation	Infirmière	N. médical	Médecin	Paramédical			34	
	11	5	8	10				
<b>Citations</b>	1	1	2	3			7	
<b>Taux</b>	9,1%	20,0%	25,0%	30,0%				

En considérant les deux analyses, on constate encore une fois que les individus de >50 ans (n=0 sur 6), et ceux avec plusieurs années de service (>15 ans) (n=0 sur 6) sont demeurés muets à cet égard. Selon nous, il s'agit d'un groupe à cibler pour assurer une implantation et une institutionnalisation efficaces. Nous sommes d'avis qu'une attitude plus positive envers l'organisme

est une étape cruciale vers un attachement plus formel. De plus, seulement 6 infirmières sur un potentiel de 11 (54 %) ont fait mention d'un changement d'attitude envers l'organisme. Elles représentent un groupe imposant de ressources humaines (33% 326/≈1000), et y initier des changements d'attitude s'avère essentiel.

Selon notre codage, quatre autres participants avaient des opinions différentes. Pour un, la situation est demeurée la même (Citation 1), pour un autre, la situation se détériore (Citation 2).

<b>Citation 1</b>	<i>I never changed my attitude, because it is commitment to the patient, not really to the hospital, but to the patient.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>I would say what I don't like is, because we lack staff. Before I came here, we used to have 5 GP on the morning shift. We can give quality care to the patients. Now we have three. So I want the hospital to improve.</i>

Troisièmement, il nous paraît important d'examiner le dernier type de changement d'attitude à l'égard de l'organisme, la confiance en soi qui a été mentionnée par deux participants.

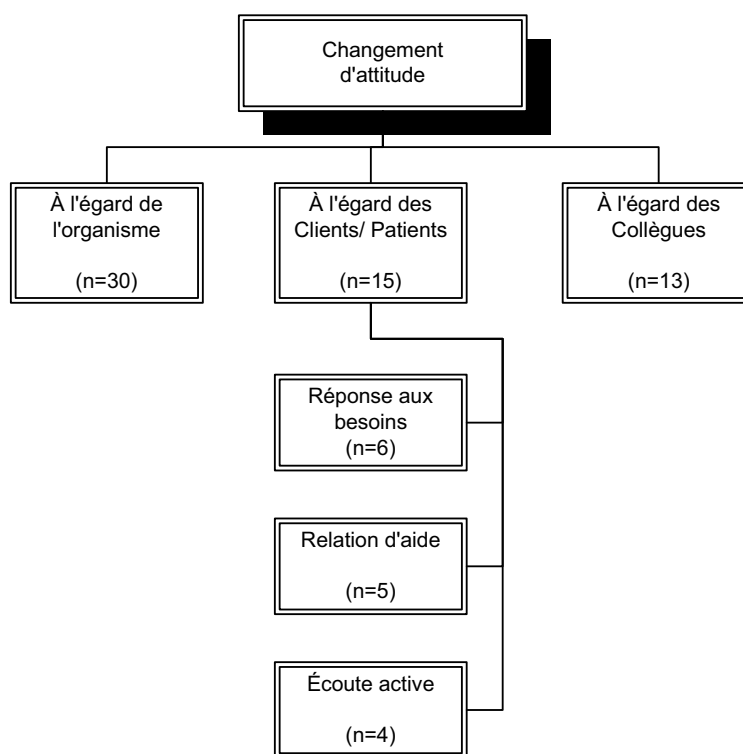
<b>Citation 1</b>	<i>Yes, because gaining more knowledge, then, you gain more confidence.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>I was scared if I have a critical case in [...] I will panic. So immediately, I will call the specialist or the consultant to come and help me. Now, I think I have more confidence in myself, and I can receive the critical case, and I can start the management</i>



Nous sommes d'avis que ces citations démontrent une certaine efficacité des formations récemment offertes par l'organisme. Elles seront sans aucun doute reprises lors de l'analyse des changements comportementaux. Nous constatons par l'analyse du discours une fierté chez l'individu qui laisse sous-entendre un changement d'attitude, plus spécifiquement la citation 2.

### 6.2.2.2 Changement d'attitude envers les clients

Dans le domaine de l'agrément, les changements positifs d'attitude à l'égard des clients sont fortement valorisés. Lorsque nous avons demandé aux interviewés de mentionner s'ils avaient changé leur attitude à l'égard des patients, 25 personnes ont pris position, dont 5 étaient du personnel non médical. Des 25 répondants, 60 % (n=15) ont démontré par leur discours un changement envers leur client, plus spécifiquement et en proportion égale au niveau de la relation d'aide, de la compréhension et de l'écoute des besoins du client.



<b>Citation 1</b>	<i>Really everything changes, big change. I am now more patient than before (she is laughing), yeah, and I am more understanding now, especially emotionally to the parents, not like before.</i>
<b>Citation2</b>	<i>The patients like coming to me now, because even the employee's attitude changed to the patients. So when the employee changes their attitude to the patients it also changes the patient. They come to complain not as much as they used to be.</i>
<b>Citation2</b>	<i>For example, we now listen to what the patients needs and wants. Before we use to provide services, but without knowing much about the patient</i>

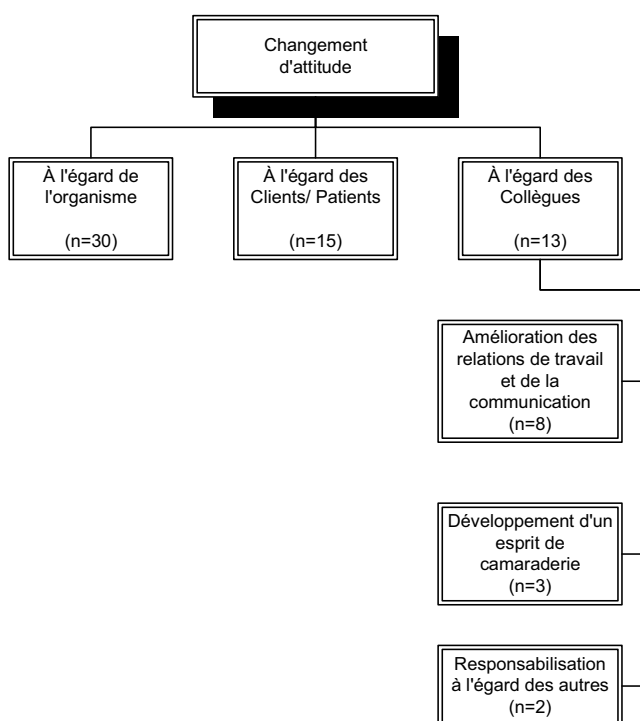
À l'opposé, 40 % (n=10) affirment n'avoir constaté aucun changement dans leur attitude à cet égard.

<b>Citation 1</b>	<i>No still the same. I am approaching the patients, and if they need something, you have to give them, because we are patient centered.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>I hope I am not changing, because as much as possible, I try my best.</i>
<b>Citation 3</b>	<i>From the beginning, I treat my clients the same professional way. It does not effect from the beginning. Now and 10 years back, it is the same.</i>

Globalement, les gens de  $\geq 15$  ans de service ont étonnamment, en comparaison avec les analyses précédentes, signifié haut et fort dans une proportion de 83 % (n=5 sur 6) un changement d'attitude à l'égard des clients. Les hommes semblent être à l'aise de démontrer ces changements d'attitude comparativement à leur faible démonstration de leur attachement à l'organisation.

### 6.2.2.3 Changement d'attitude envers les collègues

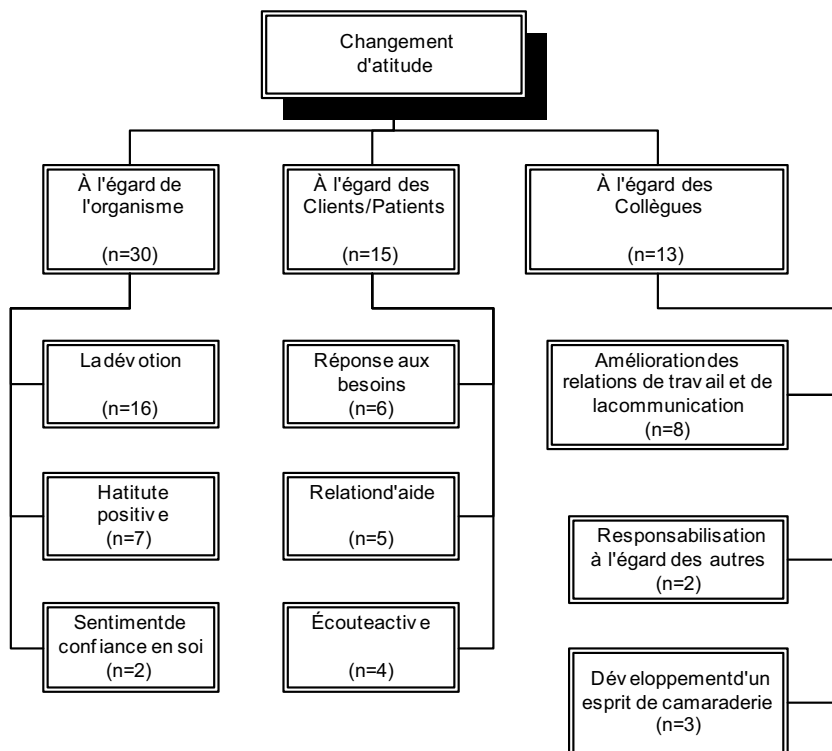
Les répondants ont aussi manifesté dans leur discours (n = 13) un changement d'attitude à l'égard de leurs collègues de travail. Principalement, ils font référence aux améliorations des relations de travail et à la communication (n=8), au développement d'un esprit de camaraderie et finalement à leur responsabilisation à l'égard des autres.



L'analyse du discours sur les relations de travail démontre, en comparaison avec les autres changements d'attitudes, un passage entre deux périodes, avant et après. Les participants font référence au contexte précédent en relation avec celui présentement vécu (Citation 1). Ils sont également très loquaces sur les interactions entre départements et l'amélioration des communications (Citation 2). Enfin, il semble également y avoir une prise de conscience de l'importance de l'écoute des autres et de la complexité des relations de travail (Citations 1 et 3).

<b>Citation 1</b>	<p><i>Towards my colleagues, I have changed. My relation with the colleagues is good compare <u>to before</u>.</i></p> <p><i><u>Before</u> I have less patience. In our department, most the employees are coming, for [...] Sometimes I forget to prepare it for them. They are very rude. I will answer them in a rude way. Now, I just calm down and I try to find the solution so they get there [...].</i></p>
<b>Citation 2</b>	<p><i>Yeah maybe within the last 2 years, there is more interaction between the doctors working in the hospital, even from the other specialities. There is more communication, especially after this accreditation, the policy and there are teams for every department. There is more interaction.</i></p>
<b>Citation 3</b>	<p><i>I try to see the reason first before judging or taking decisions. I'm not being judgemental from the beginning, or take the decision very quickly. I'm asking, reviewing, investigating, and doing more studies sensibly.</i></p>

Finally, the « attitude diagram » below summarizes the changes in attitude in the organization during the study. It shows the changes that occurred, their category and their hierarchy by the number of changes that occurred. We have inventoried more than 58 changes in attitudes in 3 categories: towards the organization, towards the clients and finally towards the colleagues. We have then identified globally nine different domains that give a more microscopic view of the change phenomena observed in the individuals brought, according to them, by the introduction of the intervention.



#### 6.2.2.4 Les changements émotifs

Les changements émotifs sont très difficiles à cerner au Moyen-Orient. L'influence des différentes cultures semble paralyser les participants face au partage de leurs émotions. Les deux interviewers ont négocié un terrain parsemé d'embûches afin d'obtenir, de « sous-tirer », des répondants les émotions qu'ils ressentaient à l'égard de l'organisme. Il va sans dire que les organismes et les gestionnaires de cette région adoptent la plupart du temps des méthodes punitives et coercitives qui ont pour effet d'inhiber les émotions et le dialogue.

Néanmoins, nous avons demandé aux participants quelles étaient leurs émotions à l'égard de leur organisation. Les émotions se caractérisent par des troubles ou agitations qui sont momentanés, souvent impulsifs, provoqués par un intense sentiment de joie, de peur ou de surprise. Lors du codage, nous avons également capturé tous les segments qui proviennent des autres questions qui laissaient transparaître des émotions. Les pseudoémotions ont également été consignées et codées.

À la lecture des transcriptions, nous avons été en mesure de cerner 41 émotions qui ont été classifiées en 7 catégories. Elles sont toutes des émotions ou pseudoémotions simples. Elles nous informent sur ce qui est important pour le participant et sur ce qu'il ressent. Nous les avons classés en deux catégories, émotions positives de satisfaction ou négatives d'insatisfaction (tableau 31).

Afin d'analyser et de classifier ces émotions, nous avons eu recours au *Guide des émotions* de Michelle Larivey, cofondatrice de Ressources en développement et co-créatrice de l'autodéveloppement, une approche thérapeutique d'orientation humaniste<sup>133</sup>. Son ouvrage nous a aidés à décrire en profondeur les émotions des gens, afin de mieux comprendre le contexte émotif des individus.

Sur les 41 émotions cernées, 31 étaient positives (76 %) et 5 étaient négatives (12 %).

**Tableau 31 Classification des émotions**

Émotion	Simple											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Positive</b> (Satisfaction)												<b>La fierté</b> (n=11)
												<b>Le plaisir</b> (n=8)
												<b>Le contentement</b> (n=8)
												<b>L'attachement</b> (n=5)
												<b>La sérénité</b> (n=4)
<b>Négative</b> (Insatisfaction)												<b>L'appréhension</b> (n=3)
												<b>L'anxiété</b> (n=2)

Parmi les 31 émotions positives, 35 % (n=11) étaient directement liées à **la fierté**. Selon Larivey, la fierté est une émotion, un sentiment par rapport à soi-même. C'est un sentiment de contentement empreint d'estime. La fierté marque la satisfaction par rapport à l'investissement personnel responsable de la réussite. On n'est jamais fier de ce qu'on a obtenu sans effort; on est tout au plus content. Les citations suivantes exposent ce sentiment de fierté.

<b>Citation 1</b>	<i>I am very flattered because I am working in an organization accredited by the Canadian health council. Maybe if I ever go outside later on, I can say that I've been working in an accredited organization.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>So I am fortunate. If I leave the hospital, I will not be searching for another hospital in the region; I will go back to where I lived. So I'm proud to work here,</i>

Par ailleurs certains des répondants (n=8) ont exprimé du **contentement**, une émotion qui traduit la satisfaction. Elle traduit plus particulièrement la satisfaction par rapport à quelque chose de voulu, de désiré : être satisfait du but atteint, de l'effort accompli qui a permis de réussir, du désir comblé. Le contentement rend compte du fait que j'ai réussi à faire ou à obtenir quelque chose qui a de l'importance.

<b>Citation 1</b>	<i>I am now happier as a result of accreditation. Our hospital is performing better and this makes us feel happier</i>
-------------------	--

Un nombre égal (n=8) de répondants ont exprimé un certain plaisir lors de la démarche d'agrément. Selon l'auteure, le plaisir est le nom générique de la satisfaction d'un besoin physique, affectif ou intellectuel ou encore de l'exercice harmonieux d'une fonction vitale. À l'autre extrémité du continuum de

satisfaction, c'est le déplaisir (malaise, mécontentement, désagrément...). Nous éprouvons du plaisir lorsqu'un besoin est comblé. Le plaisir est plus ou moins grand ou intense, selon l'importance du besoin ou de la tendance et le degré de satisfaction de ceux-ci. Les citations suivantes nous donnent cette impression.

<b>Citation 1</b>	<i>I feel the organization is good inside. There are some improvements, not like before since I'm I was new here. There are some changes.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>So I'm here, and I know everything. Before I though it was boring. Now I feel more responsible, happier, more enjoyment, more relaxed.</i>

Enfin, en plus petit nombre, les répondants on exprimé de l'**attachement** (n=5) et de la **sérénité** (n=4). L'**attachement** est un mouvement affectif spontané vers un être qui nous procure une satisfaction. Cet attrait émotif peut s'appliquer à une personne, un objet ou même une idée. Elle se retrouve dans la même catégorie que l'amour. L'expérience inclut aussi bien de la colère ou du ressentiment qu'un sentiment de vulnérabilité. À la lecture des citations qui suivent, on prend conscience de l'émergence d'un sentiment d'appartenir ou de faire partie de quelque chose.

<b>Citation 1</b>	<i>I am treated as parts of the organization, and all my emotions wish the best for the organization that I work. I contribute as much as I can.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>Now I feel I'm also more participating in the hospital and I have to do something. [...] Now I feel it's my own hospital.</i>



**La sérénité** pour sa part est un passage d'une situation agitée à une situation qui est exempte de passion, d'angoisse et de quelque trouble que ce soit. C'est un sentiment de bien-être. Elle suppose un repos après l'effort du guerrier.

<b>Citation 1</b>	<i>It's mixed, especially since the accreditation, because we were relieved that we got the accreditation.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>There was a lot of stress during the work. You cannot relax. Now maybe it is more familiar to this organization. I can feel relaxed more than before, because I am already oriented about everything here.</i>

Le reste des émotions recensées (n=5 sur 41) sont des émotions qui révèlent de l'insatisfaction. Elles sont nettement exposées dans une proportion plus faible avec 12 % des 41 émotions répertoriées. Elles se classent sous deux catégories : l'appréhension et l'anxiété.

**L'appréhension** est une émotion d'anticipation qui s'apparente à la peur. Elle informe l'organisme d'un danger potentiel. Ce n'est pas ce qui se produit dans le présent qui représente un danger, mais ce qui pourrait survenir dans un avenir plus ou moins rapproché. La citation suivante nous donne l'impression que le répondant se sent accaparé et n'a pas l'esprit en paix.

<b>Citation 1</b>	<i>I feel that every day, every morning I'm concerned about all the staff satisfaction, patient satisfaction. I'm thinking about all people, in all aspects.</i>
-------------------	--

En dernier lieu, **l'anxiété** a été perçue dans deux cas. L'anxiété est une peur diffuse. Elle se manifeste par un malaise qui a la forme d'un léger affolement intérieur. Elle s'accompagne d'une tension physique : une constriction au creux de l'estomac ou à la gorge. Au questionnement sur quelles sont vos émotions, cette citation donne clairement l'impression mentionnée ci-dessus.

<b>Citation 1</b>	<i>I am Anxious, really I feel anxious, because with the under staff and the growing number of patients. It's my responsibility. Really I'm anxious every day how can we cope with the patients,</i>
-------------------	--

En conclusion, on observe en plus grande proportion des émotions de satisfaction à l'égard de l'organisme. Selon l'évaluation des variables confondantes, les hommes étaient plus ouverts au partage des émotions positives. Que dire? C'est le monde à l'envers... Les Philippins l'ont été également beaucoup plus que les autres ethnies. Les émotions positives (32) proviennent majoritairement (78 %) des participants âgés de 31 à 50 ans.

La fierté est l'émotion de satisfaction la plus souvent exprimée dans le discours et l'appréhension du côté de l'insatisfaction. Le plaisir et le contentement suivent de près. La sérénité exprimée par certains répondants (n=4) est une donnée intéressante. Dans ces cas, l'intervention est perçue comme passagère. Elle vient, elle dérange et puis c'est le calme après la tempête.

#### **6.2.2.5 Synthèse des analyses du développement de capacités individuelles au niveau affectif**

L'analyse des changements d'attitudes et d'émotions procure une compréhension individualisée des phénomènes observés. Nous avons l'impression de rentrer dans l'intimité des gens. En général, nous constatons que l'intervention a eu pour effet d'accroître le changement d'attitude envers l'organisme, plus particulièrement en ce qui concerne l'attachement envers celui-ci. Il appert que les jeunes recrues qui ont  $\leq 5$  (n=5 sur 7) de service ont signifié plus positivement leur attachement (71,4 %) ou leur dévotion à l'organisme. Cet état de fait concorde avec leurs émotions de fierté et de contentement. On pourrait avancer que l'intervention (agrément) a réussi à renforcer, par l'entremise du sentiment de fierté individuel, l'attachement envers l'organisme.

Sur le plan des comportements envers les clients, sur 25 répondants, 60 % (n=15) ont démontré par leur discours, un changement d'attitude envers ceux-ci et 40 % (n=10) disent ne pas avoir changé leur attitude.

Les 50 ans et plus (n=6) et les participants avec plus de 15 ans d'ancienneté (n=6) demeurent muets quant à leur changement d'attitude et d'émotion. Ils semblent former un groupe plus ou moins indifférent.

Les changements de comportements envers les collègues sont également importants. Ils démontrent une amélioration des interactions interdépartementales, l'amélioration des communications et une prise de conscience de l'importance de l'écoute de l'autre et une meilleure compréhension de la complexité journalière de leurs tâches (tableau 32).

**Tableau 32 Analyse des effets de l'agrément sur les changements affectifs (changement d'attitude et d'émotion)**

Effets escomptés		
Engagement organisationnel	Sentiment de fierté	Changement d'attitude
+	++	+
++	très efficace	
+	efficace	
+-	réaction mitigée	
-	inefficace	
--	effet nuisible	

<b>Niveau de compréhension des effets</b>	<b>Définition des niveaux de compréhension des effets</b>
Très efficace	Présence de preuves solides avec une influence significative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Efficace	Présence de preuves avec une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Réaction mitigée	Présence de preuves « porte-à-faux » avec lesquelles il est impossible de juger objectivement la production des effets
Inefficace	Aucune preuve mesurée
Effet nuisible	Présence de preuves avec une influence négative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités

#### **Stratégie d'implantation de l'intervention**

Adopter une attention particulière aux gens qui peuvent changer, les jeunes en particulier. Il ne faut pas consacrer trop d'énergie aux indifférents.

#### **Stratégie d'implantation de l'intervention**

Promouvoir les changements d'attitude envers les clients. Les professionnels de la santé (pas seulement les médecins) ont trop souvent l'impression que leurs connaissances cliniques compensent l'importance à donner à leurs relations interpersonnelles avec les collègues et les clients.

### **6.2.3 L'AGRÈMENT ET LES CHANGEMENTS COMPORTEMENTAUX**

Suite à la présentation des résultats et à l'analyse des changements cognitifs et affectifs, cette dernière section propose d'étudier les changements comportementaux. Nous aimerions comprendre si l'intervention et ses étapes influencent les changements comportementaux chez les individus. Plus spécifiquement, nous voulons évaluer si les individus ont adopté de nouveaux

comportements motivés<sup>G</sup> et s'ils appliquent l'acquisition de nouvelles connaissances.

### **6.2.3.1 Les comportements motivés**

En premier lieu, nous aborderons la notion des comportements motivés. Nous voulons cerner si l'intervention a su générer des comportements motivés. Le phénomène d'acquisition des connaissances et leur contexte peuvent, dans une certaine mesure, fournir une explication sur les comportements motivés des individus. Au total, 31 répondants ont clairement indiqué par l'affirmative qu'ils ont trouvé le processus d'acquisition des connaissances dans leur organisme motivant. Une personne était d'avis contraire en raison du manque de temps pour réaliser ses activités quotidiennes.

Plus spécifiquement, notre analyse porte à croire que les individus sont motivés dans l'intention de répondre principalement à trois besoins spécifiques, le développement personnel (n=17), l'engagement envers l'organisme (n=9), l'avancement professionnel (n=8) et l'implication personnelle (n=1). Cette analyse vient renforcer certains des concepts théoriques sur les organismes discutés précédemment, notamment la théorie d'Herzberg (4.5.3) et l'enrichissement des tâches et celle de Maslow sur la théorie des besoins et des motivations. On retrouve dans le tableau 33 qui suit une certaine hiérarchisation des besoins. Les tendances sont que, dans l'organisme, plusieurs individus tentent de répondre à des besoins qui sont davantage d'ordre personnel qu'organisationnel.

---

<sup>G</sup> Ensemble des réactions objectivement observables d'un sujet, d'un organisme qui répond à une stimulation.

**Tableau 33 Les incitatifs motivationnels**

±		<b>Nº de répondants</b>
<b>Citation 1</b>	<b><i>Développement personnel</i></b>	<b>17</b>
	<p><i>I am motivated because everyday I learn a new thing, and add to my experience.</i></p> <p><i>It gives self-confidence. I can prove to others that I can handle that. I was an ordinary staff nurse and I got to do thing like a head nurse. I can prove to myself that I can do what others can do, I can do it too.</i></p>	
<b>Citation 2</b>	<b><i>Engagement envers l'organisation</i></b>	<b>9</b>
	<p><i>The more you get the experience, the more you are more confident in your work. Your patients will trust you more. You will feel that you are more able to give them more benefit and safety.</i></p>	
<b>Citation 3</b>	<b><i>Avancement professionnel</i></b>	<b>8</b>
	<p><i>I can prove to others that we can do it, doctor and to advance my career and take steps towards better opportunities.</i></p> <p><i>Because I am planning to expand more here and I want to grow in the organisation.</i></p>	
<b>Citation 4</b>	<b><i>Implication personnelle</i></b>	<b>1</b>
	<p><i>Because I've learned something more, and I can feel that I'm part of the plan, it encourages me more to try to learn more.</i></p>	

Nous savons également que ce ne sont pas toutes les formations qui ont été influencées par l'agrément. Selon les 47 % (16/34) des répondants, 37 % ont la perception que la formation a été influencée par

l'agrément contre une proportion de 31 % qui n'avait pas cette perception. Deux participants ont répondu qu'ils ne savaient pas.

Tel que mentionné précédemment, 55 % des répondants (n=18) ont affirmé que l'autoévaluation a été l'étape la plus enrichissante et 60 % l'ont trouvée la plus agréable et la plus motivante. Pour ces raisons, nous demeurons d'avis que cette étape de l'intervention favorise la satisfaction des besoins d'appartenance, des besoins d'estime de soi et d'actualisation. Elle pousse l'individu à développer son sentiment d'appartenance à un groupe qui génère des changements émotifs.

### **6.2.3.2 L'application des nouvelles connaissances**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'apprentissage et l'application des connaissances par l'individu constituent un élément central dans le développement des capacités. Ils concernent les processus d'acquisition et de développement de nouvelles capacités à travers l'action et l'expérience. L'apprentissage apparaît comme un processus omniprésent et multiforme, aux conséquences qui ne sont pas nécessairement prévisibles. Une même situation peut modifier simultanément savoir, savoir-faire et savoir-être. Cette section s'intéresse plus particulièrement aux modifications du savoir-faire.

Dans la section sur les changements cognitifs, nous avons constaté que les individus avaient acquis de nouvelles connaissances dans plusieurs domaines et qu'ils avaient trouvé le tout motivant et mobilisant. Lors des entrevues, nous avons cherché à comprendre où et comment les participants avaient récemment appliqué les nouvelles connaissances acquises.

Premièrement, nous leur avons demandé s'ils avaient la perception d'avoir appliqué les nouvelles connaissances acquises récemment lors des sessions de formation. Selon nos analyses qualitatives, 30 participants sur 34 ont

répondu à la question (88 %). Parmi ceux-ci, 8 ont répondu par l'affirmative sans pouvoir donner des exemples et 53 % (n=16) ont été en mesure de donner des exemples concrets d'application de leur nouveau savoir-faire. Enfin, 20 % (n=6) ont confirmé ne pas avoir appliqué les connaissances acquises.

Les exemples de savoir-faire sont très diversifiés. Ceci démontre l'application et la transposition des nouvelles habiletés dans des champs très vastes dans l'organisme étudié. On retrouve une faible concentration dans deux domaines, les politiques et procédures et la gestion du personnel avec 50 % des exemples (n=8). Les citations suivantes exposent les perceptions des participants dans deux des domaines observés.

<b>Citation 1</b>	<p style="text-align: center;"><b>Politiques et procédures</b></p> <p><i>For example, before the accreditation, we did not have a policy for sedation of children less than 3 years. Now we have a policy. We implement this policy in our daily work.</i></p>
<b>Citation 2</b>	<p style="text-align: center;"><b>Gestion du personnel</b></p> <p><i>Yes applying how to resolve conflicts between colleagues. In the beginning of the accreditation, there was a lot of resistance, a lot of people, they are in their position. They will not change. They don't like to change.</i></p>

Les autres exemples d'application gravitent dans les domaines de la gestion des ressources humaines, la gestion des infections, les pratiques cliniques, la sécurité des patients, les indicateurs de performance et le travail d'équipe. Les citations suivantes les représentent.

<b>Citation 1</b>	<p style="text-align: center;"><b>Gestion des infections</b></p> <p><i>Monitoring infection control in each department, like on regulation of acquired pneumonia. They had shared to us how to monitor it, how to survey, and then I applied it, especially in the ICU.</i></p>
-------------------	---



Citation 2	Indicateurs de performance
	<p><i>Example, the performance indicator. It's really new for me. Before nobody tell us about that, no school, or high school, or university. From the accreditation education, we started to learn about the performance indicator. It gave us a good idea from those indicators that our services are high quality, or what the degree of quality is. We are reviewing all our performance indicators now [...].</i></p>

Deuxièmement, hors du contexte des sessions de formation, nous avons demandé aux participants de nous donner des exemples de ce qu'ils avaient fait tout récemment et qu'ils peuvent lier aux connaissances acquises par leur participation au processus d'agrément. Seulement 4 individus sur 34 (12 %) n'ont pas été en mesure d'identifier une activité concrète. Vingt-cinq activités, toutes différentes l'une de l'autre, ont été codifiées. Le tableau 34 illustre des exemples d'application.

**Tableau 34 Exemple des domaines d'application des connaissances relatives aux processus d'agrément**

Travailler en équipe	Résoudre des problèmes
Améliorer la qualité par le PDSA	Participer à un cours de réanimation
Amélioration du programme de gestion des infections	Sonder la satisfaction de la clientèle
Améliorer le système de triage de l'urgence	Documenter correctement les dossiers médicaux
Développer un guide sur la prématurité	Résoudre des problèmes liés à la sécurité
Rédiger une politique sur l'allaitement maternel	Réviser les politiques
Procéder à l'orientation du personnel	Rédiger une politique sur les références internes
Développer un guide de pratique clinique	Mesurer la performance
Consulter les employés pour l'achat d'un nouvel équipement	Documenter l'historique familial des clients

Troisièmement, nous avons voulu explorer un comportement en particulier, celui du professionnalisme. Le professionnalisme réfère à la qualité d'un individu qui exerce une profession, une activité avec beaucoup de compétence. L'acquisition des compétences est au cœur des changements de comportement. Nous n'avons pas la prétention de mesurer le professionnalisme, mais nous croyons que la perception de l'accroissement de celui-ci dans l'organisme par l'analyse du discours est intéressante. Son analyse en relation avec les variables confondantes pourra peut-être nous apprendre quelque chose.

Nous avons demandé aux participants de nous signifier si le processus d'agrément avait eu un impact sur leur professionnalisme. Rappelons que les participants qui ont répondu (n=25) ont mentionné précédemment dans une proportion de 40 % (n=10) ne pas avoir changé d'attitude à l'égard de leurs clients.

À l'analyse du discours, il est intéressant de constater que pour la question sur le professionnalisme, la majorité des répondants lie directement leur professionnalisme à leurs relations interpersonnelles. Autrement dit, des 13 participants qui ont été en mesure de répondre à la question et selon le codage, 11 individus ont lié l'amélioration du professionnalisme aux meilleurs rapports entre collègues de travail.

<b>Citation 1</b>	<i>I think everything became clear in my mind : how to deal with colleagues in other departments, how to deal with patients, how to apply these policies and procedures, how to take care of the patients,</i>
<b>Citation 2</b>	<i>I am more professional in dealing with the staff.</i>

Des deux autres répondants, un dit ne pas avoir changé et l'autre lie l'amélioration de son professionnalisme à sa récente application des normes.

Sur le plan des variables confondantes, on retrouve les changements dans le professionnalisme en plus grande proportion (69 %) chez les médecins (n=4) et les infirmières (n=5), ce qui est une bonne chose. Les individus qui œuvrent dans l'organisme entre six et neuf ans affichent une proportion plus grande (n=9 sur 13) des changements répertoriés. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes à ce niveau.

### **6.2.3.3 Synthèse des analyses du développement de capacités individuelles au niveau comportemental**

En conclusion, cette section évalue si les individus ont adopté de nouveaux comportements motivés et s'ils appliquent l'acquisition de nouvelles connaissances (tableau 35). Principalement, nous avons appris que le phénomène d'acquisition des connaissances et son contexte produisent des comportements motivés. Parmi les répondants, 31 ont clairement indiqué par l'affirmative qu'ils ont trouvé le processus d'acquisition des connaissances dans leur organisme motivant, et l'autoévaluation y était pour quelque chose. Leur motivation était principalement le résultat de leur désir de répondre à quatre besoins spécifiques : le développement personnel, l'engagement envers l'organisme, l'avancement professionnel et l'implication personnelle.

Par ailleurs, 53 % (16/30) des participants ont donné des exemples concrets d'application de nouveau savoir-faire comparativement à 6 participants qui disent n'avoir rien fait. L'application des connaissances a été réalisée dans des champs très vastes. En effet, 30 participants ont été en mesure de fournir des exemples de ce qu'ils avaient fait tout récemment en relation avec l'agrément et 25 activités différentes ont été codifiées. L'analyse du professionnalisme ne révèle pas de changement à l'égard des clients. Les répondants perçoivent

l'accroissement de leur professionnalisme comme la modification des pratiques de relations interpersonnelles.

**Tableau 35 Analyse des effets de l'agrément sur les changements comportementaux (Application des innovations)**

<b>Effets escomptés</b>		
Application des nouvelles connaissances	Nouvelles conduites	Motivation et mobilisation
++	+ -	+
Accroissement du professionnalisme		
+ -		
++ très efficace + efficace + - réaction mitigée - inefficace - - effet nuisible		

<b>Niveau de compréhension des effets</b>	<b>Définition des niveaux de compréhension des effets</b>
Très efficace	Présence de preuves solides avec une influence significative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Efficace	Présence de preuves avec une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Réaction mitigée	Présence de preuves « porte-à-faux » avec lesquelles il est impossible de juger objectivement la production des effets
Inefficace	Aucune preuve mesurée
Effet nuisible	Présence de preuves avec une influence négative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

Encourager la mise en œuvre et donner l'opportunité d'appliquer les connaissances acquises

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

S'assurer de développer des plans d'éducation de façons stratégiques et continues afin d'assurer une pérennité dans la motivation des employés, pas seulement durant l'intervention.

#### **6.2.4 UN RETOUR SUR LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS DU NIVEAU D'ANALYSE « INDIVIDU »**

En général, l'intervention a donné des résultats satisfaisants dans l'organisme étudié (tableau 36). Elle a su faire une contribution qui varie de très efficace à des réactions mitigées en relation avec les effets escomptés. Ses effets les plus importants se situent au niveau du processus d'acquisition des connaissances notamment pour motiver la participation à de nouvelles formations.

Il appert que l'autoévaluation est l'étape du processus qui, selon la perception des répondants, génère le plus d'apprentissages et de motivation. Il incite les individus à cheminer dans l'atteinte de leurs besoins, donne une opportunité de mise à niveau des besoins individuels dans l'organisme, fournit l'opportunité d'autocritique collective et pousse l'individu à développer son sentiment d'appartenance à un groupe.

Ces effets cognitifs semblent avoir un effet positif sur les changements affectifs des individus, plus spécifiquement à l'égard du sentiment de fierté et du changement d'attitude envers l'organisme.

Le niveau le plus faible est selon nous l'opérationnalisation des savoirs ou l'adoption de nouveaux comportements. Malgré des exemples tangibles de comportement motivé et de l'application des nouvelles habiletés, nous ne sommes pas satisfaits (Présence de preuves « porte-à-faux » ou il est

impossible de juger objectivement la production des effets) de l'adoption des nouveaux comportements et du niveau d'accroissement du professionnalisme en général. Les individus sont dans une période d'appropriation qui est clairement démontrée par une bonne compréhension des concepts de multidisciplinarité. Les répondants perçoivent l'accroissement de leur professionnalisme par la modification des pratiques de relations interpersonnelles.

En aucun temps, l'agrément ne laisse sous-entendre une réaction inefficace et même nuisible au développement des capacités individuelles.

**Tableau 36 Synthèse des effets de l'agrément sur le développement des capacités chez l'individu**

<b>Effets escomptés « changement cognitif »</b>			
Participation à de nouvelles formations	Participation à la formation continue	Acquisition de nouvelles habiletés	
++	+	+	
<b>Effets escomptés « changement affectif »</b>			
Engagement organisationnel	Sentiment de fierté	Changement d'attitude	
+	++	+	
<b>Effets escomptés « changement comportemental »</b>			
Application des nouvelles connaissances	Nouvelles conduites	Motivation et mobilisation	Accroissement du professionnalisme
++	+ -	+	+ -
++	très efficace		
+	efficace		
+ -	réaction mitigée		
-	inefficace		
--	effet nuisible		

<b>Niveau de compréhension des effets</b>	<b>Définition des niveaux de compréhension des effets</b>
Très efficace	Présence de preuves solides avec une influence significative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Efficace	Présence de preuves avec une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Réaction mitigée	Présence de preuves « porte-à-faux » avec lesquelles il est impossible de juger objectivement la production des effets
Inefficace	Aucune preuve mesurée
Effet nuisible	Présence de preuves avec une influence négative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités

### **6.3 EXPOSÉ DES RÉSULTATS DU NIVEAU D'ANALYSE « ÉQUIPE »**

Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, la notion d'équipe et de dynamique de groupe est une composante fondamentale du concept de développement des capacités. Elle fait référence à la capacité d'un groupe d'individus de bien gérer la complexité de l'agrégation. La définition que nous avons utilisée trouve son origine dans les travaux de Cohen, S. G. et Bailey<sup>134</sup>. Selon eux, une équipe est un groupe de personnes, interdépendantes dans leurs tâches, partageant la responsabilité des résultats, qui se perçoivent et qui sont perçues comme une seule entité, imbriquée dans un plus grand système social et dont les relations s'articulent autour de frontières organisationnelles.

D'entrée de jeu, nous savons que l'agrément encourage dans une large mesure le travail d'équipe. C'est d'ailleurs une finalité importante de l'intervention et très bien décrite dans le cadre logique. En surplus, Oandasan<sup>135</sup> (2006) confirme qu'un système de santé qui encourage l'efficacité du travail en équipe contribuera à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, à

veiller à la sécurité des patients, et par le fait même, diminuera les problèmes relatifs à la charge de travail qui conduit au surmenage des professionnels de la santé.

Nos analyses précédentes sont riches en information sur le sujet. En faisant un survol des sections précédentes, on se rappelle que l'autoévaluation a permis la mise en place de forums multidisciplinaires. Selon les propos des participants, le récent travail d'équipe dans l'organisme est une des causes de cette nouvelle intégration. Ils ont également mentionné avoir appliqué le travail d'équipe en relation avec l'acquisition de nouvelles connaissances relatives à l'agrément.

Dans le domaine des changements de comportements, nous savons que les changements envers les collègues de travail ont été l'une des catégories importantes répertoriées lors du codage. Ainsi, 13 des 30 participants (43 %) qui ont répondu à la question sur les changements de comportements ont admis avoir changé leur attitude à l'égard des collègues de travail. De plus, nous savons que ces changements démontrent une amélioration des interactions interdépartementales, l'amélioration des communications et une prise de conscience de l'importance de l'écoute de l'autre et une meilleure compréhension de la complexité journalière des tâches.

Finalement, l'analyse du discours sur le professionnalisme révèle que des 13 participants sur 34 (38 %) qui ont été en mesure de répondre à cette question, 11 sur 13 (85 %) ont lié l'accroissement de leur professionnalisme aux meilleurs rapports entre collègues de travail.

L'agrégation des observations précédentes n'est pas négligeable pour la démonstration des effets de l'intervention, et nous en tiendrons compte dans l'analyse finale. Par conséquent, nous allons pousser notre analyse un peu plus loin.



Nous savons que l'efficacité du travail d'équipe s'évalue entre autre en fonction de la collaboration entre les intervenants (Tableau 3). C'est le procédé par lequel il y a interaction et relation entre des professionnels de la santé. L'efficacité passe également par la capacité de l'équipe de contribuer au bien-être et à la croissance professionnelle de ses membres et est fonction de la création d'une capacité collective pérenne.

Pour étudier la présence de ces phénomènes, nous avons premièrement répertorié dans le discours les termes collaboration, contribution et travail d'équipe. Cette étape a grandement facilité le codage. Nous avons également analysé les questions qui ont été spécifiquement demandées à cet effet, notamment celles sur la communication, le développement de nouvelles relations de travail et la collaboration et l'intégration à l'organisme (Annexe 1).

### 6.3.1 LA COMMUNICATION

Lors des entrevues, nous avons demandé aux participants de nous décrire la situation actuelle dans l'organisme en matière de communication. Par la suite, nous leur avons demandé si cette situation a toujours été la même et sinon, quelles sont les explications de ces changements. Trente-trois participants ont répondu à cette question. Des gens interviewés, 88 % (n=29) ont fait clairement remarquer que la communication dans l'organisme s'était améliorée et que la situation dans l'organisme était totalement différente. À l'opposé, 10 % cent des participants (n=3) ont affirmé que la situation n'avait pas changé.

Plus spécifiquement, 5 répondants se sont limités à une simple affirmation alors que 24 autres ont été en mesure de préciser les causes de ce changement. Sur l'ensemble des gens qui ont répondu positivement (n=29), 45 % (n=13) ont dit que l'amélioration de la communication résultait de la récente implantation d'une « chaîne de commandement » (*chain of command*).

<b>Citation 1</b>	<i>The communication now in the hospital is better, because we have the organization chart, and we have the chain of command where to go, not like before.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>I think it changed a lot. I mean you cannot just go to the top. Before they can just report anything to the hospital board, before you can go up and complain to the medical affairs director, which is not professional. So now you have to follow the chain of command. There is a policy and procedure.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>The process of communication now is excellent compared to what was happening before the accreditation. This is one of the major advantages of accreditation; improve the communication across the hospital.</i>

Cette nouvelle chaîne de commandement à laquelle les répondants ont fait référence est la mise en place d'un organigramme. Cette pratique est une exigence importante des normes de leadership pour l'obtention de l'agrément (voir la norme et le critère ci-dessous).

**15.0 There are processes for organizing staff, physicians and volunteers.**

**15.1 The organizational structure and reporting relationships support efficient and effective leadership and team work throughout the organization.**

Il semble, à l'analyse du discours, que la mise en place de cette nouvelle pratique a servi à introduire des notions de respect et de clarté des rôles dans l'organisme. Il va sans dire que l'amélioration de la communication est un élément essentiel pour établir de bonnes relations de travail et que la mise en place d'une structure par le biais d'un organigramme dans l'organisme étudié a contribué à l'amélioration des communications.

La deuxième cause de changement signalée par les participants (n=6) nous indique que la fréquence des réunions d'équipe a contribué à l'amélioration de la communication. Selon notre revue de la documentation, plus de 300 rencontres d'équipe ont eu lieu au cours de la mise en place des processus d'agrément. Les équipes d'autoévaluation se sont rencontrées en moyenne à 25 reprises.

<b>Citation 1</b>	<i>The communication now it's better than before, because now we are having meetings if necessary or we have monthly meetings, where we received information, for the division. There are also monthly meetings if there is new system.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>It's better than before, because as I mentioned we have a lots of meetings, departmental, hospital-wide, we have better communication.</i>

Il est évident que pour communiquer et développer de nouvelles relations, nous devons créer des forums qui nous en donnent l'opportunité. Il appert que la fréquence des réunions d'équipe a fourni à l'organisme des opportunités d'interagir avec les autres. Mais ces forums peuvent-ils être considérés comme des équipes pour autant?

Un autre phénomène intéressant que nous avons pu observer dans notre l'analyse du discours est une démocratisation des comportements d'affirmation. Il semble que certains participants (n=5) ont grandement apprécié le fait qu'ils étaient en mesure de s'exprimer sans avoir à craindre les jugements ni les représailles. Les citations démontrent également une approche plus participative dans le processus de résolution de problème et de consultation.

<b>Citation 1</b>	<i>Before there was no communication between the staff, the communication was from the top to down, but now it's good, because we can express our concerns, our suggestions. There is a suggestion box, and they are making solutions.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>I think it is better. Staff can say many things openly. If They have suggestions. We also have a suggestion box for staff.</i>
<b>Citation 3</b>	<i>The nurses now can say easily, not like before, where they cannot tell what they need and they can not tell what they want, what the clients needs. Now, there is a process on how they will bring it to the management to protect the patient.</i>

<b>Documentation</b>	They are very proud of the shift to multidisciplinary teams. The decision making process considers input from all levels of the organization. The flow of information between the board and the organization has improved tremendously. The board regularly receives
<b>Groupe de discussion</b>	The teams are supported through monthly department meetings. The teamwork has helped to change the organizational spirit.

Globalement, nous avons la perception que la communication s'est améliorée dans l'organisme étudié. D'après les répondants, les causes ont trois sources : la formalisation de la structure organisationnelle sous forme d'organigramme, la fréquence des rencontres d'équipe qui donnent des opportunités d'interagir entre départements et la démocratisation des comportements d'affirmations.

### **6.3.2 LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES RELATIONS DE TRAVAIL ET LA COLLABORATION**

D'entrée de jeu, nous avons demandé aux participants s'ils avaient la perception que l'agrément encourage le travail d'équipe et la collaboration. Parmi les répondants, 85 % (n=29) ont répondu par l'affirmative et deux répondants ont mentionné que ce n'était pas suffisant et qu'ils avaient encore des

efforts à faire. Nous avons été en mesure de sélectionner des segments qui illustrent des exemples de collaborations entre individus et entre département.

<b>Collaboration (n=9)</b>	
<b>Citation 1</b>	<i>I really see the teamwork. We are multidisciplinary teams and we all work together. I'm working with Quality management and Human Resources.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>[...] at least from my team, they improved. We all improved together. Before it was hard, because you like to be more independent</i>
<b>Citation 3</b>	<i>Yes, because I interact with the other departments. Before, I was confined only to my department. Now I have the chance to interact with them, and share with their problems, and we share also in finding the solution.</i>

Par ailleurs, nous avons extrait du discours des exemples qui illustrent l'interaction entre individus et département.

<b>Interaction (n=13)</b>	
<b>Citation 1</b>	<i>Actually, there was no communication between the departments, for example, between the physicians within the institution. Now, we have weekly meetings. We have monthly meetings. We have daily communications with each other.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>Like sometimes you are selfish in giving this needed information, but in the accreditation, we learned how to give, and how to be part of the team.</i>

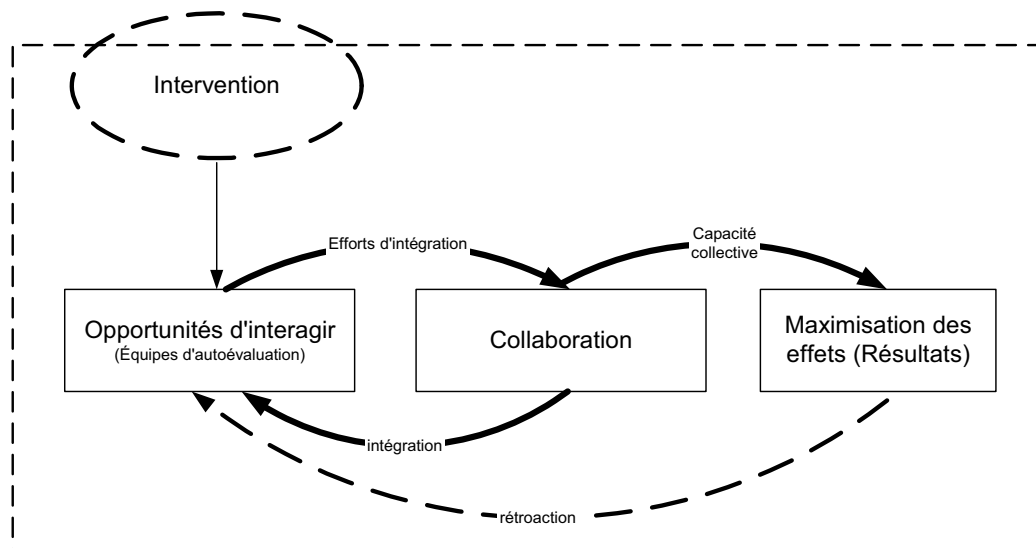
Par notre analyse du discours, nous constatons que les gens se sont ralliés à une cause, un projet ou une tâche à accomplir. Les allusions au futur et à la pérennité des équipes ne sont de toutes évidences pas limpides. Les citations indiquent une ouverture d'esprit envers les autres et les autres équipes. Cet état de

fait concorde également avec les changements d'attitude envers les collègues démontrés précédemment. De plus, nous savons à l'étude des changements cognitifs et plus spécifiquement lors de l'analyse des « je ne sais pas » que cet organisme, comparativement aux autres, a compris dans une meilleure proportion les concepts de la multidisciplinarité.

Malgré tous ces résultats positifs qui sont non négligeables, les discours donnent une impression mitigée sur la mise en place d'une force collective multidisciplinaire, et cela malgré l'acquisition de nouvelles connaissances. Notre perception est que l'agrément a procuré à l'organisme des opportunités d'interactions multidisciplinaires, mais peu de collaboration. Il y a, selon nous, une différence importante entre interaction et collaboration. L'interaction est une influence réciproque de deux choses, de deux personnes, une interaction sociale. La collaboration est une action dynamique. Le terme vient du latin *cum* qui veut dire «avec» et du mot *laborare*, qui veut dire «travailler». Ainsi, collaborer, c'est travailler avec quelqu'un et non seulement interagir avec lui. Il ne faut quand même pas négliger les efforts d'interaction, car, sans elle, il n'y aura pas de collaboration et d'action collective afin de favoriser l'atteinte de meilleurs résultats.

Pour clarifier nos idées, nous avons modélisé la figure 17 afin d'illustrer le phénomène observé. L'intervention donne à l'organisme l'opportunité d'interagir. Celui-ci doit, par des mesures d'intégration faire travailler les différents intervenants ensemble pour qu'ils collaborent, et ces collaborations procurent en retour de nouvelles opportunités d'interagir. Lorsqu'elle est se produit, la collaboration maximise le potentiel d'obtenir les effets escomptés. Les résultats obtenus créent par le fait même de nouvelles opportunités d'interagir et de collaborer.

**Figure 17 Modélisation de l'institutionnalisation des interactions et de la collaboration**



Finale­ment, nous n'avons pu obtenir que très peu d'information sur la capacité des équipes à contribuer au bien-être et à la croissance professionnelle de ses membres, ce qui peut s'expliquer par la maturité des équipes en place.

### 6.3.3 SYNTHÈSE DES ANALYSES DU DÉVELOPPEMENT DE CAPACITÉS DES ÉQUIPES

En résumé, il est clair que l'organisation a connu une transformation importante occasionnée par de nouvelles dynamiques de groupe. La majorité des sections précédentes en font foi (tableau 37). De même, l'analyse du discours a permis d'analyser et de comprendre de nouveaux phénomènes.

Comme faits saillants, il est important de se rappeler que 88 % des gens interviewés (n=29 sur 33) ont la perception que la communication dans l'organisme s'est grandement améliorée et que ce changement s'est opéré seulement depuis l'application de l'intervention. De plus, 45 % (n=13 sur 29) attribuent l'amélioration de la communication à l'implantation d'une « chaîne de

commandement », qui aurait su introduire des notions de respect et de clarté des rôles. Il appert que la fréquence des réunions d'équipe a également donné à l'organisme des opportunités d'interagir avec les autres et d'améliorer leurs communications. L'intervention aurait également, pour certains individus, démocratisé les comportements d'affirmations. Finalement, une différence importante émerge entre les concepts d'interaction et de collaboration. L'agrément a procuré des opportunités pour interagir de façon multidisciplinaire, mais a néanmoins généré peu de collaboration dans l'organisme étudié.

**Tableau 37 Analyse des effets de l'agrément sur les équipes  
(Interaction et collaboration multidisciplinaire)**

<b>Effets escomptés</b>		
Création de nouvelles interactions entre individus	Collaborations interpersonnelle et inter équipes	Création d'une capacité collective
++	+-	+-
Contribution de l'équipe au bien-être et à la croissance professionnelle de ses membres	Continuer à travailler ensemble dans l'avenir	
-	+-	
++ très efficace + efficace +- réaction mitigée - inefficace -- effet nuisible		



<b>Niveau de compréhension des effets</b>	<b>Définition des niveaux de compréhension des effets</b>
Très efficace	Présence de preuves solides avec une influence significative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Efficace	Présence de preuves avec une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Réaction mitigée	Présence de preuves « porte-à-faux » avec lesquelles il est impossible de juger objectivement la production des effets
Inefficace	Aucune preuve mesurée
Effet nuisible	Présence de preuves avec une influence négative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités

#### **Stratégie d'implantation de l'intervention**

Encourager lors de l'autoévaluation la mise en œuvre et encourager une démonstration plus robuste des exemples de collaboration en relation avec l'amélioration de la qualité des soins et service.

#### **Stratégie d'implantation de l'intervention**

S'assurer de bien démontrer aux utilisateurs la différence entre interagir et collaborer. Les équipes performantes doivent collaborer.

### **6.4 EXPOSÉ DES RÉSULTATS DU NIVEAU D'ANALYSE « ORGANISATION »**

Tel que décrit dans la section sur l'état des connaissances, les organismes ont, par le biais des individus et groupes d'individus, le potentiel de modifier leurs structures, leurs pratiques et la culture organisationnelle. En termes simples, la capacité d'un organisme est le potentiel qu'il a d'être performant – son aptitude dans un environnement donné à exploiter avec succès ses compétences et

ses ressources pour atteindre ses buts et répondre aux attentes des intervenants. Le développement des capacités vise à améliorer la performance potentielle de l'organisation, tel qu'elle transparaît dans ses ressources et sa gestion<sup>136</sup>.

Dans cette section, nous ferons appel à nos sources d'informations qualitatives et quantitatives. Les résultats seront présentés en fonction des quatre dimensions que sont : la qualité des services, la planification et la gestion, la qualité de vie au travail et, finalement, la culture organisationnelle. Pour certaines de ces dimensions, nous vérifierons leur mise en œuvre par une revue de la documentation ou des rapports sur les groupes de discussion.

#### **6.4.1 LA QUALITÉ DES SERVICES**

Cette section tente principalement d'évaluer si l'organisme a cheminé sur le plan de la qualité des soins et des services offerts. Pour faire cette évaluation, nous avons étudié le rapport d'agrément dans son ensemble parce qu'il nous fournit des exemples concrets d'avancement dans plusieurs domaines. Malheureusement, ces exemples doivent pour le moment demeurer confidentiels. Nous vous présenterons toutefois et en temps opportun des segments du rapport qui témoignent des progrès réalisés par l'organisme dans certains domaines en particulier. Nous pouvons cependant confirmer que l'organisme est agréé, ce qui démontre dans une certaine mesure sa conformité aux normes du CCASS et, globalement, l'atteinte d'un des effets escompté de l'intervention à savoir l'obtention de l'agrément.

##### **6.4.1.1 La satisfaction de la clientèle**

Une des stratégies pour mesurer la perception de la qualité des services est l'administration de questionnaires sur la satisfaction de la clientèle. La gestion de ces questionnaires est une obligation du processus d'agrément telle que décrite dans la norme ci-dessous.

<u>QUALITY MONITORING AND IMPROVEMENT</u>	
<b>20.0</b>	<b><i>There are processes for organization-wide co-ordination of quality monitoring and improvement activities.</i></b>
<b>20.1</b>	Co-ordination is achieved by <ul style="list-style-type: none"> <li>• establishing overall objectives of quality monitoring and improvement</li> <li>• linking quality improvement activities and the strategic plan</li> <li>• integrating implementation strategies, including measuring client/patient satisfaction</li> <li>• defining the individual and shared responsibilities of the governing body/owner(s), staff, physicians and volunteers</li> <li>• receiving reports of results (outcomes) of quality improvement activities throughout the organization, and making appropriate recommendations</li> </ul>

Pour répondre à cette exigence, l'organisme a l'obligation de démontrer aux visiteurs du CCASS les outils utilisés, les résultats atteints et les améliorations qui ont été faites relativement aux résultats, et ce, sur une période acceptable. L'organisme a développé par sa propre initiative son premier sondage de la clientèle en 2004. L'analyse du discours démontre l'importance du processus pour les participants. C'est, pour plusieurs, une preuve des progrès réalisés et une source de fierté à l'égard des résultats atteints.

<b>Citation 1</b>	<i>Because of accreditation now we have the survey. Before the patients go home, or before discharge, prior to discharge, they have this survey to fill out. [...] So by that, we were able to be conscious, and we are aware of what are the needs what we need to improve.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>We have our patient satisfaction survey also, and based on the results we have gotten more satisfaction from their perceptions</i>

À la lecture de la documentation, il est possible de constater les efforts déployés par l'organisme. Il a effectué plusieurs sondages différents. Ils ont été réalisés en décembre 2004, juin 2005 et novembre 2005. Celui de novembre constituait la troisième vague de sondage dans l'organisme. Ils ont été menés à l'urgence (129) où plusieurs problèmes ont été perçus, auprès des

patients admis (139) de même qu'auprès des utilisateurs de la clinique externe (115). Le processus avait l'appui du département de gestion de la qualité de l'organisme qui s'était fixé comme objectif préliminaire d'atteindre un niveau de satisfaction globale de 80% et d'effectuer des comparaisons interdépartementales. Les prochains tableaux démontrent les améliorations qui ont été perçues par leur clientèle. L'objectif ici n'est pas de les analyser, mais de démontrer, aux fins de cette thèse, que l'organisme a développé des capacités dans ce domaine et qu'il est en mesure de démontrer des améliorations sur une période de trois ans.

L'exemple № 1 provient des patients qui ont reçu de la part du médecin, en raison de leur condition critique, une ordonnance d'admission. L'indicateur donne une mesure de la satisfaction des clients à l'égard du temps d'attente avant d'avoir eu accès à leur chambre. Cet organisme a eu approximativement 12 350 admissions en 1995 et un total de 21 078 en 2005, soit presque le double.

<b>Waiting Time Before Admission</b>			
	Satisfied	Uncertain	Dissatisfied
<b>Dec. 2004</b>	78%	14%	8%
<b>June 2005</b>	87%	9%	4%
<b>Nov. 2005</b>	90%	4%	6%

**Satisfaction Level**  
 Continuous increase: 9% from December 2004 to June 2005  
 3% from June 2005 to November 2005.

L'exemple № 2 mesure les améliorations par le taux de satisfaction des clients sur le plan des relations interpersonnelles client-médecin traitant.

<b>His/Her Manners &amp; Treatment</b>			
	Satisfied	Uncertain	Dissatisfied
<b>Dec. 2004</b>	89%	9%	2%
<b>June 2005</b>	95%	4%	1%
<b>Nov. 2005</b>	98%	1%	1%
<b>Satisfaction Level</b>			
Continuous Increase: 6% from December 2004 to June 2005 3% from June 2005 to November 2005.			

L'exemple № 3 concerne la cuisine de l'organisme. Elle mesure la satisfaction des clients à l'égard de la température de la nourriture.

### **Food Temperature**

	Satisfied	Uncertain	Dissatisfied
<b>Dec. 2004</b>	76%	11%	13%
<b>June 2005</b>	81%	14%	5%
<b>Nov. 2005</b>	90%	3%	7%

#### **Satisfaction Level**

Continuous Increase: 5% from December 2004 to June 2005  
9% from June 2005 to November 2005

Food services staff make it a point to deliver the patient's food on time of its serving.

Notre quatrième exemple concerne la clinique externe. Cet organisme a vu, en 2005, plus de 280 000 patients en clinique externe. Il présente ici la perception de la satisfaction des clients en rapport au temps d'attente avant de voir un médecin.

<b>Waiting time before entering to the doctor</b>			
	Satisfied	Uncertain	Dissatisfied
<b>Dec. 2004</b>	48%	12%	40%
<b>June 2005</b>	81%	6%	13%
<b>Nov. 2005</b>	78%	5%	17%

**Satisfaction Level**  
 Increase: 33% from December 2004 to June 2005  
 Decrease: 3% from June 2005 to November 2005

Notre dernier exemple concerne la pharmacie. Les patients de la clinique externe doivent y faire remplir l'ordonnance du médecin. On présente ci-dessous le taux de satisfaction des clients relativement au temps d'attente avant d'obtenir leurs médicaments. On constate une amélioration importante entre décembre 2004 et novembre 2005.

### Waiting Time

	Satisfied	Uncertain	Dissatisfied
<b>Dec. 2004</b>	33%	21%	46%
<b>June 2005</b>	68%	8%	24%
<b>Nov. 2005</b>	72%	12%	16%

**Satisfaction Level**

Continuous increase: 35% from December 2004 to June 2005  
 4% from June 2005 to November 2005.

Pour poursuivre notre analyse, nous avons utilisé les notes des visiteurs du CCASS sur les deux groupes de discussion (homme et femme) qui sont des patients de l'organisme ou ont été des utilisateurs de services. Les notes ont été colligées dans leur rapport de visite. Les segments ont été sélectionnés afin de montrer, en complémentarité avec les sondages, la perception des participants de la qualité des services offerts.

## Groupe de discussion des femmes

### Segment 1

The service is described as very good and the clients are pleased with the service. They felt that they received very good customer service and they trust the physicians and nurses.

Access to physicians is very good and results are reported very quickly. The clients have very good opportunities to ask questions and receive information. The physicians are trustworthy and develop relationships with the patients and their extended families. Clients describe that they have opportunities for input into care.

### Segment 2

The emergency response for conditions was very good. The clients have had very good experiences in physiotherapy. Sometimes they have to wait in the emergency department if all the rooms are full. Some said that the care is a little expensive. Sometimes there is a waiting list in the outpatient (OPD) area. If there is a delay in OPD, clients sometimes will go to emergency to be seen sooner. Patients understand the need for prioritization of emergency cases. A suggestion was made to increase the number of rooms in emergency.

## Groupe de discussion des hommes

### Segment1

There is consensus that when they are in this organization they feel safe because of the quality of the physicians. The physicians always take the time to explain the situation and they sign consent to authorize the surgery.

Finalemment, selon les dires des participants, 97 % des patients ont le sentiment que la qualité des soins s'est améliorée dans l'organisme à la suite de l'agrément. Selon eux, les résultats sont observés dans les domaines de la gestion des plaintes (n=7), la sécurité des patients (n=5) et, le plus important, la mise en place d'un système de gestion (n=10) (politiques et procédures). Les citations présentées ci-dessous illustrent pour chacun des domaines la perception des individus.

<b>Citation 1</b>	<i>We have our patient satisfaction survey also, and based on the results we have gotten more satisfaction from their perceptions</i>
<b>Citation 2</b>	<i>We are still receiving reports. The social workers, they do give us a little bit of feedback. There are less complaints than before, there is an improvement.</i>
<b>Citation 3</b>	<i>Because we have a clear system now, and I mean the nurses now documents everything , also, the lab, the x-ray, all the medical, paramedical, they all have a clear system</i>
<b>Citation 4</b>	<i>I think it's a big problem, the under reporting of the incidences [...] we encourage them to report any occurrences. During the course of the accreditation, we have received a lot of incidences, increasing number of incidences; even incidences that are not supposed to be reported are being reported.</i>

On reconnaît l'importance des questionnaires de satisfaction, la perception de diminution du nombre de plaintes, la présence de systèmes organisés et la modification du climat de travail qui encourage les gens à faire rapport des erreurs observées.

#### **6.4.1.2 La satisfaction des employés**

Dans un même ordre d'idées, nous voulons présenter dans cette section des preuves, provenant de plusieurs sources, que l'organisme a développé des capacités en matière de gestion des ressources humaines, plus spécifiquement reliées à la rétention des employés qui constituent le savoir et le savoir-faire de l'organisme. Cette section fait aussi preuve que l'organisme a amélioré la qualité



de ses services dans le temps et ceci en relation avec l'opérationnalisation des variables du tableau 4.

Premièrement, nous savons que l'organisme a l'obligation en vertu des normes de l'agrément de sonder la satisfaction de ses employés et de l'améliorer. La norme ci-dessous donne un exemple de cette obligation. Elle oblige l'organisme à mettre en œuvre un processus afin de répondre au besoin du client, ici utilisé pour les employés. Le processus doit inclure une attention particulière à la qualité de vie au travail.

#### HUMAN RESOURCES PLANNING

##### **1.0 *There are processes for responding to client needs as identified throughout the organization.***

##### **1.1 These include**

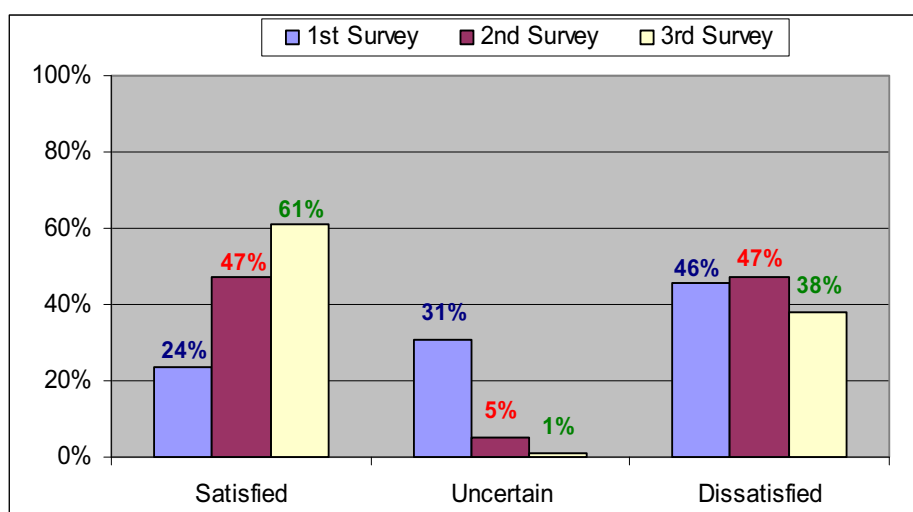
- interpreting legislation
- quality of work life issues
- job analysis, design and re-design
- recruiting, selecting, retaining, promoting and dismissing staff
- evaluating performance
- ensuring continued competence
- compensation administration
- labour-management relations
- staff support/assistance

De plus, les normes propres à l'amélioration continue de la qualité exigent de l'organisme d'évaluer par sondage la perception des employés. Le tableau 38 illustre les résultats des sondages qu'il a effectués. Encore une fois, notre rôle n'est pas de critiquer les résultats mais de les analyser afin de d'évaluer les acquis organisationnels.

L'organisme à effectué trois sondages. Une première expérience depuis que l'organisme est en exploitation. Le premier a eu lieu en décembre 2004, le second en juin 2005 et le dernier en décembre 2005. Les taux de réponse ont varié entre 25 % et 30 %. Il faut également comprendre que culturellement,

les gens n'ont pas tendance à exprimer ouvertement leur satisfaction et qu'ils ne sont pas convaincus de la confidentialité des résultats. Au dernier sondage, plus de 244 employés sur 900 ont participé pour un taux de réponse de 27 %. Néanmoins, les résultats ont été très révélateurs aux dires de l'organisme. Le tableau ci-dessous présente les résultats de la satisfaction globale en fonction des trois sondages complétés à ce jour.

**Tableau 38 Sondage sur la perception des employés**



Statement	Satisfied	Uncertain	Dissatisfied	Total
1st Survey	79 24%	103 31%	152 46%	334 100%
2nd Survey	175 47%	19 5%	175 47%	369 100%
3rd Survey	149 61%	3 1%	92 38%	244 100%

On peut voir clairement dans les deux premiers sondages les taux d'insatisfaction des employés dans l'organisme. La citation ci-dessous a été puisée dans la section « autres commentaires » du premier sondage. La citation nous fait ressentir le climat qui existait alors dans l'organisme.

<b>Citation 1</b>	“We are working in the hospital for 14 years, half of our age, our golden period we spend here but now we struggle for future, our life is in the hospital. Even we contribute, even we doing well, even we work hard and given full support the result is nil. Now we have lot of responsibility on our shoulder, our children’s future is our goal. The accommodation facility also very poor and overall even we work sincerely, no appreciation, and I am sorry to say these things but my feeling I can’t hide these is the truth.”
-------------------	--

Durant cette période, plusieurs efforts ont été consentis par l’organisme pour améliorer la situation. Nous savons qu’il y travaille toujours. On constate, grâce aux taux de satisfaction de 61% du 3<sup>e</sup> sondage, les améliorations qui ont été apportées par l’organisme. À la lecture d’autres documents, nous pouvons également constater les efforts de l’organisme.

<b>Document 1</b>	Management is commended on initiating a staff recognition program and is encouraged to examine ways to enrich it. This can include recognition for years of service in the organization and recognition of a team’s success in a quality improvement process.
<b>Document 2</b>	Following the series of staff satisfaction surveys, the HR team has been very pr create a plan of action, follow up, and demonstrate positive achievements. Some have been developed and will be followed over time.

Un groupe de discussion de 12 employés issus de différents départements à également été réalisé. Selon les notes des visiteurs du CCASS, nous pouvons corroborer les affirmations précédentes.

<b>Groupe de discussion employés</b>	The staff is fully aware of the staff satisfaction survey process. They identify similar areas related to housing and the salary scale. They are very happy that the organization took concrete action and they believe it will continue.
--------------------------------------	---

### 6.4.1.3 Synthèse des analyses du développement de capacités organisationnelles « Degré de satisfaction vis-à-vis l'organisme »

En résumé, cette section démontre les efforts de l'organisation en vue de mesurer la satisfaction de sa clientèle et de ses employés. Elle a également démontré plusieurs améliorations significatives (taux de satisfaction) au cours des trois dernières années (tableau 39). Les groupes de discussion démontrent également une perception positive des participants à l'endroit de la qualité des soins et services et du soutien donné aux employés. Finalement, nous savons que l'organisme s'est vu octroyer l'agrément par le CCASS pour une période de 36 mois.

Loin de nous l'intention de considérer cet organisme comme parfait. Le but de cette section était de démontrer que l'agrément a été en mesure d'inciter l'organisme à s'améliorer en adoptant de nouvelles pratiques organisationnelles. Plusieurs sources d'information permettent de démontrer, preuves à l'appui, que l'organisme s'est en effet amélioré en relation avec sa démarche d'agrément.

**Tableau 39 Analyse des effets de l'agrément sur l'organisme (Degré de satisfaction vis-à-vis du système de soins)**

		Effets escomptés	
Questionnaire de satisfaction développé par l'organisme		Satisfaction des clients et des employés	Amélioration des services et réponse aux besoins des clients et des employés
++		+	+
Certificat d'agrément			
++			
++	très efficace		
+	efficace		
+-	réaction mitigée		
-	inefficace		
--	effet nuisible		

<b>Niveau de compréhension des effets</b>	<b>Définition des niveaux de compréhension des effets</b>
Très efficace	Présence de preuves solides avec une influence significative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Efficace	Présence de preuves avec une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Réaction mitigée	Présence de preuves « porte-à-faux » avec lesquelles il est impossible de juger objectivement la production des effets
Inefficace	Aucune preuve mesurée
Effet nuisible	Présence de preuves avec une influence négative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

Les questionnaires sur la satisfaction constituent un premier outil pour développer des mesures efficaces d'amélioration. Des guides devraient être développés pour l'organisme pour assurer la mise en place de procédures efficaces. Il demeure important d'encourager l'organisme à initier par lui-même les premiers sondages.

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

Une attention particulière devrait être accordée au développement d'indicateurs cliniques

#### 6.4.2 PLANIFICATION ET GESTION

Principalement guidés par notre revue de la documentation, nous voulons valider la contribution de l'agrément au développement de plans structuraux et au développement de nouvelles politiques et procédures.

Pourquoi la présence de plans structuraux est-elle importante? Selon Porter (1985)<sup>137</sup> un organisme doit s'assurer, s'il veut offrir une valeur ajoutée à ses clients, de maintenir une synergie et une harmonie entre les activités stratégiques et les activités reliées à l'offre de service. La division stratégique met en cause les ressources, la structure et la culture. Par ses normes, le CCASS impose aux organismes la formulation de plans qui ont pour objectif de pousser la réflexion stratégique et la collaboration. Nous avons donc étudié si, selon les visiteurs du CCASS et selon notre revue de la documentation, l'organisme avait développé ces plans. Il est important de noter que les visiteurs ne se concentrent pas seulement sur la documentation, mais également sur le processus de développement et de dissémination des stratégies.

La figure 18 dresse un inventaire des plans recherchés.

**Figure 18 Modélisation de l'inventaire des plans stratégiques requis**



Nous avons donc développé une grille d'évaluation de type « oui ou non » afin de déterminer l'existence des plans. Nous tenterons dans la mesure du possible de citer les segments de la documentation qui en font la démonstration.

		Liste des plans structuraux		OUI	NON
<b>1</b>	<b>Plan stratégique</b>		√		
The organization is encouraged to provide the necessary support to ensure that the strategic plan continues to be implemented.					
<b>2</b>	<b>Plan opérationnel</b>				√
It is recommended that the organization complete its process for implementing its strategic plan, complete the development of the necessary operational and business plans, and identify and distribute resources for the management of information, the					
<b>3</b>	<b>Plan des ressources humaines</b>				√
It is recommended that the team develop a comprehensive hospital-wide human resources development plan in collaboration with the board. The plan should include					
<b>4</b>	<b>Plan de gestion de l'éthique</b>				√
<b>5</b>	<b>Plan d'amélioration de la qualité</b>		√		
It is recommended that the organization continue to evolve its quality improvement program by developing and monitoring performance indicators to determine outcomes.					
<b>6</b>	<b>Plan de gestion des risques</b>		√		
The organization is commended on establishing a quality and risk management program and is encouraged to ensure that goals and objectives will continue to be implemented.					
<b>7</b>	<b>Évaluation des besoins de la communauté</b>				√
<b>8</b>	<b>Plan de gestion de l'information</b>				√
The information management team has begun to develop the first information management plan for the hospital in collaboration with an external consultant. The plan is in a draft format and will be approved shortly by the board.					
<b>9</b>	<b>Plan d'urgence et de désastre</b>		√		
The organization has an internal and external disaster plan. The external disaster plan was exercised in March 2006. The team is encouraged to follow up on the opportunities					
<b>10</b>	<b>Plan de gestion de la satisfaction</b>				√
<b>11</b>	<b>Plan de communication</b>				√
<b>12</b>	<b>Évaluation des besoins d'éducation</b>				√
It is recommended that the team develop a comprehensive hospital-wide human resources development plan in collaboration with the board. The plan should include specific objectives in relation to the needs of the various categories of staff and departments. (Standard 3; Criteria 3.2)					
				<b>4</b>	<b>8</b>
				<b>33%</b>	



Il est important de noter qu'aucun de ces plans n'était disponible avant le processus d'agrément. Au cours de cette période, l'organisme a été en mesure de développer quatre plans et d'en faire l'implantation alors que deux autres, celui sur la gestion de l'information et la gestion des ressources, sont présentement en ébauche. À notre avis, des efforts considérables ont été investis pour établir les structures nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. Si on inclut les plans qui sont en ébauche, l'organisme aurait réalisé 50% du développement des 12 plans structuraux; si on exclut les plans en ébauche, son taux de réussite est de 33%. En lisant la documentation, nous avons également constaté que l'organisme a développé une vision organisationnelle, des valeurs, une mission et plusieurs nouvelles politiques afin de guider les pratiques cliniques et administratives.

<b>Documentation 1</b>	The team is commended for its leadership in embracing change and redefining its mission, vision, values, and strategic objectives. The mission vision, values, and strategic objectives for the organization were developed through an internal consultation and an external review process. They are understood and lived throughout the entire organization.
------------------------	--

Selon les données fournies par l'organisme, les employés ont développé plus de 52 nouveaux guides de politiques et procédures pour l'ensemble des départements et plus de 10 manuels au niveau institutionnel. Comme le démontre le discours, ces nouvelles règles ont grandement amélioré la performance de l'organisme.

<b>Citation 1</b>	<i>When you follow the policy, you give your client better service, and you can help him better, because you are doing the right thing in the right way.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>Now, because we are following the policies and the procedures in the hospital, and we have the clinical guidelines now for the 10 most common diseases, we carry that in each department, especially in our Emergency Room. So all the clinical skills improved now with all the tools</i>

<b>Citation3</b>	<i>Because of the policies and procedures again. Before we don't have it, for example, patient safety, one of the issues is the medication errors prior to that, we did not have a policy.</i>
------------------	--

#### **6.4.2.1 Synthèse des analyses du développement de capacités organisationnelles « Présence de plans structuraux »**

Nous avons appris dans la section précédente que l'organisme s'était doté d'un organigramme qui a su clarifier le flux des communications ainsi que les responsabilités de chacun. De plus, aux dires des participants, 97 % de ceux-ci ont le sentiment que la qualité des soins s'est améliorée. Plusieurs d'entre eux exposent la récente mise en place de système de gestion, notamment le développement des politiques et procédures comme étant l'une des causes de ces améliorations. Nous avons également observé dans la documentation que l'organisme avait été en mesure de développer et de mettre en œuvre 33 % des plans structuraux exigés par l'agrément et que deux sont encore à l'état d'ébauche. L'organisme avait également travaillé au développement d'une mission, d'une vision et de valeurs organisationnelles. Malgré les preuves fournies par la documentation relativement au développement de ces plans structuraux, nous devons nous pencher sur leur efficacité et sur leur capacité de générer les effets de collaboration et d'alignement stratégique escomptés (tableau 40).

**Tableau 40 Analyse des effets de l'agrément sur l'organisme  
(Présence de plans structuraux)**

<b>Effets escomptés</b>		
Développement et mise en œuvre des plans structuraux	Développement de systèmes de gestion	Mission et vision organisationnelles
+ -	+	+
++ très efficace + efficace + - réaction mitigée - inefficace -- effet nuisible		

<b>Niveau de compréhension des effets</b>	<b>Définition des niveaux de compréhension des effets</b>
Très efficace	Présence de preuves solides avec une influence significative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Efficace	Présence de preuves avec une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Réaction mitigée	Présence de preuves « porte-à-faux » avec lesquelles il est impossible de juger objectivement la production des effets
Inefficace	Aucune preuve mesurée
Effet nuisible	Présence de preuves avec une influence négative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

Évaluer la pertinence des plans structuraux et leur conformité avec la littérature

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

Considérant les efforts déployés par l'organisme, nous devons assurer le développement stratégique des politiques et procédures en offrant une séance de formation sur l'étape du développement des capacités et cibler les plus importantes.

### 6.4.3 LE NIVEAU D'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS L'ORGANISME

Cette section consiste en une analyse essentiellement quantitative. Elle cherche à mesurer le niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité dans l'organisme étudié et à le comparer à celui des autres organismes.

Nous cherchons ici à déterminer si l'intervention a contribué à implanter une culture d'amélioration de la qualité dans cet organisme en comparaison avec d'autres. Cette section est la pierre angulaire pour tester la proposition de recherche N° 3 exposé à la section 5.1. Nous voulons principalement évaluer si le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien améliore le processus d'institutionnalisation de la culture d'amélioration de la qualité dans l'organisation en regard des autres.

Comme nous l'avons mentionné dans notre section portant sur la méthodologie de notre étude, nous avons administré l'outil de mesure de Counte et Meurer dans cinq organismes au Moyen-Orient incluant notre site à l'étude. C'était la première fois que cet outil était utilisé dans cette région. Rappelons-nous que le questionnaire a été administré au plus grand nombre possible d'employés dans l'organisme et que la réponse était sur une base volontaire.

Les organismes ont entre 600 et 3000 employés. Pour certain centre les centres d'enseignement sont inclus (1-3-4). Pour l'organisme à l'étude, nous avons recueilli 110 questionnaires complétés sur une possibilité de 1008 (taux de réponse de 11 %). Pour la répartition des répondants par catégorie d'emploi pour l'ensemble des organismes, voir le tableau 45. Pour le cas à l'étude, on retrouve 110 médecins (taux de réponse de 19% 21/110), 326 infirmières (taux de réponse de 11 % 37/326), 79 paramédicaux (techniciens) (taux de réponse de 43% 34/79) et 493 employés non-clinical (taux de réponse de 3,7 % 18/493). Les taux de réponse des organisations ont varié entre 56% et 8 %.

Organisation	Nº Réponses	Nº Questions	Nº employés	Nº Lits	Taux de réponse
Nº1	395	10665	700	130	56%
Nº2	79	2133	1000	575	8%
Nº3	87	2349	600	110	15%
Nº4 (site à l'étude)	110	2970	1008	300	11%
Nº5	384	10368	2000	400	19%

Les résultats pour l'organisme étudié, lorsque comparés aux résultats d'autres organismes, nous aideront à mieux comprendre les différences et les similitudes qui caractérisent notre organisme. Cet examen de la perception des répondants facilitera la compréhension du contexte et l'analyse des effets de l'intervention sur le niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité. Au total, 27 questions furent utilisées pour mesurer 8 domaines issus des concepts théoriques du « Baldrige Award », des travaux de Deming sur l'amélioration continue de la qualité et de la théorie de Rogers sur la diffusion des innovations. Ces domaines sont : le leadership, les processus, la gestion des ressources humaines et la formation, la planification, la gestion de l'information, l'approche client, l'innovation et la gestion des fournisseurs.

Les données du fichier ont été validées pour identifier et éliminer la non-réponse partielle et les erreurs de saisie. La distribution des scores (échelle de Likert) a été étudiée au niveau des domaines, des catégories d'emploi, des organismes et niveaux combinés (eg. Catégorie d'emploi + organisme + leadership) pour détecter des biais de réponse. Aucun biais systématique n'a été trouvé : les distributions couvraient toute l'étendue des scores possibles et pouvaient être associé à une distribution normale.

L'analyse du niveau d'implantation se fait en fonction d'une échelle développée par Counte et Meurer sur un total de 140 (28 questions \* 5 valeur maximal de Likert). Considérant que nous avons utilisé 27 questions, l'échelle a été recalculée dans les mêmes proportions, mais sur un total de 135 (27\*5). Le tableau 41 illustre l'échelle utilisée pour déterminer les niveaux d'implantation.

**Tableau 41 Échelle utilisée pour déterminer les niveaux d'implantation**

Niveau d'implantation	Limite des niveaux
Niveau 1	<b>0 – 96.43</b>
<i>Approche réactive d'assurance qualité</i>	
Niveau 2	<b>96.44 – 106.1</b>
<i>Implantation <b>faible</b> de l'amélioration continue de la qualité</i>	
Niveau 3	<b>106.2 – 115.7</b>
<i>Implantation <b>modérée</b> de l'amélioration continue de la qualité</i>	
Niveau 4	<b>115.8 – 125.36</b>
<i>Implantation <b>forte</b> de l'amélioration continue de la qualité</i>	
Niveau 5	<b>125.37 - 135</b>
<i><b>Institutionnalisation</b> de l'amélioration continue de la qualité</i>	

Afin de tester la validité et la fiabilité de l'outil, nous avons appliqué le coefficient alpha de Cronbach. Les résultats sont équivalents à ceux démontrés par Counte et Meurer<sup>138-139-140</sup>. Ils ont été colligés pour l'ensemble des domaines, tous organismes confondus, de même que par organisme. Le tableau 42 les présente. Il affiche un coefficient alpha global de 0,9614 qui indique un degré de consistance interne très satisfaisant.

**Tableau 42 Analyse de fiabilité de l'outil de mesure**

Domaine	tous	Leadership	Processus	RH-Formation	Planification	G.info	Client	Innovation	Fournisseur
Organisme									
Tous	<b>0,961</b>	<b>0,880</b>	<b>0,780</b>	<b>0,581</b>	<b>0,826</b>	<b>0,707</b>	<b>0,803</b>	<b>0,764</b>	<b>NA</b>
N° 1	0,948	0,849	0,762	0,151	0,753	0,676	0,782	0,701	NA
N° 2	0,972	0,911	0,802	0,714	0,873	0,836	0,796	0,844	NA
N° 3	0,946	0,846	0,694	0,549	0,732	0,647	0,695	0,706	NA
N° 4 (étude)	<b>0,968</b>	<b>0,864</b>	<b>0,824</b>	<b>0,721</b>	<b>0,880</b>	<b>0,671</b>	<b>0,874</b>	<b>0,727</b>	<b>NA</b>
N° 5	0,947	0,858	0,705	0,357	0,777	0,604	0,757	0,717	NA

Nous avons effectué cinq analyses : 1) le positionnement des organismes en fonction de niveau d'implantation, 2-A) les tendances du nombre d'effectifs dans le continuum d'implantation, 2-B) celle de la moyenne et du

niveau d'implantation par catégorie d'emploi, 3) l'analyse du niveau d'implantation par organisme en relation avec les 8 domaines et finalement, 4) l'analyse des domaines de façon individuelle en relation avec les organismes et leurs catégories d'emploi.

#### 6.4.3.1 Le positionnement des organismes en fonction du niveau d'implantation

Les résultats du tableau 43 présentent le positionnement des cinq organismes en fonction de la moyenne des scores totaux obtenue pour chacun des organismes. Cette moyenne permet par la suite de positionner les organismes dans les échelles présentées antérieurement. La moyenne finale détermine le niveau d'implantation de l'amélioration continue de la qualité.

**Tableau 43 Analyse No 1 - Positionnement des organismes en fonction du niveau d'implantation**

Analyse No1

Positionnement des organismes en fonction du niveau d'implantation

Organisme	Moyenne + (E.T.)	Niveau d'implantation
No1	<b>97.31</b> (0.96)	<b>Niveau 2</b>
No2	<b>87.68</b> (2.62)	<b>Niveau 1</b>
No3	<b>90.82</b> (2.57)	<b>Niveau 1</b>
No4 (étude)	<b>81.03</b> (1.64)	<b>Niveau 1</b>
No5	<b>94.19</b> (0.89)	<b>Niveau 1</b>

E.T. = écart type

L'analyse No 1 démontre que quatre organismes sur cinq se positionnent au premier niveau d'implantation de l'amélioration continue de la qualité. Ils sont au stade de l'*assurance qualité*, soit le stade qui implique l'élimination des défauts. C'est une approche réactive à l'atteinte d'un seuil critique. C'est également une approche qui encourage des objectifs de productivité. Elle n'encourage pas une approche systémique et continuelle de résolution de problème. Le leadership y est également différent.

L'amélioration continue de la qualité veut imposer un leadership stratégique de la qualité, un changement de culture avec les gens et par les gens. L'approche favorise l'amélioration des processus et la réduction des variations inappropriées.

Selon Counte et Meurer, le niveau 1, assurance qualité, correspond à un organisme qui n'est pas intéressé ou qui est en phase d'implantation, où la qualité vient récemment d'être mise à l'agenda. Le niveau 2 correspond à une restructuration en équipes multidisciplinaires, l'utilisation des outils et une meilleure compréhension des processus organisationnels. Le niveau 3, pour sa part, correspond à l'autonomisation des équipes et des résultats probants d'amélioration. Le niveau 4 correspond à un organisme qui ne fait que clarifier les orientations, qui a une équipe de gestion forte, une approche centrée sur le client, des capacités technologiques pour la gestion de l'information et un leadership médical fort. Finalement, le niveau 5 correspond à un organisme qui a su institutionnaliser des pratiques routinières d'amélioration continue de la qualité, qui en diffuse efficacement les résultats et qui fait preuve d'une appropriation forte de tous les domaines.

L'organisme № 4 qui fait l'objet de notre étude affiche le niveau d'implantation le plus bas avec 81,03. Nous sommes conscients qu'il s'agit de leur premier processus d'agrément comme pour les organismes № 2 et № 3. Ces trois établissements sont tous à notre avis au stade de l'implantation et, conséquemment, la gestion de la qualité vient tout juste d'être mise à l'agenda soit au cours des trois ou quatre dernières années. Nous verrons également plus loin qu'ils font tous preuve d'un leadership fort aux fins de faire progresser l'implantation.

Le seul organisme qui compte plus de six ans d'expérience à son actif est l'organisme № 5 avec la meilleure moyenne des organismes qui participent à l'agrément soit 94,19. Il est à la veille d'évoluer vers une implantation faible de l'amélioration de la qualité.



L'organisme N° 1, pour sa part, affiche la meilleure performance. Que penser? Rappelons que cet organisme n'a pas amorcé son processus d'agrément. Il est localisé dans un autre pays que l'Arabie Saoudite. Il convient de signaler que, selon notre connaissance du milieu, cet organisme existe depuis plus de 25 ans et qu'il a déjà adopté certaines pratiques de gestion de la qualité guidée par des consultants externes, mais rien d'exceptionnel ne le différencie pour l'instant des autres. Il se retrouve par contre à la limite entre l'assurance qualité et l'amélioration de la qualité. Nous supposons, comme mentionné précédemment, que le choc de la réalité des exigences des normes ne s'est pas encore fait sentir. Une étude « avant / après » sera effectuée dans cet organisme lorsque nous poursuivrons nos travaux dans ce domaine. C'est une des raisons pour laquelle cet établissement a fait l'objet d'un sondage avant le démarrage du processus. Il sera maintenu dans la présentation des résultats, mais nous n'en tiendrons pas compte dans l'analyse.

Mais quels sont les éléments qui différencient l'organisme N° 5? Pourquoi affiche-t-il de meilleurs résultats que l'organisme à l'étude? Les analyses suivantes devraient nous aider à comprendre davantage.

#### **6.4.3.2 Le positionnement des effectifs**

Nous avons effectué deux analyses afin d'évaluer si les catégories d'emploi avaient un impact sur le niveau d'implantation. La première consistait à évaluer les tendances du nombre d'effectifs dans le continuum d'implantation, et la deuxième établissait l'analyse des moyennes du niveau d'implantation par catégorie d'emploi.

L'évaluation des tendances du nombre d'effectifs dans le continuum d'implantation est importante pour déterminer si le niveau d'implantation est causé par une catégorie d'emploi en particulier.

Le tableau 44 illustre les différents organismes et le pourcentage de répondants en relation avec le niveau d'implantation. Il est important de se rappeler que l'échelle de Counte et Meurer a été développée et testée sur des individus qui avaient une certaine connaissance des principes de l'amélioration de la qualité, soit les gestionnaires et les personnes responsables de l'implantation des démarches qualité. À défaut de reconstituer une nouvelle échelle pour les travailleurs sur le terrain, nous utiliserons celle de Counte et Meurer.

**Tableau 44 Positionnement des effectif en relation avec le continuum d'implantation**

	<b>Nº 1</b>	<b>Nº 2</b>	<b>Nº 3</b>	<b>Nº 4</b>	<b>Nº 5</b>
1	47%	57%	53%	83%	56%
2	18%	15%	23%	3%	18%
3	19%	10%	11%	10%	15%
4	10%	16%	9%	4%	10%
5	6%	2%	4%	0%	2%
Nbre	395	79	87	110	384

L'analyse de ce tableau est intéressante, car vous vous souviendrez qu'avec l'analyse des « je ne sais pas » nous avons émis l'hypothèse que l'organisme à l'étude (Nº 4) avait acquis uniformément des connaissances sur la multidisciplinarité. Ce tableau montre donc encore une fois que le niveau de perception des individus de l'organisme Nº 4 est sensiblement le même avec 83% des répondants dans le niveau 1 et aucun dans le niveau 5. Les individus dont l'opinion a été sondée se positionnent au niveau 1 (assurance qualité). Les autres organismes pour leur part affichent une meilleure distribution des perceptions des individus dans tous les autres niveaux. Le tableau 45 fournit la distribution des effectifs par catégorie d'emploi, par organisme en relation avec le niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité.

**Tableau 45 Distribution des effectifs**

Catégories	Niveau	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5	% 2,3,4
Non-médicale	1 %	76.15%	60.00%	48.48%	88.89%	52.78%	
Non-médicale	2	8.46%	20.00%	18.18%	5.56%	25.00%	
Non-médicale	3	9.23%	0.00%	9.09%	5.56%	13.89%	11.11%
Non-médicale	4	4.62%	20.00%	15.15%	0.00%	8.33%	
Non-médicale	5	1.54%	0.00%	9.09%	0.00%	0.00%	
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
nbre		<b>130</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>18</b>	<b>36</b>	<b>222</b>
Infirmière	1	35.43%	44.90%	59.26%	81.08%	60.70%	
Infirmière	2	22.86%	16.33%	25.93%	0.00%	15.09%	
Infirmière	3	26.29%	16.33%	11.11%	13.51%	14.74%	18.92%
Infirmière	4	9.71%	18.37%	0.00%	5.41%	8.07%	
Infirmière	5	5.71%	4.08%	3.70%	0.00%	1.40%	
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
nbre		<b>175</b>	<b>49</b>	<b>27</b>	<b>37</b>	<b>285</b>	<b>573</b>
Paramédical	1	25.58%	92.86%	43.75%	88.24%	51.85%	
Paramédical	2	18.60%	0.00%	37.50%	2.94%	11.11%	
Paramédical	3	2.33%	7.14%	12.50%	5.88%	11.11%	11.76%
Paramédical	4	27.91%	0.00%	6.25%	2.94%	22.22%	
Paramédical	5	25.58%	0.00%	0.00%	0.00%	3.70%	
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
nbre		<b>43</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>134</b>
Médecin	1	51.06%	90.91%	36.36%	71.43%	38.89%	
Médecin	2	17.02%	9.09%	9.09%	14.29%	19.44%	
Médecin	3	12.77%	0.00%	9.09%	9.52%	22.22%	28.57%
Médecin	4	12.77%	0.00%	45.45%	4.76%	11.11%	
Médecin	5	6.38%	0.00%	0.00%	0.00%	8.33%	
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
nbre		<b>47</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>36</b>	<b>126</b>
<b>nbr tot</b>		<b>395</b>	<b>79</b>	<b>87</b>	<b>110</b>	<b>384</b>	<b>1055</b>

Dans l'organisme à l'étude, on perçoit une plus grande distribution des médecins dans les niveaux deux, trois et quatre avec 28.57 % des médecins répondants. Les infirmières suivent avec 18.92 %. Le personnel paramédical et non médicale démontre les plus petites proportions.

#### 6.4.3.3 L'analyse du niveau d'implantation par organisme en relation avec les huit domaines

Cette analyse d'exploration évalue les organismes en relation avec les huit domaines étudiés par le questionnaire soit : 1) le leadership; 2) les processus; 3) les ressources humaines et la formation; 4) la planification; 5) la gestion de l'information; 6) la gestion centrée sur le client; 7) l'innovation; 8) les

fournisseurs. Comme nous l'avons mentionné dans la méthodologie, nous avons utilisé une stratégie d'analyse comparative similaire à l'approche de tableau croisé (*two-way table*). Mais de façon plus précise, nous avons établi un modèle et estimé les paramètres M (effet commun),  $A_i$  (effet relié au premier facteur),  $B_j$  (effet relié au deuxième facteur) et résidus  $ij$  grâce à la méthode du polissage par la médiane (*median polish technique*).

Le but est d'évaluer et de comprendre si, comparativement aux autres organismes, l'organisme étudié accuse des différences dans les domaines par rapport à son évolution dans le cycle. Les tableaux 46 et 47 guideront notre analyse. Le premier tableau montre les moyennes de score (exprimé en termes de pourcentage du score maximal possible) utilisées pour le polissage par la médiane pour chacun des domaines et organismes. Le tableau suivant fait voir sur la dernière ligne les effets  $B_j$  relié au facteur « domaines » et l'effet commun M. La colonne du tableau à l'extrême droite contient les effets  $A_i$  pour le facteur « organismes » (et l'effet commun M). Les cellules au centre du tableau contiennent les facteurs résiduels ou facteurs de différenciation intégrés (domaine et organisme) qui ne sont pas distribués. Ils guideront plus loin nos investigations en signifiant des ajouts positifs ou négatifs. Théoriquement, le facteur non réparti doit être centré à zéro. Ses écarts importants du zéro, négatifs ou positifs, permettent d'isoler et d'expliquer des phénomènes intégrés domaines et organismes.

**Tableau 46 Analyse des moyennes par domaines**

Domaines Organisme	Leadership	Processus	RH-Formation	Plannification	G.info	Client	Innovation	Fournisseur
N°1	72,34%	72,74%	72,72%	71,09%	68,88%	75,30%	71,64%	70,05%
N°2	68,22%	63,29%	64,18%	64,05%	61,65%	63,70%	63,21%	68,04%
N°3	68,18%	67,68%	71,16%	66,89%	65,02%	68,62%	64,41%	62,87%
N°4 (étude)	59,65%	60,20%	61,46%	60,09%	58,64%	61,63%	59,24%	59,61%
N°5	70,33%	71,59%	67,65%	70,44%	67,02%	70,95%	69,82%	65,52%

**Tableau 47 Polissage par la médiane par domaines**

Domaines Organisme	Leadership	Processus	RH-Formation	Plannification	G.info	Client	Innovation	Fournisseur	A
N°1	-0,36%	0,36%	0,00%	-0,70%	-0,85%	1,97%	0,35%	0,00%	4,71%
N°2	3,59%	-1,02%	-0,46%	0,34%	0,00%	-1,55%	0,00%	6,07%	-3,37%
N°3	0,18%	0,00%	3,15%	-0,19%	0,00%	0,00%	-2,17%	-2,47%	0,00%
N°4 (étude)	-1,36%	-0,49%	0,44%	0,00%	0,61%	0,00%	-0,35%	1,26%	-6,99%
N°5	0,00%	1,58%	-2,69%	1,03%	-0,33%	0,00%	0,91%	-2,16%	2,33%
<b>B</b>	<b>0,62%</b>	<b>0,30%</b>	<b>0,63%</b>	<b>-0,30%</b>	<b>-2,36%</b>	<b>1,24%</b>	<b>-0,80%</b>	<b>-2,04%</b>	<b>67,38%</b>
									M

Le niveau d'implantation (exprimé en pourcentage du total possible du tableau 46 peut être reconstitué en utilisant les valeurs du tableau 47. Par exemple, pour reconstituer le niveau d'implantation de l'organisme à l'étude (N° 4) en relation avec le domaine du leadership (59.65%) on identifie dans le tableau 47 et additionne :  $M (67.38\%) + A_i (-6.99\%) + B_j (0.62\%) + \text{Facteur résiduel } (-1.36\%)$ .

On retrouve initialement un effet commun d'implantation de 67,38 %. Les effets associés aux organismes qui ont participé à l'agrément varient entre - 6,99 % et 2,33 % pour une étendue de 9,32 %. L'organisme N° 4 affiche un effet négatif avec -6,99 %. Cet organisme, par conséquent, selon le modèle de variance, voit sa performance affectée défavorablement dans tous les domaines. L'organisme N° 5 affiche l'effet le plus positif sur tous les domaines qui lui procurera, après la recomposition du modèle, la meilleure performance dans la majorité des domaines.

Les effets associés aux domaines sont plus faibles. Ils varient entre -2,36 % et 1,24 % pour une étendue de 3,6 %. Le domaine « gestion de l'information » obtient l'effet négatif le plus significatif avec -2,36 %. Selon le modèle, l'effet négatif du facteur  $B_j$  démontre que ce domaine est celui qui influence le plus négativement tous les organismes et ultimement le niveau d'implantation total. Le domaine « clients » obtient l'effet le plus positif sur tous les organismes avec 1,24 %. Cet état de fait corrobore les hypothèses de Counte et

Meurer. Selon eux, lors de l'initiation de l'amélioration de la qualité, des efforts considérables sont investis dans le domaine « client ».

Pour évaluer les différentiateurs, nous avons exclu le domaine fournisseur pour qui, nous le savons, les intervenants terrain avaient une très faible compréhension. Le différentiateur (facteur résiduel) permet d'isoler des caractéristiques dominantes ou inhabituelles étant donné que la méthode du polissage par la médiane produit toujours une majorité de facteurs résiduels dont les valeurs sont près ou à zéro et seulement quelques facteurs avec des valeurs éloignées de zéro. Le différentiateur (facteur résiduel) avec le plus d'effet sur les deux variables se trouve dans le domaine du leadership pour l'organisme N° 2. Cet organisme vient tout juste d'entamer son processus d'agrément, a reçu son premier bloc de formation, et a été sondé peu après : ceci explique un facteur résiduel positif de + 3.59%. L'organisme N° 5 affiche le différentiateur (facteur résiduel) le plus négatif (-2.69%) dans le domaine « gestion des ressources humaines et formation » et la formation. Dans le cadre de notre analyse de ce domaine, nous tenterons de comprendre pourquoi cet organisme affiche un effet aussi négatif.

Dans le cas de l'organisme à l'étude, nous constatons une étendue des valeurs différenciatrices très faibles entre les domaines, le différentiateur le plus positif étant de 0,61 % en gestion de l'information et le plus négatif, le leadership avec -1,36 % pour une étendue de 1,97 %. Cette faible étendue renforce la conclusion précédente que, pour cet organisme, la diffusion de l'information lors de l'implantation de l'intervention c'est fait de façon uniforme favorisée par des dynamiques de groupe et une approche multidisciplinaire.

#### **6.4.3.4 L'analyse individuelle des domaines en relation avec les organismes et leurs catégories d'emploi.**

Cette analyse en huit tableaux évalue les relations entre l'organisme et les catégories d'emploi en utilisant comme base la moyenne de chacun des huit domaines. Cette analyse permet d'explorer, d'isoler et d'analyser les différences ou les similitudes entre les groupes, les organismes et leurs effets sur chacun des domaines.

Le premier domaine étudié est celui du **leadership**. On utilise encore ici la technique de polissage par la médiane. Nous présentons deux tableaux, le premier, le tableau 48 présente les moyennes de score (exprimé en termes de pourcentage du score maximal possible) utilisées pour le domaine du leadership en relation avec les organismes et leur catégorie d'emploi.

**Tableau 48 Analyse des moyennes du domaine «Leadership» par catégories d'emploi**

<b>Leadership</b>				
Catégorie d'emploi Organisme	Non médical	Infirmière	paramédical	Médecin
Nº1	65,20%	74,30%	80,33%	71,70%
Nº2	63,50%	72,83%	58,10%	62,70%
Nº3	73,23%	64,80%	65,55%	77,10%
<b>Nº4 (étude)</b>	59,85%	59,28%	61,35%	59,83%
Nº5	70,48%	68,95%	71,68%	77,03%

Le tableau 49 présente les résultats du polissage par la médiane pour le même domaine.

**Tableau 49 Polissage par la médiane du domaine «Leadership» par catégories d'emploi**

<b>Leadership</b>					
Catégorie Organisme	Non médical	Infirmière	paramédical	Médecin	<b>A</b>
Nº1	-8,13%	1,58%	5,80%	-1,58%	4,00%
Nº2	0,38%	10,28%	-6,25%	-0,38%	-6,18%
Nº3	3,93%	-3,93%	-4,98%	7,83%	0,00%
<b>Nº4 (étude)</b>	0,00%	0,00%	0,28%	0,00%	<b>-9,45%</b>
Nº5	0,00%	-0,93%	0,00%	6,60%	1,18%
<b>B</b>	0,03%	-0,58%	1,23%	-0,03%	
					69,28%
					<b>M</b>

On retrouve initialement un effet moyen et commun d'implantation de 69,28 %. Les effets associés aux organismes varient entre - 9,45 % et 1,18 % pour les organismes qui ont participé à l'agrément pour une étendue de 10,63 %. Notre organisme à l'étude (Nº 4) démontre l'effet négatif le plus significatif avec - 9.45 % et affecte ultimement la performance du domaine leadership et le niveau d'implantation globale. Cet organisme voit par conséquent et selon le modèle de



variance, sa performance la plus affectée défavorablement dans toutes les catégories d'emploi. Pour sa part, l'organisme N° 5 affiche l'effet le plus positif (1,18 %).

Les effets associés aux catégories d'emplois sont plus faibles. Ils varient entre -0,58 % et 1,23 % pour une étendue de 1,81 %. Les infirmières affichent un effet négatif global sur la performance des organismes dans le leadership (-0,58 %). Le personnel paramédical affiche l'effet le plus positif soit 1,23 %.

Le différentiateur avec le plus d'effet sur les deux variables (organisme et catégorie) se retrouve chez l'organisme N° 2 dans le groupe des infirmières avec un facteur non réparti de 10,28 %. Cet organisme vient tout juste d'entamer son processus d'agrément et a reçu son premier bloc de formation. Le différentiateur (facteur résiduel) avec l'effet le plus faible sur le leadership se retrouve chez l'organisme N° 3 dans le personnel paramédical (-4,98 %). D'entrée de jeu, nous constatons que cet organisme, malgré son fort leadership, devra porter une attention particulière à cette catégorie d'employés qui est suivis de très proche par le groupe des infirmières avec un différentiateur de -3,93 %.

Dans le cas de l'organisme à l'étude, on constate une étendue encore très faible et même nulle pour certaines catégories d'emploi, avec pour conséquence qu'aucun différentiateur n'émerge dans ce cas.

Sans l'émergence de différentiateur et considérant l'importance de l'impact du leadership sur les autres domaines, nous avons poussé notre analyse plus loin afin de mieux comprendre l'organisme à l'étude. Rappelons que le domaine du leadership affiche la plus forte corrélation totale entre les domaines avec un quotient de 0,9351. Donc, un leadership fort aura un effet positif sur les autres domaines (tableau 50).

**Tableau 50 Analyse des corrélations dans l'organisme étudié**

## Analyse des corrélations dans l'organisme étudié

	Total	leadership	Processus	RH-Formation	Planification	Gestion information	Client	Innovation	Fournisseur
Total	1.0000	<b>0.9351</b>	0.8234	0.5912	0.8864	0.8172	0.8587	0.8813	0.6842
Leadership	0.9351	1.0000	0.7458	0.4566	0.7782	0.6915	0.7430	0.8116	0.6171
Processus	0.8234	0.7458	1.0000	0.4465	0.7286	0.5973	0.6617	0.6477	0.5311
RH formation	0.5912	0.4566	0.4465	1.0000	0.4798	0.4818	0.4709	0.5184	0.3704
Planification	0.8864	0.7782	0.7286	0.4798	1.0000	0.7237	0.7223	0.7462	0.6733
Gestion information	0.8172	0.6915	0.5973	0.4818	0.7237	1.0000	0.6534	0.7509	0.4967
Client	0.8587	0.7430	0.6617	0.4709	0.7223	0.6534	1.0000	0.6957	0.5426
Innovation	0.8813	0.8116	0.6477	0.5184	0.7462	0.7509	0.6957	1.0000	0.5601
Fournisseur	0.6842	0.6171	0.5311	0.3704	0.6733	0.4967	0.5426	0.5601	1.0000

Selon Counte et Meurer, la perception du leadership se mesure principalement avec huit questions. Celles-ci évaluent la perception des participants au niveau de l'engagement face au processus d'agrément du directeur général et de l'équipe senior de gestionnaires à savoir si la qualité fait partie de leur agenda, si les médecins sont impliqués, si les suggestions des employés sont prises en considération, si les employés sont encouragés à faire de nouvelles choses et, finalement, si les leaders donnent l'exemple et vivent la qualité.

Au tableau 51, nous analysons plus en détails les réponses aux huit questions qui mesurent la perception du leadership. Cette approche guidera notre analyse du contexte. Pour ce faire, nous avons évalué la moyenne des réponses à chacune des questions et la moyenne totale pour le domaine leadership afin de déterminer quelles étaient les perceptions les plus négatives chez les répondants.

**Tableau 51 Analyse des questions du domaine «Leadership»**

Question Organisme	Nbre	Moy_tot	ques 1	ques 3	ques 6	ques 11	ques 17	ques 20	ques 22	ques 23
N°1	395	28,89	3,67	3,71	3,38	3,60	3,62	3,55	3,72	3,64
N°2	79	27,29	3,83	3,43	3,36	3,42	3,04	3,20	3,40	3,61
N°3	87	27,27	3,40	3,52	3,38	3,28	3,36	3,36	3,50	3,47
N°4 (étude)	110	<b>23,86</b>	<b>2,98</b>	3,15	3,13	3,02	<b>2,67</b>	<b>2,81</b>	3,02	3,08
N°5	384	28,13	3,47	3,54	3,44	3,48	3,48	3,45	3,64	3,63

Notre analyse indique premièrement la moyenne totale la plus faible soit 23,86 pour l'organisme étudié. Les différences les plus remarquables concernent les questions N° 1, N° 17 et N° 20. Plus précisément, les répondants n'ont pas une bonne perception c'est-à-dire qu'ils ne considèrent pas que les efforts en gestion de la qualité soient dirigés par le directeur général et les gestionnaires seniors. Leur perception la plus faible est en relation avec la question 17. Il appert que les employés pensent que ce n'est que dans une faible mesure qu'ils sont encouragés à essayer de nouvelles façons de faire. Finalement la question N° 20 traite du comportement exemplaire de l'équipe de gestion. Les employés ont dans une faible mesure la perception que l'équipe de gestion est un modèle de comportement d'amélioration de la qualité. Malheureusement, les gestionnaires ne semblent pas donner l'impression de par leurs agissements qu'ils sont résolument engagés à améliorer la qualité.

Cette analyse nous apprend beaucoup sur la perception des participants à l'égard du leadership et sur le contexte dans lequel l'intervention a été implantée. Nous apprenons que le leadership est essentiel pour obtenir une bonne performance dans les autres domaines et que l'organisme à l'étude est affecté par une perception plutôt négative à cet égard. Le faible taux dénote une perception négative de l'engagement des leaders envers l'amélioration de la qualité due à leur incapacité de le prouver par leurs actions et leur peu d'encouragements à adopter de nouvelles façons de faire.

Les tableaux 52 et 53 portent un regard sur les processus. On présente d'entrée de jeu, les moyennes de score (exprimé en termes de pourcentage du score maximal possible) utilisées et, par la suite, les résultats de polissage par la médiane.

**Tableau 52 Analyse des moyennes du domaine «Processus» par catégories d'emploi**

**Processus**

Catégorie Organisme	Non médical	Infirmière	paramédical	Médecin
Nº1	66,07%	75,27%	75,53%	68,13%
Nº2	52,67%	71,73%	48,07%	55,33%
Nº3	76,60%	63,27%	67,80%	69,60%
Nº4 (étude)	60,40%	59,80%	59,93%	62,67%
Nº5	76,87%	69,40%	68,60%	72,80%

**Tableau 53 Polissage par la médiane du domaine «Processus» par catégories d'emploi**

**Processus**

Catégorie Organisme	Non médical	Infirmière	Paramédical	Médecin	<b>A</b>
Nº1	-4,93%	4,93%	5,07%	-5,13%	3,13%
Nº2	-0,20%	19,47%	-4,33%	0,20%	-14,93%
Nº3	8,80%	-3,93%	0,47%	-0,47%	0,00%
Nº4 (étude)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-7,47%
Nº5	6,60%	-0,27%	-1,20%	0,27%	2,47%
<b>B</b>	0,27%	-0,33%	-0,27%	2,53%	67,60%
					<b>M</b>

Au premier coup d'œil, on retrouve un effet moyen d'implantation de 67,69 %. Les effets associés aux organismes varient entre – 14,93 % et 2,47 % pour les organismes qui ont participé à l'agrément pour une étendue importante de 17,40 %. L'organisme Nº 2 affiche l'effet négatif le plus significatif avec - 14.93%. Pour sa part, l'organisme Nº 5 affiche l'effet le plus positif (2,47 %).

Les effets associés aux catégories d'emploi sont plus faibles. Ils varient entre -0,27 % et 2,53 % pour une étendue de 2,80 %. Les infirmières affichent l'effet négatif le plus significatif comme dans le niveau d'analyse leadership. Les médecins affichent l'effet le plus positif dans tous les organismes avec 2,53 %.

Le différenciateur ayant le plus d'effet sur les deux variables (organisme et catégorie) se trouve chez l'organisme N° 2, encore dans le groupe les infirmières, avec un facteur non réparti de 19,47 %. Il appert que la performance de l'organisme au niveau des processus est principalement due à groupe. Le différenciateur avec l'effet le plus faible pour les organismes ayant participé à l'agrément se retrouve également chez l'organisme N° 2 dans le groupe du personnel paramédical soit - 4.33 %. L'organisme devra s'assurer d'utiliser la mobilisation et la perception forte des infirmières dans le but de rallier les autres.

Dans le cas de l'organisme à l'étude, on constate que tous les différenciateurs sont à zéro. Dans le domaine des processus, tous les groupes démontrent encore une fois cette homogénéité dans leur perception.

Comme nous l'avons démontré précédemment, les effets associés aux organismes varient entre - 14,93 % et 2,47 % pour les organismes qui ont participé à l'agrément pour une étendue importante de 17,40 %. Lorsqu'on observe l'organisme à l'étude, on dénote un effet négatif de -7,47 %, le deuxième en importance après l'organisme N° 2.

Mais que caractérise cet écart de près de 10 % entre les organismes N° 4 et N° 5? Lorsque nous observons plus spécifiquement les trois questions qui mesurent le domaine processus, les sujets mesurés sont l'utilisation des résultats des équipes multidisciplinaires pour apporter des améliorations aux processus organisationnels, l'utilisation par ces mêmes équipes des outils d'amélioration de la qualité, et finalement l'existence d'une approche multidisciplinaire dans

l'organisme. Le tableau 54 étudie ces trois questions et dresse un portrait des moyennes par question et de la moyenne totale du domaine. Nous voulons vérifier s'il y a une ou des questions qui pourraient nous éclairer sur le contexte.

**Tableau 54 Analyse des questions du domaine «Processus»**

Question	Nbre	Moy_tot	ques 9	ques 10	ques 26
Organisme					
№1	395	10.84	3.66	3.53	3.65
№2	79	9.49	3.09	3.24	3.16
№3	87	10.15	3.48	3.48	3.20
№4 (étude)	110	9.03	3.01	3.02	3.01
№5	384	10.74	3.47	3.60	3.67

Nous constatons par l'analyse du tableau qu'aucune des questions n'affiche d'écart qui pourrait nous en dire d'avantage. La perception des acteurs est la même. Pour eux, l'organisme vient d'implanter ces fonctions et elles vont être opérationnalisées dans le contexte actuel.

Nous savons que le domaine « processus » traite principalement de la multidisciplinarité. L'étude vient renforcer nos constats du fait que l'organisme a sans aucun doute une bonne compréhension du concept de multidisciplinarité, mais la pratique actuelle dans l'organisme est loin d'avoir atteint un degré acceptable de maturité. Ceci vient également appuyer nos précédentes perceptions voulant que l'agrément ait permis des rapprochements, des interactions entre collègues et des changements d'attitude, mais peu de collaborations multidisciplinaires. Des collaborations qui favorisent l'utilisation d'outils et l'utilisation des résultats de l'équipe pour effectuer des améliorations dans l'organisme.

Regardons maintenant le domaine de **la gestion des ressources humaines et de la formation**. Les moyennes de score (exprimé en termes de pourcentage du score maximal possible) utilisées sont présentées au tableau 55 et les résultats du polissage par la médiane dans le tableau 56 qui suit.

**Tableau 55 Analyse des moyennes du domaine «RH-formation» par catégories d'emploi**

**RH-formation**

Catégorie Organisme	Non médical	Infirmière	paramédical	Médecin
Nº1	61,10%	79,00%	72,40%	66,80%
Nº2	56,50%	73,50%	39,30%	51,80%
Nº3	76,60%	67,70%	69,00%	79,30%
Nº4 (étude)	57,60%	64,20%	56,50%	59,20%
Nº5	66,70%	68,70%	59,30%	71,20%

**Tableau 56 Polissage par la médiane du domaine «RH-formation» par catégories d'emploi**

**RH-formation**

Catégorie Organisme	Non médical	Infirmière	Paramédical	Médecin	A
Nº1	-10,00%	3,60%	8,80%	-3,60%	4,30%
Nº2	2,00%	14,60%	-7,70%	-2,00%	-12,20%
Nº3	0,10%	-13,20%	-0,10%	3,50%	9,80%
Nº4 (étude)	-2,20%	0,00%	4,10%	0,00%	-6,90%
Nº5	0,00%	-2,30%	0,00%	5,10%	0,00%
<b>B</b>	0,30%	4,70%	-7,10%	-0,30%	66,40%
					<b>M</b>

La gestion des ressources humaines et la formation affichent un effet moyen d'implantation de 66,40 %. Les effets associés aux organismes varient entre - 12,20 % et 9,80 % pour les organismes qui ont participé à l'agrément pour l'étendue la plus importante de 22 %. L'organisme Nº 2 affiche l'effet négatif le plus significatif avec -12.20 % et l'organisme Nº 3 présente l'effet le plus positif avec 9,80 %.

Les effets associés aux catégories d'emploi démontrent également une variation plus importante. Ils varient entre -7,10 % et 4,70 % pour une étendue de 11,80 %. Les infirmières affichent l'effet positif le plus significatif. Les paramédicaux affichent l'effet le plus négatif.

Le différenciateur avec le plus d'effet sur les deux variables (organisme et catégorie) se retrouve chez l'organisme N° 2, encore dans le groupe des infirmières, avec un facteur non réparti de 14,60 %. Il transporte vraiment ce projet. Le différenciateur avec l'effet le plus faible pour les organismes ayant participé à l'agrément se retrouve chez l'organisme N° 3, où on constate un effet contraire malgré les résultats positifs de l'organisme N° 2 (9,80 %). Les effets du groupe des infirmières influencent à contre-courant la gestion des ressources humaines et la formation.

En ce qui concerne l'organisme à l'étude, nous constatons une étendue entre le personnel paramédical (4,10 %) et non médical (-2,20 %) de l'ordre de 6,3 %. Les médecins et les infirmières n'affichent pas de facteur de différenciation. L'organisme à l'étude affiche un effet négatif associé de -6,90 % comparativement à l'organisme N° 3, qui affiche l'effet le plus positif de 9,80 %. L'étendue entre les deux organismes est de 16.7 %.

Comme nous l'avons fait précédemment, nous allons évaluer à partir des questions ce qui peut expliquer certains phénomènes. Les questions (2) de Counte et Meurer évaluent deux concepts totalement différents et elles utilisent une définition différente de l'échelle de Likert, d'où le faible coefficient d'homogénéité pour ce domaine (0,5805). Les deux questions mesurent la perception des participants à savoir si l'organisme offre des programmes de formation basés sur des objectifs liés à l'amélioration de la qualité et, deuxièmement, mesurent la perception si l'organisme offre des sessions de formation qui permettent l'identification et l'utilisation des informations et des outils d'amélioration continue de la qualité.

Le tableau 57 illustre la moyenne des questions et la moyenne totale du domaine.



**Tableau 57 Analyse des questions du domaine «RH-formation»**

Question	Nbre	Moy_tot	ques 5	ques 27
Organisme				
Nº1	395	7,27	3,68	3,59
Nº2	79	6,42	3,42	2,99
Nº3	87	7,12	3,64	3,48
Nº4 (étude)	110	6,14	3,09	3,05
Nº5	384	6,76	3,63	3,14

A l'analyse des deux questions, on perçoit la cohérence dans les réponses et on peut faire les mêmes conclusions à savoir que l'organisme vient d'implanter les activités de formation et de gestion des ressources humaines, et qu'elles vont être opérationnalisées dans le contexte actuel. L'organisme pourra également compter sur l'effet positif des employés paramédicaux et s'assurer d'améliorer la perception du personnel non médical.

L'analyse du domaine de la **planification** se base principalement sur la mesure des perceptions en fonction de trois questions. La première touche la présence d'un plan qualité communiqué et appuyé par des objectifs clairs. La deuxième évalue si les participants ont la perception que chaque département ou programme maintient ses propres objectifs d'amélioration de la qualité. Finalement, la troisième question évalue si les employés sont impliqués dans le processus de développement des plans qualité.

Les tableaux 58 et 59 présentent les moyennes de score (exprimé en termes de pourcentage du score maximal possible) utilisées et les résultats du tableau de polissage.

**Tableau 58 Analyse des moyennes du domaine «Planification» par catégories d'emploi**

**Planification**

Catégorie Organisme	Non médical	Infirmière	paramédical	Médecin
Nº1	63,07%	74,27%	78,47%	67,13%
Nº2	57,33%	70,67%	47,40%	57,60%
Nº3	72,60%	63,53%	62,53%	73,33%
Nº4 (étude)	59,27%	60,73%	57,53%	60,80%
Nº5	70,67%	70,00%	69,47%	73,27%

**Tableau 59 Polissage par la médiane du domaine «Planification» par catégories d'emploi**

**Planification**

Catégorie Organisme	Non médical	Infirmière	Paramédical	Médecin	A
Nº1	-6,07%	3,60%	11,00%	-3,60%	<b>-8,73%</b>
Nº2	0,67%	12,53%	-7,53%	-0,67%	<b>0,00%</b>
Nº3	4,60%	-6,00%	-3,73%	3,73%	<b>1,13%</b>
Nº4 (étude)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	<b>-11,33%</b>
Nº5	-0,27%	-2,33%	0,27%	0,73%	<b>2,87%</b>
<b>B</b>	<b>-0,73%</b>	<b>0,73%</b>	<b>-2,47%</b>	<b>0,80%</b>	<b>68,73%</b>
					<b>M</b>

Le domaine de la planification affiche un effet moyen d'implantation de 68,73 %. Les effets associés aux organismes varient entre – 11,33 % et 2,87 % pour les organismes qui ont participé à l'agrément pour une variation totale de 14.20 %. Notre site à l'étude (Nº 4) affiche l'effet négatif le plus significatif soit -11.33 % et l'organisme Nº 5 affiche un effet positif avec 2,87 %. Cet organisme, on se rappelle, est celui qui participe au processus d'agrément depuis le plus longtemps.

Les effets associés aux catégories d'emploi ne démontrent pas un effet important. Ils varient entre 0,80 % et -2,47 % pour une étendue de 3,27 %. Les médecins affichent l'effet le plus positif sur la planification et les paramédicaux affichent l'effet le plus négatif dans les organismes. Il va sans dire que les médecins ont un effet positif parce qu'ils ont la perception que l'organisme développe un plan qualité et que chacun des départements a ses propres objectifs et qu'ils sont impliqués dans le processus. En connaissance de

cause, cette légère différenciation prend beaucoup de sens dans le contexte étudié. La gestion médicale et la présence départementale sont très fortes au Moyen-Orient.

Le différenciateur avec le plus d'effet se retrouve encore chez l'organisme № 2 avec un facteur positif non réparti de 12,53 % et un facteur négatif de -7,53 % chez le personnel paramédical. Ces deux colonnes de perception dénotent une situation intéressante et possiblement problématique. Un écart de 20,06 % entre ces deux groupes, à l'intérieur du même organisme, exigera une attention particulière et une gestion efficace du changement. Le bonheur des uns semble en effet faire le malheur des autres.

En ce qui concerne l'organisme à l'étude, malgré un effet associé aux organismes le plus faible d'entre tous (-11,33 %), il affiche une homogénéité parfaite entre les différentes catégories d'emploi. Cette absence d'étendue démontre que tous et chacun ont le même niveau de perception dans l'organisme. Ils en sont tous au même stade.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'organisme étudié démontre le taux  $A_i$  le plus faible avec -11,33 %. Rappelons que dans le cadre de l'analyse des plans structuraux, l'intervention avait démontré des résultats mitigés sur ce plan. L'organisme avait développé et entrepris la mise en œuvre de seulement 33 % des plan structuraux requis pour l'agrément. Ces résultats confirment donc l'analyse des plans structuraux.

De plus, nous avons effectué l'analyse dans le tableau 60 des trois questions qui traitent de la planification afin d'identifier un écart dans les perceptions dans le cas de l'une d'entre celles-ci.

**Tableau 60 Analyse des questions du domaine «Planification»**

Question	Nbre	Moy_tot	ques 13	ques 14	ques 15
Organisme					
Nº1	395	10,66	3,52	3,58	3,56
Nº2	79	9,61	3,13	3,25	3,23
Nº3	87	10,00	3,18	3,46	3,37
Nº4 (étude)	110	9,01	3,01	2,95	3,05
Nº5	384	10,57	3,52	3,59	3,46

Nous constatons que la perception la plus faible a été enregistrée pour la question Nº 14 qui traite du développement et du suivi d'objectifs liés à la qualité par chacune des équipes de travail ou de département. L'équipe de direction devra renforcer son leadership et, en collaboration avec les membres des équipes, développer des objectifs clairs pour ensuite les communiquer et mesurer sa performance à ce chapitre.

Le domaine de **la gestion de l'information** propose d'évaluer la perception des participants en relation avec la qualité de l'information qui circule dans l'organisme, la contribution des employés à la sélection des données qui sont amassées et finalement, sur la pertinence de l'information reçue sur les services, la sécurité des patients et les finances pour contribuer à l'amélioration quotidienne des activités (tableaux 61 et 62).

**Tableau 61 Analyse des moyennes du domaine «Gestion de l'information» par catégories d'emploi****G-info**

Catégorie	Non médical	Infirmière	paramédical	Médecin
Organisme				
Nº1	58,67%	72,53%	78,60%	66,07%
Nº2	54,67%	68,13%	46,20%	55,73%
Nº3	67,47%	63,20%	60,87%	73,07%
Nº4 (étude)	60,00%	58,87%	52,33%	59,27%
Nº5	66,60%	67,07%	65,20%	69,67%

**Tableau 62 Polissage par la médiane du domaine «Gestion de l'information» par catégories d'emploi**

<b>G-info</b>					
Catégorie	Non médical	Infirmière	Paramédical	Médecin	A
Organisme					
N°1	-9,80%	3,47%	16,00%	-3,47%	<b>1,33%</b>
N°2	0,00%	12,87%	-2,60%	0,00%	<b>-12,40%</b>
N°3	0,33%	-4,53%	-0,33%	4,93%	<b>0,00%</b>
N°4 (étude)	<b>1,80%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>-0,07%</b>	<b>-8,87%</b>
N°5	-0,93%	-1,20%	3,53%	0,93%	<b>0,47%</b>
<b>B</b>	<b>-0,33%</b>	<b>0,33%</b>	<b>-6,20%</b>	<b>0,80%</b>	<b>67,40%</b>
					<b>M</b>

Les tableaux 61 et 62 fournissent encore une fois des informations intéressantes. Les variations entre les extrêmes, à l'exception de l'organisme N° 1 qui n'a pas amorcé son processus d'agrément démontre des différences importantes entre les organismes N° 5, N°2 et N° 4. L'écart entre les catégories d'emploi est de 7 %, soit la différence entre l'effet négatif (-6,20%) du personnel paramédical et l'effet positif (0,80 %) des médecins.

Le différenciateur qui a le plus d'effet, toujours en excluant l'organisme N° 1 se trouve encore chez l'organisme N° 2 avec un facteur positif non réparti de 12,87 % chez les infirmières. Pour l'effet le plus négatif sur la gestion de l'information et l'organisme, il se retrouve chez l'organisme N° 3 pour le groupe des infirmières, soit -4,53 %. Ces deux organismes sont aux antipodes pour ce qui est de la perception des infirmières, non seulement pour ce domaine, mais également pour les domaines « processus » et « gestion des ressources humaines ».

Chez l'organisme à l'étude, l'effet associé aux organismes est le deuxième plus faible soit -8,87 %. On y constate une faible étendue entre médecins et personnel non médical de 1,87%. Ce domaine affiche encore une bonne homogénéité.

Lorsqu'on observe les trois questions, on constate chez notre organisme à l'étude la moyenne totale la plus basse, mais également des moyennes plus faibles pour les questions №8 et №16. La première question traite de la perception des gens vis-à-vis leur implication dans la sélection et la collecte d'information. Comme pour le leadership, les gens ne se sentent pas encouragés ou impliqués dans le processus de sélection. Ils ont plutôt une perception d'imposition de haut en bas. La question № 16 traite particulièrement de la restitution d'information pour maximiser les efforts d'amélioration de la qualité. Les participants perçoivent que l'organisme est dans une période de transformation et qu'ils recevront l'information dans ce nouveau contexte.

Au début de l'implantation des concepts d'amélioration continue de la qualité, un dès domaines considérés comme prioritaires, au même titre que le leadership, est l'**approche client**. Selon Counte et Meurer, on retrouve habituellement des résultats forts dans ce domaine au moment de l'implantation des démarches, plus spécifiquement lorsque les organismes ont atteint le niveau 2 d'implantation.

Ce domaine s'intéresse plus particulièrement à la mesure de la satisfaction, la gestion des plaintes et la connaissance de la clientèle de l'organisme. Suivant une approche similaire, les tableaux 63 et 64 présentent les moyennes de score (exprimé en termes de pourcentage du score maximal possible) utilisées et leur polissage.

**Tableau 63 Analyse des moyennes du domaine «Approche client» par catégories d'emploi**

**Client**

Catégorie Organisme	Non médical	Infirmière	paramédical	Médecin
№1	67,40%	77,60%	84,50%	74,95%
№2	55,25%	72,70%	45,15%	49,40%
№3	72,30%	65,45%	67,65%	78,50%
№4 (étude)	60,55%	61,90%	61,65%	63,00%
№5	71,60%	70,20%	70,10%	74,35%

**Tableau 64 Polissage par la médiane du domaine «Approche client» par catégories d'emploi**

Client					
Catégorie	Non médical	Infirmière	Paramédical	Médecin	A
Organisme					
Nº1	-8,90%	1,90%	9,70%	-1,90%	5,55%
Nº2	3,20%	21,25%	-5,40%	-3,20%	-18,65%
Nº3	1,60%	-4,70%	-1,60%	7,25%	0,00%
Nº4 (étude)	-1,90%	0,00%	0,70%	0,00%	-8,25%
Nº5	0,00%	-0,80%	0,00%	2,20%	0,90%
<b>B</b>	<b>0,30%</b>	<b>-0,30%</b>	<b>-1,20%</b>	<b>0,80%</b>	<b>70,45%</b>
					<b>M</b>

On retrouve initialement l'effet moyen d'implantation le plus élevé soit 70,45 %. Les effets associés aux organismes varient entre – 18,65 % et 0,90 % pour les organismes qui ont participé à l'agrément pour une étendue de 19,55 %. L'organisme à l'étude (Nº 4) affiche également un effet négatif significatif de - 8.25 %, le deuxième en importance. Pour sa part, l'organisme Nº 5 affiche l'effet le plus positif (0,90 %) et l'organisme Nº 2 l'effet contraire avec -18,65%.

Les effets associés aux catégories d'emploi sont plus faibles. Ils varient entre -1,20 % et 0,80 % pour une étendue de 2,00%. Le personnel paramédical démontre l'effet négatif le plus significatif avec -1,20 %. Les médecins affichent comme pour le domaine « processus » un effet positif dans les organismes sur l'approche client avec 0,80 %.

Le différenciateur avec le plus d'effet sur les deux variables (organisme et catégorie) se retrouve chez l'organisme Nº 2. Les infirmières sont le seul corps médical qui a une influence positive. Les médecins et le personnel paramédical ont une influence négative de -3,20 % et de -5.40 % respectivement.

Pour l'organisme à l'étude, on constate une étendue encore très faible et presque nulle (2,6 %) entre les catégories d'emploi, ce qui ne laisse par émerger de différenciateur. Mais comment expliquer l'effet négatif de -8,25%.

Nous avons apporté lors des analyses d'amélioration de la qualité à la section 6.4.1 des preuves significatives d'amélioration liées aux sondages de satisfaction de la clientèle et du personnel.

À l'analyse des quatre questions, on perçoit que les répondants savent que l'organisme utilise les informations recueillies auprès des clients pour améliorer les services et que la gestion des plaintes est réelle. Ils démontrent une plus faible moyenne au niveau de la connaissance de la clientèle. Selon nous, tous reconnaissent que l'organisme en est au stade préliminaire du processus d'agrément et leur cheminement se fait dans l'esprit d'un projet commun.

La notion **d'innovation** évalue principalement la capacité de l'organisme d'adopter et de diffuser d'une façon efficace et rapide, les nouvelles technologies qui émergent dans l'organisme. Les trois questions de l'outil mesurent principalement la perception des répondants sur trois points : 1) l'encouragement de la créativité par l'organisme; 2) si la culture organisationnelle encourage l'implantation des suggestions d'amélioration de la qualité par les employés; et finalement 3) si l'organisme, de façon proactive, expérimente avec des nouvelles technologies pour améliorer les soins et services.

Les tableaux 65 et 66 présentent les moyennes de score (exprimé en termes de pourcentage du score maximal possible) utilisées et leur polissage.



**Tableau 65** Analyse des moyennes du domaine «Innovation» par catégories d'emploi**Innovation**

Catégorie Organisme	Non médical	Infirmière	paramédical	Médecin
Nº1	65,60%	73,67%	77,93%	70,27%
Nº2	56,67%	68,93%	49,93%	59,00%
Nº3	69,67%	61,27%	60,40%	72,73%
Nº4 (étude)	60,00%	59,33%	57,33%	58,40%
Nº5	71,13%	68,00%	74,00%	73,33%

**Tableau 66** Polissage par la médiane du domaine «Innovation» par catégories d'emploi**Innovation**

Catégorie Organisme	Non médical	Infirmière	Paramédical	Médecin	A
Nº1	-4,53%	2,00%	8,27%	-2,00%	4,87%
Nº2	-0,07%	10,60%	-6,33%	0,07%	-8,53%
Nº3	4,47%	-5,60%	-4,47%	5,27%	0,00%
Nº4 (étude)	2,20%	0,00%	0,00%	-1,53%	-7,47%
Nº5	0,00%	-4,73%	3,27%	0,00%	5,93%
<b>B</b>	<b>-0,80%</b>	<b>0,80%</b>	<b>-1,20%</b>	<b>1,40%</b>	<b>66,07%</b>
					<b>M</b>

Ce domaine affiche le facteur commun le plus bas soit 66,07 %. La variation entre les antipodes, organismes Nº 5 (5,93 %) et Nº 2 (-8,53 %) est de 14,46 %. Très peu d'effets (2,6 %) sont constatés entre les catégories d'emploi. Les médecins affichent l'effet le plus positif (1,40 %) sur l'innovation et le personnel paramédical l'effet inverse (-1,20 %). Notre organisme affiche un effet négatif sur l'innovation de -7,47 % toutes catégories d'emploi confondues

Les différenciateurs avec l'effet le plus positif et négatif se retrouvent tous deux chez l'organisme Nº 2 où l'étendue est de 16,93% encore une fois entre infirmière et personnel paramédical.

L'organisme à l'étude affiche une variation entre les médecins (-1,53 %) et le personnel non médical (2,00 %) pour une étendue interne de 3,53 %.

À l'analyse des trois questions du tableau 67 on constate que les questions № 7 et № 12 produisent une moyenne légèrement plus basse que la question № 24. La question № 7 traite principalement de l'encouragement à la créativité et la question № 12 de la culture organisationnelle qui reconnaît et implante les suggestions des employés. Comme pour le « leadership » et la « gestion de l'information », le domaine de l'innovation vient renchéris sur la notion d'implication du personnel. Les gens n'ont pas la perception d'être encouragés à contribuer, à s'impliquer et à collaborer dans ces domaines.

**Tableau 67 Analyse des questions du domaine «Innovation»**

Question	Nbre	Moy_tot	ques 7	ques 12	ques 24
Organisme					
№1	395	10,75	3,47	3,44	3,83
№2	79	9,48	3,02	3,13	3,33
№3	87	9,66	3,21	3,07	3,38
№4 (étude)	110	8,89	2,89	2,90	3,10
№5	384	10,47	3,42	3,38	3,67

Notre dernier domaine traite de la gestion des **fournisseurs**. Nous savons que ce domaine n'est analysé qu'à l'aide d'une seule question et que celle-ci a généré le plus haut taux de « je ne sais pas ». Comme nous l'avons expliqué précédemment, le fait que le questionnaire ait été administré à travailleurs sur le terrain rend la réponse à cette question difficile. Elle mesure essentiellement si l'organisme utilise des attributs autres que celui du prix pour choisir ses fournisseurs.

Néanmoins, les tableaux 68 et 69 présentent les moyennes de score (exprimé en termes de pourcentage du score maximal possible) utilisées ainsi que leur polissage.

**Tableau 68 Analyse des moyennes du domaine «Fournisseur» par catégories d'emploi**

Fournisseur				
Catégorie	Non médical	Infirmière	paramédical	Médecin
Organisme				
Nº1	63,60%	72,60%	80,00%	63,00%
Nº2	68,00%	70,60%	57,00%	62,20%
Nº3	64,20%	61,00%	58,60%	75,00%
Nº4 (étude)	58,80%	60,00%	60,00%	59,00%
Nº5	68,00%	63,60%	67,00%	68,60%

**Tableau 69 Polissage par la médiane du domaine «Fournisseur» par catégories d'emploi**

Fournisseur					
Catégorie	Non médical	Infirmière	Paramédical	Médecin	A
Organisme					
Nº1	-4,60%	4,20%	12,60%	-4,20%	2,80%
Nº2	2,40%	5,00%	-7,80%	-2,40%	0,00%
Nº3	1,60%	-1,60%	-3,00%	13,40%	-3,00%
Nº4 (étude)	-1,00%	0,00%	1,00%	0,00%	-5,60%
Nº5	0,00%	-4,40%	0,00%	1,60%	2,40%
<b>B</b>	<b>0,40%</b>	<b>0,60%</b>	<b>-0,40%</b>	<b>-0,60%</b>	
					<b>65,20%</b>
					<b>M</b>

Mis à part l'organisme Nº 1, l'organisme Nº 5 démontre l'effet le plus positif soit 2,40 %. Il y a très peu de variations entre les catégories d'emploi à l'exception de l'organisme Nº 3 où les médecins démontrent l'effet différenciateur le plus positif soit 13,40 %. Les médecins ont une très bonne perception du processus d'achat dans l'organisme. Les employés paramédicaux de l'organisme Nº 2 démontrent l'effet le plus négatif avec -7,80 %.

Le site à l'étude affiche l'effet négatif le plus prononcé avec un facteur A de -5,60 %. Les gens ont donc une idée très imprécise du processus d'achat dans l'organisme.

#### **6.4.3.5 Synthèse des analyses du développement de capacités organisationnelles « Niveau d'implantation de l'amélioration continue de la qualité »**

En résumé et par suite de notre analyse du niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité, nous pouvons faire ressortir les observations suivantes sur le site à l'étude.

1. Il démontre le niveau d'implantation le plus bas soit 81,03 %.
2. Il obtient l'effet négatif le plus prépondérant dans tous les domaines soit - 6,99%.
3. Il n'affiche aucun effet positif sur la moyenne commune, et ce, pour tous les domaines.
4. La majorité des individus qui ont été sondés se situent au niveau 1 (assurance qualité) du continuum d'implantation.
5. Aucune catégorie d'emploi ne se distingue des autres comparativement aux autres organismes. On y constate l'homogénéité la plus prononcée entre les catégories d'emploi.
6. Il présente l'effet sur le leadership le plus bas (-9,45 %) comparativement aux autres organismes, et ce, malgré les efforts de ses gestionnaires. La perception des répondants ne lui donne pas la cote par rapport aux autres, notamment en raison de la faible perception des efforts de l'équipe de direction, de son faible niveau d'encouragement des employés à essayer de nouvelles façons de faire et finalement la perception que les membres de l'équipe de gestion ne sont pas toujours des modèles de comportement d'amélioration de la qualité.

7. L'organisme présente un effet négatif de -7,45 % sur le domaine des processus causé par le faible niveau de leadership de l'équipe de direction. L'étude du domaine « processus » vient renforcer nos allusions à une compréhension uniforme du concept de multidisciplinarité. Sa pratique dans cet organisme est embryonnaire. L'agrément a permis des rapprochements, des interactions entre collègues et des changements d'attitude, mais peu de collaboration multidisciplinaire.
8. L'organisme présente un effet négatif, le deuxième en importance dans le domaine de la gestion des ressources humaines et de la formation soit -6,90%. C'est dans ce domaine qu'on observe la plus forte étendue (6,3 %) entre le personnel paramédical et non médical.
9. L'organisme affiche, dans le domaine de la planification, l'effet négatif le plus significatif sur la moyenne commune soit -11.33%. Le résultat observé dans ce domaine s'accorde avec celui de l'analyse des plans structuraux qui démontre un développement et une mise en œuvre de 33 % des plans requis par le processus d'agrément. De plus, l'équipe de direction devra renforcer son leadership et collaborer au développement d'objectifs clairs sur la qualité, les communiquer et démontrer l'atteinte de ces objectifs.
10. L'organisme démontre sur le plan de la gestion de l'information le deuxième plus faible effet associé à l'organisme soit -8,87%. La perception la plus faible chez les employés concerne leur niveau de leur implication dans la sélection et la collecte d'information et la restitution d'information pour maximiser les efforts d'amélioration de la qualité. Comme pour le leadership, les gens ne se sentent pas encouragés ou impliqués dans ces processus.
11. L'organisme démontre dans le domaine de l'approche client un effet négatif significatif sur la moyenne commune de -8.25%, la deuxième en importance en rapport avec les autres organismes. Les répondants savent que l'organisme

utilise les informations des clients pour améliorer les services et tout au plus qu'une procédure de gestion des plaintes existe. Le processus est en phase d'implantation.

12. L'organisme affiche un effet négatif sur l'organisation et l'innovation de -7,47 %. Comme pour le leadership et la gestion de l'information, le domaine de l'innovation vient confirmer les perceptions du personnel concernant l'implication. Les employés n'ont pas la perception d'être encouragés à contribuer, s'impliquer et collaborer dans ces domaines.
13. Pour ce qui est du domaine des fournisseurs, le site à l'étude affiche l'effet négatif le plus haut avec un facteur  $A$  de -5,60 %. Les gens ont donc une très vague compréhension du processus d'achat en place dans l'organisme.

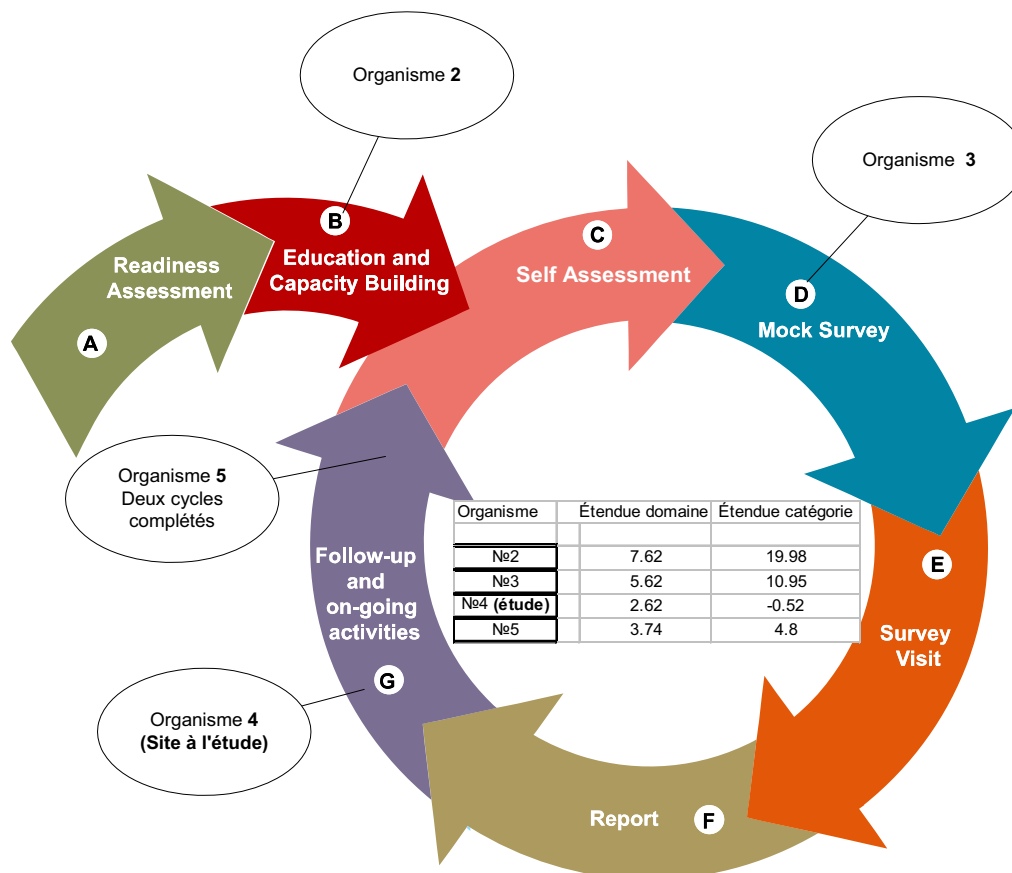
Globalement, nous sommes encouragés de constater que, de tous les organismes localisés au Moyen-Orient et en l'Arabie Saoudite, l'organisme N° 5, impliqué dans un processus d'agrément depuis le plus longtemps, affiche l'effet le plus positif sur l'ensemble des domaines avec 2,33 % comparativement à l'organisme N° 4 qui affiche un effet négatif de -6.99 % pour une variation totale de 9,32 %. Ceci démontre une variation significative entre les organismes en fonction de leur positionnement dans le cycle d'agrément. L'organisme N° 5, par rapport au site à l'étude, démontre un niveau d'implantation de niveau 1, mais à la jonction du niveau 2, tandis que l'organisme N° 4 est dans une phase embryonnaire d'implantation. Il est important de constater que tous les organismes, même s'ils sont au début du processus, sont presque tous à la jonction du niveau 2. Leur performance sur l'échelle de Counte et Meurer (ci-dessous) accuse déjà des progrès qui les éloignent du zéro et les rapprochent plus du niveau 2 (tableau 70).

**Tableau 70 Limite des niveaux d'implantation de l'amélioration de la qualité**

<b>Niveau d'implantation</b>	<b>Limite des niveaux</b>
Niveau 1	<b>0 – 96.43</b>
<i>Approche réactive d'assurance qualité</i>	
Niveau 2	<b>96.44 – 106.1</b>
<i>Implantation <b>faible</b> de l'amélioration continue de la qualité</i>	
Niveau 3	<b>106.2 – 115.7</b>
<i>Implantation <b>modérée</b> de l'amélioration continue de la qualité</i>	
Niveau 4	<b>115.8 – 125.36</b>
<i>Implantation <b>forte</b> de l'amélioration continue de la qualité</i>	
Niveau 5	<b>125.37 - 135</b>
<i><b>Institutionnalisation</b> de l'amélioration continue de la qualité</i>	

Un autre phénomène intéressant est présenté dans la figure 19. Il appert en effet que chez les organismes saoudiens qui ont entamé un processus d'agrément, les écarts entre les domaines s'amenuisent à mesure qu'ils progressent dans le cycle. De plus, plus les organismes sont exposés aux différents stades du processus, plus ils développent des capacités et un transfert de connaissances efficace qui ont pour effet d'augmenter l'homogénéité entre les domaines et, de façon plus évidente, entre les différentes catégories d'emploi. Dans le contexte étudié, l'agrément est donc le moteur du transfert de connaissances organisationnelles. Celles-ci s'accroissent en fonction de l'évolution de l'organisme dans le cycle d'agrément dans une perspective d'en arriver à une répartition plus homogène des pratiques et des savoirs.

**Figure 19** Analyse des écarts entre les domaines et catégories d'emploi en relation aux étapes du processus d'agrément



Enfin, par suite de nos analyses, nous sommes d'avis que l'effet de l'intervention sur l'implantation d'une culture d'amélioration de la qualité est mitigé pour l'organisme à l'étude, mais comparativement à l'organisme Nº 5, l'organisme étudié présente un potentiel intéressant. Cette affirmation ne veut pas dire que l'organisme ne s'est pas amélioré, mais qu'il amorce les apprentissages qui le conduiront vers une institutionnalisation des concepts et des méthodes dans l'avenir. Nous sommes convaincus, uniquement par ces résultats, que l'agrément a contribué à une distribution homogène des nouvelles pratiques dans l'organisme à l'étude et dans l'organisme Nº 5. Enfin, malgré les efforts des gestionnaires de l'organisme, les réactions



demeurent mitigées. L'équipe de direction devra redoubler d'effort afin d'introduire cette nouvelle culture dans un environnement complexe (tableau 71).

**Tableau 71 Analyse des effets de l'agrément sur l'organisme  
(Niveau d'implantation de l'amélioration continue de la qualité)**

<b>Effets escomptés</b>		
Niveau d'implantation	Distribution homogène des principes	Leadership
+ -	++	+ -
++	très efficace	
+	efficace	
+ -	réaction mitigée	
-	inefficace	
--	effet nuisible	

<b>Niveau de compréhension des effets</b>	<b>Définition des niveaux de compréhension des effets</b>
Très efficace	Présence de preuves solides avec une influence significative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Efficace	Présence de preuves avec une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Réaction mitigée	Présence de preuves « porte-à-faux » avec lesquelles il est impossible de juger objectivement la production des effets
Inefficace	Aucune preuve mesurée
Effet nuisible	Présence de preuves avec une influence négative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

Assurer la prise en charge du processus par l'équipe de direction et assurer un soutien et la formation nécessaire.

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

Communiquer aux les dirigeants l'importance de vivre la qualité et devenir des exemples tangibles dans l'organisme.

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

Assurer un développement tout au long du processus des activités qui encourage la créativité et la gestion collaborative et participative.

## **6.5 EXPOSÉ DES RÉSULTATS DU NIVEAU D'ANALYSE « SYSTÈME »**

Le niveau d'analyse « système » cherche à savoir si l'organisme a un impact sur la qualité et la performance du système de soins de santé et sur l'état de santé des clients utilisateurs et des membres de la communauté. La notion de système ou de réseau se rapporte à l'ensemble des organismes impliqués dans la réalisation d'une fonction donnée, par exemple contribuer au système de soins de santé. Elle constitue l'impact ultime du développement des capacités et pour nous, dans le contexte du Moyen-Orient, la plus difficile à cerner. Néanmoins, notre approche tente de déterminer si l'organisme a développé de nouvelles alliances stratégiques et s'il a développé de nouveaux liens avec la communauté. Nos données qualitatives et la revue de la documentation ont été principalement utilisées pour l'évaluation de cette unité d'analyse.

Nous avons entrepris notre démarche en demandant aux 34 participants interviewés s'ils étaient d'avis que l'obtention de l'agrément positionnait l'organisme d'une façon plus concurrentielle dans l'environnement de la région. Au total, 97 % des participants ont répondu par l'affirmative

incluant 15 qui ont seulement répondu par un « oui » et 15 autres qui ont surtout fait mention d'un accroissement tangible de la demande auprès de l'organisme.

<b>Citation 1</b>	<i>Because of accreditation a lot of patients coming here.</i>
<b>Citation 2</b>	<i>Because people in Saudi Arabia they think if you are accredited by the Canadian standards, this mean something, they are good,</i>
<b>Citation 3</b>	<i>With the sign now Canadian accredited, maybe this is the reason why we are overflowing. Because we really feel this after the accreditation.</i>

Au total, 62 % des participants prétendent être en meilleure position que les autres organismes privés dans la région, principalement en raison de leur reconnaissance d'agrément par le CCASS. Ceci s'explique surtout par leur perception de capter des parts de marché (n=23) et d'être distincts par rapport aux autres. Les participants se perçoivent également comme différents à cause de leur perception d'offrir des services de qualité (n=14) et à cause de leur connaissance de la satisfaction de la clientèle (n=6).

À l'analyse du discours, on constate également que l'organisme a été en mesure de développer de nouvelles alliances stratégiques avec des compagnies d'assurance. Ces associations ont pour conséquences d'améliorer pour les bénéficiaires l'accès aux plans d'assurance de nouvelles institutions. Les citations ci-dessous donnent un aperçu de la perception de certains répondants sur ces nouveaux partenariats.

<b>Citation 1</b>	<i>Since we have the accreditation, we have good improvement in the quality of service in our hospital. This means we'll have more confidence from the insurance companies</i>
-------------------	--

<b>Citation 2</b>	<i>The number of patients changes, but you know, insurance companies, the clients, insurance companies, they feel they're happy you know. Three contracts with new companies, and they said, Okay you know go with this organisation they are accredited.</i>
<b>Citation 3</b>	<i>Actually because the number of the patients have increased. We want to know why. They took another insurance company.</i>
<b>Documentation 1</b>	The organization has a good understanding of who their strategic partners are and of their needs. The strategic partners include the insurance companies and the local clinics. There are contracts with different clinics for access to hospital resources. The patients are also strategic partners. There are satellite clinics in the telecommunication industry. Meetings with these partners occur regularly.

Sur le plan du développement de nouveaux liens avec la communauté, nous débutons avec deux citations, la première témoignant de la complexité observée et la deuxième faisant état des efforts organisationnels dans ce domaine. Les citations proviennent du rapport de visite rédigé par les visiteurs du CCASS.

<b>Documentation 1</b>	<i>Community integration is difficult, as community services do not exist</i>
<b>Documentation 2</b>	The organization has shifted to a proactive perspective. Community partners have noticed the improvements in planning and the reputation of the organization.

De plus, lors de notre codage, nous avons répertorié certains exemples non représentatifs d'action communautaire ou de promotion de la santé qui démontrent également les nouvelles pratiques adoptées.

<b>Citation 1</b>	<i>Because after the accreditation, the hospital won a ribbon in the ministry of health.</i>
-------------------	--

<b>Citation 2</b>	<i>The mother delivered here, and the daughter is coming back to deliver here. We are having the grandfather, and the father and the son. So the families are coming here. Insurance companies want their clients to get health services from this hospital.</i>
<b>Citation 3</b>	<i>I think the Internal Medicine Day, recently we have this experience. We invited some of our doctors in Internal Medicine doctors. They invited their patients, they invited patients to come here in hospital, and we help.</i>

### 6.5.1 SYNTHÈSE DES ANALYSES DU DÉVELOPPEMENT DE CAPACITÉS « SYSTÈME »

Globalement, nous sommes d'avis que beaucoup de travail reste à faire dans l'élaboration de stratégies de mesure dans cette unité d'analyse. Il est évident à la lecture de la documentation que les normes du système de santé canadien ont grandement sensibilisé l'organisme à l'importance d'un rapprochement avec la communauté. Il faut dire que Rome ne s'est pas construite en un jour, mais que des progrès appréciables ont quand même été réalisés, en connaissance de cause, comparativement à d'autres d'organismes.

Mis à part les nouvelles relations établies avec les compagnies d'assurance, peu d'autres mesures ont été répertoriées. Il convient cependant de signaler que l'organisme a, pour la première fois, publié un rapport annuel qui rend compte de ses activités, de sa mission, de ses valeurs et de sa vision. Cette démarche de transparence et d'ouverture sur le monde extérieur est une étape difficile à franchir dans ce coin du monde, surtout considérant le caractère privé de l'institution (tableau 72).

**Tableau 72 Analyse des effets de l'agrément sur l'organisme  
(Développement de partenariats et Développement communautaire)**

<b>Effets escomptés</b>		
Développement de collaborations multisectorielles	Actions d'imputabilité et de transparence	Activités de promotion de la santé
+ -	+ -	+ -
++		
+		
+ -		
-		
--		

<b>Niveau de compréhension des effets</b>	<b>Définition des niveaux de compréhension des effets</b>
Très efficace	Présence de preuves solides avec une influence significative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Efficace	Présence de preuves avec une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités
Réaction mitigée	Présence de preuves « porte-à-faux » avec lesquelles il est impossible de juger objectivement la production des effets
Inefficace	Aucune preuve mesurée
Effet nuisible	Présence de preuves avec une influence négative sur le niveau d'analyse étudié et sur la production d'effets de développement des capacités

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

Introduire dans l'intervention une série d'interactions communautaires afin de sensibiliser à l'importance de ce principe et d'assurer une adaptation au domaine privé.

**Stratégie d'implantation de l'intervention**

Assurer le développement d'indicateurs afin de mesurer l'impact systémique de l'organisme, plus particulièrement sur la promotion de la santé.

**6.6 LA RIGUEUR DES RÉSULTATS**

Cette recherche vise à évaluer l'implantation du programme d'agrément international du CCASS. Elle utilise l'étude d'un cas unique (un seul site) avec quatre niveaux imbriqués d'analyse. Les études de cas ont pour objectif de rendre compréhensible des réalités complexes. Le fait d'utiliser un cas unique introduit une certaine perception de vulnérabilité sur le plan de la rigueur, découlant principalement du fait que les comparaisons se font nécessairement avec le même groupe avec les risques de confondre les effets de vieillissement, de maturation, de causalité, etc. Il est donc plus difficile d'assurer que les résultats observés découlent directement de l'implantation de l'intervention étudiée.

Le but de cette section est premièrement d'évaluer si les résultats de l'étude sont pertinents et crédibles. Autrement dit le lecteur doit être certain qu'il se positionne devant un portrait authentique de ce qui a été dit et observé. Deuxièmement, cette section cherche à établir si les conclusions de l'étude sont généralisables à d'autre contexte. En relation avec les travaux de Guba<sup>141</sup> (1990), nous évaluerons l'authenticité des conclusions de l'étude à partir de quatre critères : confirmabilité, crédibilité et l'imputabilité procédurale et la transférabilité.

En relation avec cette section et tel que mentionné en introduction, il est important de se souvenir que cette thèse s'intéresse particulièrement au programme d'agrément international du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). La recherche a été faite dans un contexte de travail/étude. Le chercheur principal était un employé permanent du CCASS. Il occupait des fonctions de gestion et était considéré un *praticien-chercheur* avec tous les avantages et

inconvenients que cela comporte notamment le biais d'interprétation qui selon nous fut limité de part la crédibilité des résultats et la robustesse des procédures.

### **6.6.1 LA CONFIRMABILITÉ**

La confirmabilité est parallèle au critère conventionnel de l'objectivité pour lequel la neutralité est l'élément fondamental. La confirmabilité assure le lecteur que les données recueillies, les interprétations et les résultats ne sont pas seulement le fruit de l'imagination du chercheur, mais qu'ils sont ancrés dans le contexte étudié.

Cette étude et les résultats décrits précédemment sont le fruit d'une démarche planifiée et appuyée sur un protocole de recherche approuvé lors de l'examen synthèse. Tous les documents, grilles d'analyse, bases de données, outils de mesures, système de codage, matériel empirique, analyses statistiques pourront être rendus disponibles dans le but de démontrer la rigueur du processus. De plus, cette étude a été réalisée en interdisciplinarité. Les experts qui y ont collaboré seront disponibles pour démontrer la rigueur de leurs méthodologies. Comme chercheur dans le domaine de l'évaluation externe, nous sommes disponibles pour un audit de confirmabilité afin d'obtenir des points d'amélioration qui nous aideront à développer nos capacités. Finalement, plusieurs étapes de cette recherche ont été faites en partenariat dans le but d'éviter des dérapages. Les entrevues ont été effectuées en deux tranches, une par le chercheur principal et l'autre par un chercheur de l'Université américaine de Beyrouth. L'administration du questionnaire sur l'implantation de l'amélioration de la qualité a été validée par ses créateurs qui œuvrent à l'Université de St-Louis. Les analyses statistiques ont été initialement faites par un statisticien d'expérience et indépendant. Le premier codage a été effectué par un spécialiste en méthode qualitative indépendant et a été revalidé par le chercheur principal à l'aide d'un processus de rétroaction. Ces états de fait ne garantissent pas pour autant la



possibilité d'un biais de recueil, mais notre exposition physique au cas sur une longue période de temps et une collecte d'information en temps direct nous porte à croire que nous détenons de l'information véridique et d'une grande qualité.

### 6.6.3 LA CRÉDIBILITÉ DES RÉSULTATS

La crédibilité s'apparente à la validité interne proposée par des approches plus positivistes. Elle s'attarde principalement à établir la crédibilité entre la réalité construite par les répondants et celle du chercheur. Ce critère d'authenticité s'évalue en utilisant selon Guba<sup>142</sup> (1990) six techniques grandement reconnues : L'engagement prolongé du chercheur sur le site d'implantation, l'observation continue, la rétroaction avec les pairs, l'analyse négative du cas, la subjectivité progressive et la restitution des résultats.

Afin de démontrer ce critère, nous allons décrire pour chacune des techniques les stratégies qui ont été prises pour assurer aux lecteurs la crédibilité des résultats.

**L'engagement prolongé :** L'étude s'est étendue sur une période de presque deux ans et la collecte des données durant toute cette période. Cinq intervenants ont contribué à l'ensemble des techniques de recherche mentionné dans la méthodologie. **L'observation continue :** Plus de 464 heures d'observation ont été réalisées par les cinq intervenants dans le site à l'étude pour effectuer la collecte de données. Certaines des observations se sont étendues sur des périodes de plus de cinq jours. **La rétroaction avec les pairs :** Tout au cours de l'étude, nous avons effectué des partenariats multidisciplinaires avec des individus non engagés afin de discuter certains résultats, nos perceptions et nos conclusions. Ces partenaires sont connaissant dans le domaine de l'agrément et poursuivent eux-mêmes des recherches dans ce domaine dans d'autres pays. Plusieurs discussions sont survenues avec un collègue chercheur qui effectue son étude sur la même intervention, mais dans des contextes différents. **L'analyse négative du cas :**

À l'analyse des résultats, il est évident que l'intervention a montrée des signes d'efficacité mitigée et des absences d'efficacité notamment dans l'unité d'analyse « équipe » et l'ensemble de l'unité d'analyse système. L'agrément a également déclenché des émotions négatives telles l'appréhension et l'anxiété. De plus, nous avons effectué dix-huit recommandations afin d'améliorer l'efficacité de l'intervention. **La subjectivité progressive** : Durant l'étude, nous avons été guidés par les effets escomptés décrits dans la littérature. Sans aucun doute, nous avons construit a priori nos perceptions en fonction des effets escomptés qui devaient être mesurés. De fils en aiguille, nous avons réalisé l'exactitude théorique des vingt-huit effets escomptés et la variation d'efficacité entre les niveaux d'analyse. Malheureusement, nous n'avons pas enregistré nos perceptions précédemment telles que suggérées par Guba. **La restitution des résultats** : Dans la lettre d'invitation aux organismes, nous avons fait l'engagement de faire-part des résultats de même qu'aux volontaires qui ont accepté de répondre au questionnaire d'implantation de l'amélioration de la qualité. À ce jour, deux activités de restitution ont été effectuées. La première au « Gatekeeper » de l'organisme à l'étude et l'autre à un organisme qui a participé seulement au questionnaire sur l'implantation de l'amélioration continue de la qualité. D'autres validations ont été effectuées de façon officieuse. Au cours des deux activités, les organismes ont mentionné que la situation décrite reflétait exactement la situation réelle, plus particulièrement dans le cas du questionnaire d'implantation. Selon les vingt-cinq participants présents, le questionnaire a su capturer une perception juste sur les huit domaines de la qualité en relation avec les différentes catégories d'emploi. D'autres activités de restitution sont à prévoir dans les prochains mois notamment avec le Président de l'organisme à l'étude.

#### 6.6.4 L'IMPUTABILITÉ PROCÉDURALE

L'imputabilité procédurale se caractérise par la notion de fiabilité ou de stabilité des résultats dans le temps. Ce critère s'assure également de

l'exactitude d'application de la méthodologie de recherche et d'apprécier l'évolution des perceptions du chercheur.

Cette étude a utilisé une stratégie de recherche mixte. Cette stratégie a permis de faire une collecte de données avec implantation séquentielle qui a grandement facilité la triangulation. À plusieurs reprises, nos analyses ont généré des résultats supportés par des sources multiples d'information : documentation, observation, entrevues individuelles, groupes de discussion et résultats quantitatifs du questionnaire. De plus, nous avons effectué une collecte de données quantitatives sur un très grand nombre d'individus (1059) afin d'améliorer notre compréhension de la dimension de la culture organisationnelle incluse dans l'unité d'analyse de l'organisation. En cours de route, nous avons amélioré le cadre d'opérationnalisation des variables et la liste des effets escomptés. Ces différences ont été documentées afin de démontrer la maturité acquise lors de nos analyses. Nous avons également suivi, autant que faire se peut, les recommandations méthodologiques d'Ovretveit et Gustafson<sup>143</sup> (2002) afin d'améliorer notre recherche à ce chapitre. Ces recommandations suggèrent un cumul de preuves d'implantation à plusieurs niveaux, l'administration de questionnaires à un grand nombre d'intervenants de différentes catégories d'emploi, l'utilisation d'un cadre d'analyse théorique pouvant prédire les effets et une étude plus longitudinale. Méthodologiquement, tous ces éléments ont été pris en considération afin d'accroître la crédibilité de la recherche.

En terminant, cette étude est le fruit d'une démarche planifiée et appuyée sur un protocole de recherche approuvé lors de l'examen synthèse. Tous les documents, grilles d'analyse, bases de données, outils de mesures, système de codage, matériel empirique, analyses statistiques pourront être rendus disponibles dans le but de démontrer la rigueur du processus. De plus, cette étude a été réalisée en interdisciplinarité. Les experts qui y ont collaboré seront disponibles pour démontrer la rigueur de leurs méthodologies. Plusieurs étapes de cette recherche ont été faites en partenariat dans le but d'éviter des dérapages.

Les entrevues ont été effectuées en deux tranches, une par le chercheur principal et l'autre par un chercheur de l'Université américaine de Beyrouth. L'administration du questionnaire sur l'implantation de l'amélioration de la qualité a été validée par ses créateurs qui œuvrent à l'Université de St-Louis. Les analyses statistiques ont été initialement faites par un statisticien d'expérience et indépendant. Le premier codage a été effectué par un spécialiste en méthode qualitative indépendant et a été revalidé par le chercheur principal à l'aide d'un processus de rétroaction. Tous nos processus, documents et bases de données sont disponibles pour validation le cas échéant.

#### **6.6.5 LA TRANSFÉRABILITÉ DES RÉSULTATS**

La transférabilité s'apparente à la notion de validité externe et de généralisation des résultats. Dans un paradigme de pensée constructiviste, elle se détermine par un processus empirique qui consiste à valider le degré de similarité entre les construits théoriques et ses modélisations et l'actualité du cas étudié.

Devant la récente introduction de l'intervention, le contexte culturel particulier, les similitudes des organismes privés et publics, il est évident qu'il y a des ressemblances et que sans avoir étudié formellement d'autre cas, nous savons par expérience que des phénomènes semblables au cas étudié sont prédictibles. De plus, notre connaissance du contexte du système de santé saoudien confirme le manque de capacité local et que sans des interventions pratique dans le domaine de la gestion de la qualité tel l'agrément, il sera difficile à long terme d'améliorer la qualité des soins et des services.

Pour nous la relation simple entre processus d'agrément, développement des capacités et la finalité d'amélioration de la qualité et de la sécurité telle que décrite à la figure 1 est un concept qui demande une attention particulière et qui pourrait être étudié facilement dans d'autres organismes au niveau internationale.

Le cadre d'analyse développé avec l'opérationnalisation des variables ainsi que le modèle conceptuel du développement des capacités pourront être utilisés à cet effet. Ils exigeront toujours une certaine adaptation culturelle, mais nous sommes persuadés, qu'utilisés dans un contexte similaire et avec la même rigueur, les résultats seront pertinents, cohérents et crédibles.

## **Chapitre VII Discussion**

---

Dans ce chapitre nous discutons les résultats de la recherche et nous expliquons si les trois propositions développées sont supportées ou non par ces résultats. Il décrit également les résultats obtenus en relation avec les objectifs initiaux. En dernier lieu, il présente certains constats sur l'amélioration de l'intervention et explique la contribution de la thèse au domaine étudié, les limites de cette contribution et les grandes conclusions qu'on doit en tirer.

## 7.1 RÉSULTATS DE RECHERCHE ET RETOUR SUR LES PROPOSITIONS

Le but de cette étude était d'évaluer si l'agrément est une intervention efficace pour développer des capacités qui améliorent rapidement la qualité des soins offerts par les organismes qui composent un système de santé. Plus spécifiquement, la question de notre recherche se formulait ainsi :

*Est-ce que l'hôpital saoudien étudié qui participe à une démarche d'agrément international du CCASS a développé des capacités? Si oui, quelles sont-elles, quelles sont les étapes de l'intervention qui y ont contribué, et ont-elles eu des impacts sur la qualité et la sécurité des soins et services?*

Afin de guider notre discussion, nous avons structuré notre argumentaire en relation avec les trois propositions qui ont été développées. Nous sommes revenus sur l'efficacité obtenue pour chacun des effets escomptés du tableau 73. Cette approche permet d'apprécier globalement les niveaux d'efficacité entre les quatre niveaux d'analyse et de poser un jugement sur chacune des trois propositions suivantes.

### **Proposition n° 1**

Le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien contribue au développement de nouvelles capacités individuelles, d'équipe, organisationnelles et systémiques favorables à l'amélioration de la qualité et la sécurité.

**Proposition n° 2**

Le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien favorise des transformations organisationnelles qui encouragent la mise en place de pratiques favorable à la qualité et la sécurité.

**Proposition n° 3**

Le processus d'agrément international du CCASS implanté dans un hôpital saoudien améliore le processus d'institutionnalisation de la culture d'amélioration de la qualité dans l'organisation en regard des autres.

**Tableau 73 Synthèse des résultats d'efficacité pour chacun des niveaux d'analyse**

<b>Synthèse des effets de l'agrément sur le développement des capacités chez l'individu</b>		
1	Participation à de nouvelles formations	Très efficace (++)
2	Sentiment de fierté	Très efficace (++)
3	Application des nouvelles connaissances	Très efficace (++)
4	Participation à la formation continue	Efficace (+)
5	Acquisition de nouvelles habiletés	Efficace (+)
6	Engagement organisationnel	Efficace (+)
7	Changement d'attitude	Efficace (+)
8	Motivation et mobilisation	Efficace (+)
9	Nouveaux comportements	Réaction mitigée (+-)
10	Accroissement du professionnalisme	Réaction mitigée (+-)
<b>Synthèse des effets de l'agrément sur les équipes</b>		
11	Création de nouvelles interactions entre individus	Très efficace (++)
12	Collaborations interpersonnelle et entre équipes	Réaction mitigée (+-)
13	Création d'une capacité collective	Réaction mitigée (+-)
14	Continuer à travailler ensemble à l'avenir	Réaction mitigée (+-)
15	Contribution de l'équipe au bien-être et à la croissance professionnelle de ses membres	Inefficace (-)
<b>Synthèse des effets de l'agrément sur l'organisme</b>		
16	Questionnaire de satisfaction développé par l'organisme	Très efficace (++)
17	Certificat d'agrément	Très efficace (++)
18	Distribution homogène des principes QI	Très efficace (++)



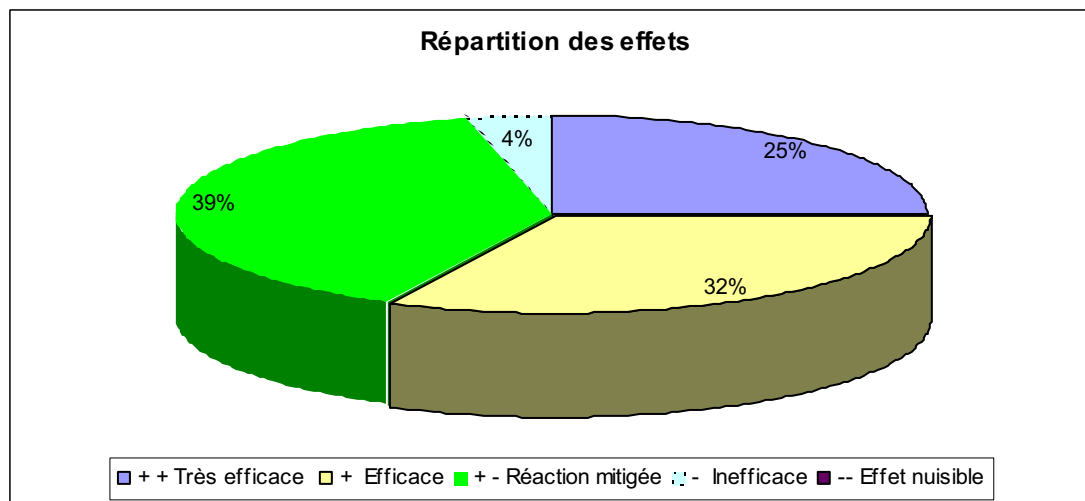
19	Satisfaction des clients et des employés	Efficace (+)
20	Amélioration des services et réponse aux besoins des clients et des employés	Efficace (+)
21	Développement de systèmes de gestion	Efficace (+)
22	Mission et vision organisationnelles	Efficace (+)
23	Développement et mise en œuvre des plans structuraux	Réaction mitigée (+-)
24	Niveau d'implantation QI	Réaction mitigée (+-)
25	Leadership	Réaction mitigée (+-)
<b>Synthèse des analyses du développement de capacités « système »</b>		
26	Développement de collaborations Multisectorielles	Réaction mitigée (+-)
27	Actions d'imputabilité et de transparence	Réaction mitigée (+-)
28	Activités de promotion de la santé	Réaction mitigée (+-)

De façon spécifique, notre jugement sur la vérification des propositions se base sur l'évaluation des niveaux d'efficacité et sur les constats qui suivent. Notre but ici n'est pas de représenter les résultats, mais de documenter nos discussions sur le processus de vérification et d'y associer la littérature pertinente, le cas échéant.

Toutes variables confondues, 57 % des variables ont été classées comme efficaces ou très efficace. Ce pourcentage (16/28) se compose d'une part de variables « efficaces » avec 32 % (9/28) où il a été démontré que celles-ci avaient une influence satisfaisante sur le niveau d'analyse étudié et sur le développement des capacités. D'autre part, d'une proportion de 25 % (7/28) qui comporte des variables classées comme « très efficaces » sur la base de preuves solides qu'elles ont une influence significative sur le développement des capacités.

Par ailleurs, 39 % (11/28) des variables ont été classées comme ayant une efficacité mitigée et une seule variable (4%) fut classée comme inefficace sur la bases des résultats obtenus. Aucune variable n'a été classée comme nuisible. La figure 20 illustre la répartition des effets.

**Figure 20 Répartition des effets d'efficacité**



On retrouve au tableau 74 une distribution à travers les quatre niveaux d'analyse. Sept variables se sont avérées être très efficaces, neuf efficaces, onze d'une efficacité mitigée et une variable seulement s'est avérée être inefficace.

**Tableau 74 Distribution des niveaux d'efficacité en relation avec les niveaux d'analyse**

Niveau d'analyse	Niveau d'efficacité			
	Très efficace (++)	Efficace (+)	Réaction mitigée (+-)	Inefficace (-)
Individu	3	5	2	
Équipe	1		3	1
Organisation	3	4	3	
Système			3	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

Le tableau 75 ci-dessous illustre la répartition des niveaux d'efficacité par niveau d'analyse. Les niveaux d'analyse « individu » et « organisation » représentent la plus grande proportion des variables étudiées soit dans chaque cas. Huit variables sur dix dans le cas du niveau d'analyse « individu » se sont avérées efficaces ou très efficaces et sept sur dix dans le cas du niveau « organisation ».

**Tableau 75 Répartition des niveaux d'efficacité par niveau d'analyse**

Niveau D'analyse	Niveau d'efficacité	N
<i>Individu</i>	Très efficace(++)	3
	Efficace(+)	5
	Réaction mitigée(+/-)	2
	<b>Globale du niveau</b>	<b>10</b>
<i>Équipe</i>	Très efficace(++)	1
	Réaction mitigée(+/-)	3
	Inefficace(-)	1
	<b>Globale du niveau</b>	<b>5</b>
<i>Organisme</i>	Très efficace(++)	3
	Efficace(+)	4
	Réaction mitigée(+/-)	3
	<b>Globale du niveau</b>	<b>10</b>
<i>Système</i>	Réaction mitigée(+/-)	3
	<b>Globale du niveau</b>	<b>3</b>
Total des Variables		28

L'absence d'efficacité au niveau systémique résulte des résultats mitigés observés dans trois des effets escomptés. Au niveau systémique, le développement d'indicateurs ainsi que leur mesure demeurent complexes selon Brown<sup>144</sup> (2001). Des groupes de travail en développement des capacités qui ont l'appui de USAID et MEASURE sont d'avis que l'évaluation du niveau systémique exige une nouvelle approche et que des méthodes plus fermes doivent être utilisées. Nous sommes d'avis que les variables utilisées sont intéressantes et que la nature du cas étudié et son contexte n'ont pas permis une évaluation plus en profondeur. L'intervention a donné des résultats mitigés pour les trois variables « système » étudiées soit : le développement de collaborations multisectorielles, la réalisation d'actions d'imputabilité et de transparence et la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé.

Sept variables ont été classées très efficaces. Elles sont également réparties entre les niveaux d'analyse « individu », « équipe » et « organisation », comme on peut le voir au tableau 76.

**Tableau 76 Variables «très efficaces» occasionnées par l'intervention**

Participation à de nouvelles formations (cognitif)	Très efficace (++)	<b>individu</b>
Sentiment de fierté (affectif)	Très efficace (++)	<b>individu</b>
Application des nouvelles connaissances	Très efficace (++)	<b>individu</b>
Création de nouvelles interactions entre individus	Très efficace (++)	<b>équipe</b>
Questionnaire de satisfaction développé par l'organisme	Très efficace (++)	<b>organisation</b>
Certificat d'agrément	Très efficace (++)	<b>organisation</b>
Distribution homogène des principes QI	Très efficace (++)	<b>organisation</b>

Au niveau du développement des capacités individuelles, la participation à de nouvelles formations amorcées avec l'intervention encourage l'application des nouvelles connaissances. Le sentiment de fierté démontre également une très grande efficacité. Il s'agit d'un sentiment de contentement

empreint d'estime. La fierté marque la satisfaction des individus par rapport à l'investissement personnel responsable de leur réussite.

Soulignons qu'une seule variable du niveau d'analyse « équipe » se classe à ce niveau (très efficace). Il s'agit de la création de nouvelles interactions entre individus. Dans une perspective d'offrir des changements favorables à l'amélioration de la qualité et de la sécurité, le positionnement de cette variable est crucial. Nous savons d'ore et déjà qu'un meilleur travail d'équipe et des soins collaboratifs améliorent l'efficacité pour divers aspects du système de santé<sup>145</sup>. De récentes études avancent que le travail en équipe pourrait être un moyen efficace pour améliorer la qualité des soins prodigués et la sécurité du patient tout en résolvant les problèmes liés au manque de personnel, au stress et au surmenage chez les professionnels de la santé<sup>146147</sup>. Selon Oandasan (2006), d'autres recherches démontrent que le travail en équipe peut, de façon significative, réduire la charge de travail, procurer une plus grande satisfaction des employés, induire la loyauté, accroître la satisfaction du patient et réduire les taux de morbidité.<sup>148 149 150</sup> Comme le mentionne Crozier, l'équipe est le noyau du développement de nouvelles capacités relationnelles. Selon nous, à la lumière des phénomènes étudiés, la notion d'équipe devient l'INTERFACE fondamental qui fait cheminer les individus vers le développement de capacités organisationnelles. D'une façon plus imagée, on peut définir l'équipe comme un enzyme. Elle devient une substance qui facilite une réaction. Nous pouvons la décrire comme un catalyseur organisationnel. En terminant, nous savons également que des plateformes ou des occasions d'interagir doivent être mises en place par l'organisme et que l'autoévaluation imposée par l'intervention offre un environnement propice aux changements de pratiques de même qu'efficace.

Trois variables se positionnent également comme très efficaces dans le niveau « organisation » : les questionnaires de satisfaction développés par l'organisme, l'obtention d'un certificat d'agrément et la distribution homogène des principes d'amélioration de la qualité. Il est évident que les exigences de

l'agrément ont poussé l'organisme à se sensibiliser à l'importance de mesurer la satisfaction de leur clientèle comme un indicateur de résultats. Selon Berwick, l'organisme est obligé, s'il respecte l'approche d'amélioration de la qualité, de rendre des comptes et de s'assurer la participation du client dans l'évaluation des résultats. Selon Davies et Ware<sup>151</sup> (1988), il y a des arguments pour et contre l'utilisation des informations qui proviennent des clients. Pour certains, les informations recueillies révèlent plus sur le consommateur que sur la qualité des services, « *how much was done, not how well it was done* » et elles sont également très dépendantes des relations interpersonnelles entre l'acteur soignant et le soigné. Ceux qui militent en faveur de l'utilisation de ces informations argumentent que l'évaluation prédit les comportements du client et que les informations obtenues sont un outil peu dispendieux pour l'amélioration de la qualité. Ils affirment également que les informations provenant du client représentent un élément-clé pour l'évaluation de la qualité des relations interpersonnelles. La mesure de la satisfaction de la clientèle est à ce jour une pratique importante en matière de gestion des services de santé et demeure une norme et un comportement organisationnel imposés par l'agrément.

Le processus aura également permis à l'organisme d'obtenir une reconnaissance internationale. Tel que nous l'avons vu précédemment, le contexte pousse les organisations à se conformer aux pressions environnementales. De plus, les demandes de la population ou de la communauté et les concurrents créent un ensemble de pressions qui génère un comportement mimétique par des réponses standards. Cette pression externe de faire comme ou mieux que les autres engage les organismes dans des processus favorables à leur désir de positionnement et du même coup leur donnent des opportunités de s'améliorer.

La distribution homogène des principes d'amélioration de la qualité demeure le phénomène étudié le plus intéressant. Grâce à cette étude, nous avons constaté que plus les organismes sont engagés dans les étapes plus avancées du processus d'agrément, plus ils développent un transfert efficace de

connaissances. La diffusion de l'information sur les domaines devient plus homogène ce qui assure une convergence des concepts de la qualité entre les différentes catégories d'emploi et une institutionnalisation des comportements. L'agrément devient un outil de convergence, ou, en quelque sorte, un *front commun*. Cet outil de convergence est d'autant plus important dans le contexte étudié parce que les organismes utilisateurs dépendent principalement de ressources humaines en provenance de l'extérieur et que les écarts de connaissance et de perception sont parfois énormes. L'agrément devient un projet collectif et rassembleur qui par ses effets de socialisation facilite le partage homogène d'information entre les domaines de la qualité et plus évidemment entre les différentes catégories d'emploi.

Au regard de la théorie de la diffusion des innovations de Rogers<sup>152</sup> (1995), cette distribution plus homogène des principes d'amélioration de la qualité dans le système social de l'organisme peut s'expliquer par la fonctionnalité du réseautage multidisciplinaire (communication) déployée, la persévérance et la coordination soutenue du département de gestion de la qualité. D'autres facteurs peuvent également expliquer ce phénomène, notamment la compréhension par les acteurs des caractéristiques et des effets escomptés par l'intervention. Le meilleur exemple demeure l'efficacité probante de l'intervention à créer une démocratisation des comportements d'affirmation. Autrement dit, les intervenants voués à un certain silence avaient des besoins d'affirmation et de connaissance. Ils ont perçu des avantages relatifs et une compatibilité avec le contexte à changer. L'agrément est devenu l'outil (le processus) et le prétexte de modification des pratiques des individus, des équipes et de l'organisme. Somme toute, l'intervention fut adoptée. Son institutionnalisation se fera de façon continue dans le temps.

Telles qu'identifiées au tableau 77, neuf variables ont démontré être efficaces. Elles sont également réparties entre les niveaux d'analyse « individu » et « organisation ».

**Tableau 77 Variables «efficaces» occasionnées par l'intervention**

Participation à la formation continue (Cognitif)	Efficace (+)	<b>individu</b>
Acquisition de nouvelles habiletés (Cognitif)	Efficace (+)	<b>individu</b>
Engagement organisationnel (Affectif)	Efficace (+)	<b>individu</b>
Changement d'attitude (Affectif)	Efficace (+)	<b>individu</b>
Motivation et mobilisation (Comportemental)	Efficace (+)	<b>individu</b>
Satisfaction des clients et des employés	Efficace (+)	<b>organisation</b>
Amélioration des services et réponse aux besoins des clients et des employés	Efficace (+)	<b>organisation</b>
Développement de systèmes de gestion	Efficace (+)	<b>organisation</b>
Mission et vision organisationnelles	Efficace (+)	<b>organisation</b>

Au niveau des individus, l'intervention s'est avérée efficace au niveau cognitif dans le cas de deux variables. La troisième, concernant participation à de nouvelles formations a été discutée précédemment et elle s'est avérée très efficace. L'intervention a donc eu des effets positifs sur le développement des capacités individuelles au niveau cognitif.

L'intervention a aussi un effet positif sur le plan des connaissances. En effet, elle offre un environnement favorable à leur acquisition (manière de faire et de penser) ce qui en fait, selon Rocher (1997), un agent de socialisation. Il est aussi intéressant de constater que, parce qu'elle permet d'offrir de nouvelles connaissances et un environnement favorable à l'apprentissage, l'intervention peut de plus générer motivation et mobilisation. Selon Rocher, la motivation sociale peut s'expliquer par le psychisme de la socialisation qui incorpore deux mécanismes, le premier étant l'apprentissage.

Du point de vue de la théorie de la dynamique des groupes, Maisonneuve<sup>153</sup> (2004) classerait l'agrément comme une intervention visant à la facilitation sociale. Selon lui, il s'agit de rétablir ou de renforcer les processus de



communication entre les intervenants, notamment par la recherche d'un langage commun.

Pour ce qui est du développement des capacités « organisation », le niveau « efficacité » fut démontré dans quatre variables, les deux premières concernant la capacité de l'organisme à démontrer des résultats positifs d'amélioration et les deux dernières concernant la capacité de l'organisme de documenter certains plans stratégiques et clairement élaborer sa raison d'être. Selon Porter<sup>154</sup> (1985), le continuum d'offre de services d'un organisme se doit, pour offrir une valeur ajoutée au client, de s'assurer d'être bien intégré aux activités de soutien et d'alignement stratégique. À notre avis, les variables développement de systèmes de gestion et celle de la mission et de la vision organisationnelles ont contribué à développer des capacités dans ces activités de soutien afin d'assurer à long terme une cohérence avec l'offre de services.

De plus, comme l'a démontré Pomey<sup>155</sup> (2004) dans son étude sur l'accréditation en France, les organismes étudiés ont appris l'importance d'une culture de la documentation au bénéfice des clients et pour le maintien d'une mémoire institutionnelle.

Le tableau 78 ci-dessous présente les 11 variables du développement des capacités qui ont procuré une réaction mitigée quant à leur efficacité. Cela veut dire que nous n'avons pas été en mesure d'observer une présence de preuves satisfaisantes et rigoureuses. Les preuves sont en porte-à-faux ou sporadiques et il est impossible de juger objectivement la production des effets sur le développement des capacités. Cet état de fait ne remet pas en cause la reconnaissance des propositions. L'acquisition de preuves plus solides ne serait qu'une valeur ajoutée dans une structure déjà bien amalgamée.

**Tableau 78 Variables «Réaction mitigée» occasionnées par l'intervention**

Nouvelles conduites (comportemental)	Réaction mitigée (+-)	<b>individu</b>
Accroissement du professionnalisme (comportemental)	Réaction mitigée (+-)	<b>individu</b>
Collaborations interpersonnelle et inter équipes	Réaction mitigée (+-)	<b>équipe</b>
Création d'une capacité collective	Réaction mitigée (+-)	<b>équipe</b>
Continuer à travailler ensemble dans l'avenir	Réaction mitigée (+-)	<b>équipe</b>
Développement et mise en œuvre des plans structuraux	Réaction mitigée (+-)	<b>organisation</b>
Niveau d'implantation QI	Réaction mitigée (+-)	<b>organisation</b>
Leadership	Réaction mitigée (+-)	<b>organisation</b>
Développement de collaborations multisectorielles	Réaction mitigée (+-)	<b>système</b>
Actions d'imputabilité et de transparence	Réaction mitigée (+-)	<b>système</b>
Activités de promotion de la santé	Réaction mitigée (+-)	<b>système</b>

Deux variables du niveau d'analyse « individu » concernent les changements comportementaux. Ces résultats révèlent qu'il y a des individus motivés qui ont fait l'application de nouvelles connaissances, mais qui ont plus ou moins démontré des changements de comportement incluant le professionnalisme. Selon nous, ces résultats démontrent que les stratégies de développement des capacités peuvent avoir du succès, mais peuvent aussi être rapidement contrecarrées par des comportements déviants ou de résistance.

Le niveau d'analyse de « équipe » présente trois variables sur cinq qui présentent des résultats mitigés. Ce domaine s'intéresse aux interactions et aux collaborations multidisciplinaires. Comme nous l'avons décrit précédemment, les résultats observés nous ont fait comprendre l'importance de faire une distinction entre interaction et collaboration. Les trois variables de cette catégorie font référence à des activités de collaboration où les équipes ont atteint un certain niveau de maturité. Le modèle des étapes du développement d'équipe de Tuckman<sup>156</sup> (1965-1977) cherche à expliquer comment une équipe se développe au fil du temps. Il y a cinq étapes du développement : formation, confrontation, normalisation, production et suspension. Selon nos observations, nous sommes d'avis que l'agrément a contribué à la formation des équipes

d'autoévaluation. Par la suite, l'autoévaluation a créé des opportunités de confrontation, plus particulièrement occasionnées par le changement de culture ou médecins et autres professionnels pouvaient interagir et où chacun transporte son bagage de pratiques particulières à son pays d'origine. Cette étape a également suscité des possibilités de développer des relations de confiance et une capacité de s'exprimer ouvertement que nous avons appelée « la démocratisation des comportements d'affirmations ». Selon nous, les équipes observées sont à l'étape de la normalisation. Elles ont établi des règles, des comportements, des méthodes et mis en place des outils. Nous avons également constaté un haut niveau de motivation qui caractérise de fait cette étape.

La prochaine étape, soit la production, est celle qui introduit les équipes dans un environnement de collaboration. L'atteinte de cette étape se mesure par l'énergie de groupe qui est canalisée vers la tâche et où le travail se fait de façon régulière et efficacement. Les équipes doivent également démontrer une bonne compréhension de ce qui est requis et démontrer une certaine autonomie. Même si les équipes ont fait preuve d'une évolution surprenante, il serait erroné de les positionner à ce niveau. L'absence de preuve satisfaisante dans les domaines de la collaboration interpersonnelle et entre équipes, de la création d'une capacité collective et du désir de continuer à travailler ensemble à l'avenir démontre des équipes jeunes et encore en évolution.

Pour ce qui est de l'organisation, trois variables ont été classifiées avec une réaction mitigée, soit le développement et la mise en œuvre des plans structuraux, le niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité et le leadership. Le développement des plans structuraux s'inscrit dans la même veine que le développement de systèmes de gestion. La seule différence réside dans l'opérationnalisation et la mise en œuvre. La majorité des plans structuraux ont été développés dans le but rencontrer les exigences de l'agrément. Plusieurs de ces documents devront être opérationnalisés sur le modèle des systèmes de gestion qui ont déjà été implantés et qui ont produit des résultats.

Nous avons mentionné l'importance de la variable « leadership ». Mais c'est lorsque nous la comparons aux autres que notre jugement est mitigé. Nous voulons mettre en garde les organisations contre un « leadership instable », sporadique et occasionnel. Le leadership ne se délègue pas et les changements de culture exigent une implication soutenue de la part des gestionnaires sans relâchement.

Dans notre échelle de mesure (tableau 41), l'organisme est au-dessus du niveau du zéro, ce qui fait preuve de son comportement positif à l'égard de l'amélioration de la qualité. Nous avons de plus été en mesure de quantifier le positionnement et de valider la présence d'activité et une certaine maîtrise d'un langage souvent trop complexe. Dans une prochaine évaluation, nous aurons la capacité de mesure l'évolution de l'organisme étudié.

Une variable seulement s'est avérée inefficace parce qu'il n'y avait aucune preuve de la contribution de l'équipe au bien-être et à la croissance professionnelle de ses membres. Tel que mentionné précédemment, cette variable est directement en relation avec les étapes de l'évolution du travail en équipe.

Nous avons trouvé des preuves d'efficacité de l'intervention sur le développement des capacités dans le cas de 27 variables sur 28. Nous sommes d'avis que le positionnement des variables dans l'échelle continuera de varier en fonction des contextes et de l'assimilation des sept domaines qui définissent la mesure de l'amélioration continue de la qualité. De plus, la recherche dans son ensemble a permis d'améliorer notre compréhension des interrelations entre l'agrément, le développement des capacités individuelles, des équipes, de l'organisation et du système et d'identifier les nouvelles capacités développées et, pour certaines, leurs origines. Nous avons effectué la première recherche au Moyen-Orient sur la mesure du niveau d'implantation de l'amélioration continue de la qualité et réalisé une comparaison innovatrice et constructive pour les

organismes concernés. Parallèlement, nous avons développé des stratégies d'implantation afin d'améliorer le mode d'intervention et d'optimiser son implantation et ses effets. Nous avons donc atteint tous nos objectifs.

En résumé, pour la **Proposition N°1**, nous pouvons montrer que l'agrément a contribué au développement de nouvelles capacités individuelles, d'équipe et organisationnel qui favorise l'amélioration de la qualité et la sécurité à différents degrés. L'agrément devient une valeur ajoutée pour chacun des sous-ensembles. Toutefois, le développement des capacités au niveau systémique s'est révélé limité.

Pour la **Proposition N° 2**, à la lecture du tableau 73 et des réflexions précédentes, nous pouvons également affirmer que dans l'organisme étudié, le processus d'agrément a favorisé des transformations organisationnelles qui ont encouragé la mise en place de pratiques favorables à la qualité et la sécurité. Malgré les efforts déployés, beaucoup de travail reste à faire dans les domaines du développement et de la mise en œuvre des plans structuraux, sur l'atteinte d'un niveau d'implantation du QI plus institutionnalisé et assurer un leadership plus soutenu.

Enfin, la **Proposition N° 3** est validée par le fait que l'agrément a amélioré le processus d'institutionnalisation de la culture d'amélioration de la qualité. Cette proposition a été évaluée notamment par l'étude décrite à la section 6.4.3. sur le niveau d'implantation de l'amélioration de la qualité dans l'organisme et en relation avec l'unité d'analyse « organisme ».

## 7.2 CONCLUSION

Pour le CCASS et pour moi, cette thèse s'inscrit dans un processus d'apprentissage. Cette recherche sur l'agrément aura sans aucun doute contribué

de façon très efficace au développement de « mes » capacités et à répondre à la question de recherche. Les résultats permettront une prise de conscience sur l'importance d'offrir des outils et des processus de qualité, solide, crédibles et qui permettent d'atteindre des résultats escomptés et anticipés. Les résultats pourront en retour aider à améliorer la conception des interventions ainsi que les pratiques d'utilisation des organismes. Les utilisateurs doivent comprendre que ces interventions donnent des résultats durables en fonction des efforts qui y sont investis et qu'utilisé adéquatement, le développement des capacités par l'agrément devient une intervention stratégique de changement qui pourra favoriser l'atteinte des objectifs du millénaire. Autrement dit, l'intervention proposée aux clients est en mesure, lorsqu'utilisée adéquatement et avec dynamisme, de procurer les résultats escomptés.

Pour ce qui est de nos ambitions de mesurer l'efficacité de l'agrément et poursuivre la construction de preuves pouvant la légitimer comme intervention efficace dans les organismes de santé, nous sommes convaincus que les résultats de cette thèse ajoutent de nouveaux arguments au construit scientifique proposé en introduction. Nous sommes en désaccord avec une approche trop axée sur les résultats telle que décrite par de Walcq et Coll.<sup>157</sup> (2008) dans une récente étude européenne "Comparative study of hospital accreditation programs in Europe" où elle cite, «*In our definition, 'outcome' is the ultimate impact of an accreditation programme, namely the quantity and quality measures, reflecting e.g. the incidence of infection, number of procedures performed per year of a certain kind, patient satisfaction and knowledge, continuity of care, accuracy of diagnosis, etc.*». Fondamentalement, l'agrément comme intervention doit être perçu comme un moyen et non comme une finalité. Cette intervention doit être positionnée comme un outil de gestion et de changement des pratiques individuelles, des équipes, des organisations et de leur système. De mesurer l'efficacité causale de l'agrément sur la simple mesure de résultats quantitatifs dissout l'aspect des transformations des comportements humains qui contribueront à la mesure de meilleurs résultats. Nous sommes

d'avis qu'une approche holistique doit être adoptée incluant celle proposée par les auteurs de l'étude comparative citée précédemment. Cette thèse montre également qu'il est essentiel d'analyser les processus mobilisés par l'agrément et de bien comprendre sur qui et sur quoi ils jouent. D'évaluer la valeur ajoutée de l'agrément pour les acteurs qui y participent en terme de savoir, savoir faire et savoir être est une contribution importante de cette thèse. Le développement des capacités par des processus de socialisation comme l'agrément est un investissement payant dans le capital humain des organisations.

Cette thèse nous montre le pouvoir de l'agrément comme une intervention rapide et efficace pour développer les capacités qui améliorent la qualité des soins offerts par les organisations qui composent un système de santé. L'efficacité à développer de nouvelles capacités passe par l'intégration des transformations des individus et par l'impact de l'acquisition des nouvelles capacités sur le changement des pratiques majoritairement au niveau des individus, des équipes et de l'organisation. Sans ces changements de pratiques nul ne peut espérer atteindre de meilleurs résultats.

Au niveau du changement, Schacter<sup>158</sup> (2000) et Morgan<sup>159</sup> (1997) décrivent le concept de développement des capacités comme un processus d'amélioration des habiletés pour atteindre des objectifs de façon efficace, efficiente et pérenne par le biais d'interventions qui vont aider à améliorer le rendement en vue d'un changement. Au regard des définitions précédentes et des résultats de cette étude, il fut montré, que l'agrément est une intervention (processus) efficace de développement de nouvelles capacités qui engendrent des changements à plusieurs niveaux (individuel, équipe, organisationnel, systémique). Néanmoins, le grand défi des organismes utilisateurs demeure la pérennité des changements de pratiques amorcés et démontrés dans l'étude. L'introduction de l'intervention dans les sites à l'étude est encore embryonnaire (2 à 6 ans). Pour demeurer cohérent avec le paradigme du développement des

capacités, nous pourrions parler de développement des capacités « Pur » que si le changement apporté fait foi de longévité. Pour ce faire, il serait opportun de poursuivre une étude du cas longitudinale et observer, le cas échéant, des transformations fondamentales plus tôt que mineurs et passagères souvent occasionné par des « *maîtresses volages* » ou des modes managériales.

Nous demeurons quand même confiants. Les résultats du tableau 43 indiquent que l'organisme avec deux cycles d'agrément est parvenu à un niveau d'implantation supérieur aux autres. Parallèlement, nous avons une diminution des écarts entre les domaines de la qualité (figure 19) chez les organismes avec une plus grande exposition à l'intervention. Ces états de fait viennent ajouter des assises à nos écrits précédents où Beaumont <sup>160</sup>(2002) avait mesuré l'impact de l'agrément sur des établissements en fonction du nombre de cycle d'agrément effectué. Selon lui, les résultats atteints dans chacune des composantes du processus se sont avérés meilleurs pour ceux enrôlés dans le programme depuis de nombreuses années. De plus, nos récentes analyses sur un autre organisme volontaire d'Arabie Saoudite (non-rapporté) abondent dans le même sens avec des résultats encore plus probants.

Nous croyons qu'une intervention comme l'agrément offre aux organismes un cadre structuré pour le changement. Ce cadre leur permet d'éviter des échecs d'implantation de changement qui sont imposés par le contenu théorique de l'agrément et ses normes.

Selon Champagne<sup>161</sup> (2002), les échecs du changement résultent de trois sources, l'échec de décision, l'échec d'implantation et finalement l'échec de la théorie de l'intervention qui ne réussit pas à produire les effets désirés malgré une mise en œuvre adéquate. Premièrement, dans la partie du monde où l'étude fut réalisée, les forces du marché privé et les pressions publiques ou médiatiques occasionnées par un insuccès (non-agrément) assurent une certaine prise de conscience de la part des décideurs avant d'implanter une intervention comme



l'agrément. Deuxièmement, tous les tableaux 2 à 12 décrivent l'intervention et ses effets escomptés qui ont été vérifiés lors de l'étude. Troisièmement, les résultats obtenus (développement des capacités, corrélation de l'effet du leadership, pouvoir d'interaction entre les individus), sont en lien avec Champagne (2002) sur les enjeux qui facilitent l'implantation du changement dans les organismes de santé. Selon lui, « le succès de l'implantation du changement dépend directement de la nature des processus d'apprentissage et de leadership collectif. L'implication et l'interaction des acteurs concernés sont une condition pour l'influence du climat sur l'apprentissage » et selon nous, sur le développement des capacités qui pour Diana (2002) est une des pierres d'assise à l'implantation d'une démarche institutionnalisée de la qualité. Autrement dit, les facteurs de succès, pour l'implantation d'une démarche d'agrément productrice de changements durables au niveau du savoir, savoir-faire et savoir-être, résident dans un leadership soutenu, le développement des capacités (apprentissage et socialisation) et l'interaction, génératrice de collaboration entre les acteurs. Nous demeurons convaincus que l'interaction entre les acteurs est une bonne prémices, mais que la collaboration est une pierre d'assise du changement.

Enfin, il est important de se souvenir que l'organisme № 1 a démontré (tableau 43) un niveau (moyenne) d'implantation de 97.31 sans avoir amorcé son cycle d'agrément. Selon nous, l'agrément constitue une stratégie de changement au même titre que l'arrivée d'un nouveau dirigeant ou une activité de planification stratégique telle qu'énoncée par Denis<sup>162</sup> (1996). Nous savons que d'autres stratégies managériales y ont été utilisées. Reste à savoir si l'agrément pourra propulser l'organisme à un autre niveau. L'évaluation avant et après qui sera réalisée à la fin du cycle d'agrément (2009) donnera l'opportunité de poursuivre nos réflexions.

L'agrément a également montré d'importants pouvoirs de convergence au niveau de l'adoption des pratiques édictées par les normes. Ces changements de pratique ont contribué positivement à l'amélioration de la qualité

dans l'organisme étudié. Il appert aussi que l'intervention a facilité l'intégration de nouveaux employés. Les jeunes recrues ont signifié plus positivement leur attachement à l'organisme suite à leur participation à l'agrément. Cet état de fait concorde avec leurs émotions de fierté et de contentement. L'intervention a réussi à renforcer, par l'entremise du sentiment de fierté individuel, l'attachement envers l'organisme.

En terminant, cette recherche sur l'agrément et le développement des capacités est unique en son genre et saura je l'espère contribuer à développer de nouvelles capacités ainsi que de nouveaux champs de recherche dans ce domaine.

**Annexe 1**  
**Grilles d'entrevue qualitative**

---



## *INDIVIDUAL INTERVIEW*

### *INDIVIDUAL IMPACT OF ACCREDITATION*

Introduction and explanation of the research project and consent

#### **A) Cognitive Change**

1. What is your role in the organization?
2. How long have you been employed by this organization?
3. Since your employment, have you acquired any new skills and knowledge? If so, under which circumstances have you acquired those new capacities?
4. Did you find this motivational? If so, why?
5. In the next few months, what would you like to learn? And why?
6. Do you feel that you have a personal responsibility to contribute to the success of the accreditation process in your organization? If so How?

#### **B) Emotional changes**

7. Since the beginning of your employment here, have you changed your attitude towards your organization, if so why? And give me an example.
8. Since the beginning of your employment here, have you changed your attitude towards your client, patient and colleagues, if so How?
9. What are your emotions in regards to the organization in which you are working? Did they recently change if so, why?

List of acting <i>emotions</i> :				
admiration	desire	exhilaration	impatience	relief
adoration	despair	expectation	indifference	remorse
amazement	desperation	fascination	indignation	resentment
ambition	determination	fear	infatuation	respect
anger	disappointment	frustration	jealousy	revenge
anticipation	disbelief	greed	joy	serenity
anxiety	disgust	grief	loneliness	shame
awe	disillusionment	guilt	lust	shock
bewilderment	eagerness	hatred	mischief	sorrow
boredom	embarrassment	hope	panic	suspicion
compassion	enthusiasm	hopelessness	pity	sympathy
contempt	envy	horror	pride	terror
curiosity	exaltation	humiliation	rage	etc.
defiance	exasperation	hysteria	regret	-

10. Were you able to get to know your organization better, as a result of accreditation?
11. Were you able to feel more integrated in the hospital, as a result of accreditation? Give me an example.
12. Were you able to establish new working relationships with employees and teams and better understand what these people do? Give me an example.

### **C) Behavior Change**

13. Have you received any training or attended a workshop recently? If so which one? And in which occasion?
14. Is the training given influenced by the accreditation requirement?
15. Have those education sessions developed new skills or abilities? If so which ones?
16. How did you develop those new skills or abilities? Give me a concrete example where they have been applied?
17. Has the accreditation process impacted your professional behaviour in the organization? If so, How?
18. Over the course of the accreditation cycle, are you under the impression that know-how was acquired?

### **D) Accreditation process**

19. What does accreditation mean to you?
20. How do you judge your involvement into the accreditation process?
21. Which step in the accreditation process did you like the most? Why?
22. At which step of the accreditation program have you learn the most?
  1. Education session, How?
  2. Self assessment, How?
  3. When the surveyor came, How?
  4. Debriefing session, How?
  5. When you received the report, How?
  6. Other How?

23. What have you done recently that you can link to what you have learned during the accreditation process? Give me a concrete example

### **Organization**

1. What is your organization doing presently that had never been done prior that can be linked to the results of your accreditation process?
2. Would these changes have taken place without the accreditation? Why and why not?
3. Base on your perception do you think that this organization is better since they went through the accreditation process. If so, Why?
4. How would you describe the communication situation in your organization? Was this the situation before? If NO , what are the changes and to what can you attribute those changes
5. Do you believe that your organization is in better position to face complex problem then before the accreditation process? If yes, why?
6. Were their any new structures and processes put in place following and during the accreditation process? If so, which ones?
7. Do you have new resources in your organization that you can link to your recent accreditation process?
8. Based on your observation, do you think the actual management have improved their management Capacity (leadership, planning, marketing, logistic, new technical skills) if yes where?
9. Do you feel your client/patient care has improved in the organization after the accreditation process? If so, how?
10. Did accreditation enable staff motivation and encourages teamwork and collaboration

### **Health system Level (Saudi hospital network)**

1. Do you believe that the accreditation process will help your organization to be more competitive? If so, how?
2. Do you think your organization is in a better position compared to others, if so, Why?
3. Compared to all healthcare organizations in Riyadh what makes your organization different?
4. Do you believe that accreditation was helpful to secure new business opportunities?
5. Do you believe that accreditation was helpful to improved organization productivity? If so how?

Thank you very much for your time



**Annexe 2**  
**Consentement individuel**

---

**INFORMED CONSENT**  
**for individual interview**

**Title of Research: the impact of accreditation process on Capacity Building**  
**Name and Phone Number of Primary Researcher: Martin Beaumont (613) 738 3800**  
**Name and Phone Number of Primary Research Advisor: André Pierre**  
**Contandriopoulos (514) 343 6111**

The purpose of my research in your hospital is to understand the effect of accreditation on individual staff and on your organization. You are being asked to participate in this study, which is part of my Doctorate's thesis in the Department of Health Administration, Montreal University, Canada. The project is entitled: **Impact of the accreditation process on Capacity Building**. I will be asking you a number of questions about your experience in this organization. There are no expected benefits for participants in this project.

As a participant in this research study, you will also be asked your age, gender, ethnicity, socio-economic status, profession, and educational background. Participation in this study will involve one 45 minute session.

You are free to withdraw from this interview at any time and you are not obligated to answer all of my questions. Your identity and information will remain confidential and will only be used as part of my research efforts. In order to minimize any unforeseeable risk posed by your answers, I will protect your identity by coding your name and maintaining the confidentiality of your responses. Your responses will be referenced anonymously for the purpose of this study. If you do not feel comfortable answering my questions, please tell me and I will refrain from further questioning.

If you have any further questions, you can also reach my Doctorate advisor Dr. André Pierre Contandriopoulos by calling 001 (514) 343 6111. During my research project, I can be reached at the following cellular number 001 (613) 614 3079 or the following address 1730, St. Laurent Blvd., Suite 100 Ottawa, Ontario K1G 5L1 or by Email at [Bema@cchsa.ca](mailto:Bema@cchsa.ca).

A time for questions and explanations will follow this short description.

I am completely informed about the research and I can make an informed choice about whether or not to participate.

\_\_\_\_\_  
Researcher Name

\_\_\_\_\_  
Signature of Participant

**Annexe 3**  
**Directives sur les rencontres**  
**des groupes de discussion**

---



**Programme  
d'agrément  
du CCASS**  
*Directives*



Organisme agréé par :



Canadian Council on Health  
Services Accreditation



Conseil canadien d'agrément  
des services de santé



## Programme d'agrément du CCASS

### ***Directives pour les rencontres avec les groupes de discussion***

- Le feuillet *Votre opinion est importante* fournit des renseignements généraux sur l'agrément.
- Les personnes invitées à participer aux groupes de discussion représentant les clients, les membres du personnel et les partenaires de la communauté devraient recevoir un exemplaire du feuillet *Votre opinion est importante*.
- Vous pouvez personnaliser le feuillet *Votre opinion est importante* en y incluant la date de votre visite d'agrément.

---

#### ***But des rencontres avec les groupes de discussion***

Le programme d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) porte sur la qualité des soins et des services offerts par les organismes de santé. Pour leur permettre d'évaluer la qualité de ces services, les visiteurs rencontrent trois groupes de discussion : celui des clients, celui des membres du personnel et celui des partenaires de la communauté.

Ces rencontres sont un complément à l'auto-évaluation de l'organisme. Elles permettent aux visiteurs d'obtenir de l'information de ces groupes dans le cadre d'un processus structuré. Il s'agit d'un service à valeur ajoutée pour l'organisme puisque les visiteurs utiliseront ces renseignements pour évaluer la conformité de l'organisme par rapport à certains critères et certaines PON liées à la sécurité des patients. Les commentaires obtenus des groupes de discussion figurent dans le rapport de visite de l'organisme.

### ***Sélection des participants aux groupes de discussion***

Les rencontres avec les groupes de discussion, ont lieu durant la visite et durent entre 45 minutes et une heure; elles peuvent avoir lieu sur place, par téléconférence et, dans certains cas, par vidéoconférence. Chaque groupe compte de 5 à 12 participants choisis par l'organisme. Les personnes devraient être représentatives.

### ***Clients***

La rencontre avec le groupe de clients a pour but d'obtenir une vision large de l'opinion des consommateurs au sujet des soins et services offerts par l'organisme. Elle ne remplace pas les rencontres individuelles avec des clients qui sont effectuées par les visiteurs au cours de la visite. Les participants peuvent provenir de groupes établis comme le conseil des résidents, le comité des usagers, un groupe consultatif des consommateurs, un groupe communautaire ou encore comprendre des clients actuels ou anciens ayant reçu différents types de soins et services. Ces clients devraient être différents de ceux ayant pris part à l'auto-évaluation et aux rencontres individuelles. Les clients doivent être en mesure de fournir des commentaires sur les soins et services fournis, en particulier sur les points forts et les possibilités d'amélioration.

### ***Membres du personnel***

La rencontre avec les membres du personnel a pour but d'obtenir le point de vue du personnel de première ligne au sujet des services offerts par l'organisme, ainsi que sur ses points forts et ses possibilités d'amélioration. Le groupe du personnel peut inclure des bénévoles, des professionnels de la santé offrant des services contractuels et des médecins, ainsi que des représentants du syndicat. Ce groupe devrait compter des personnes représentant toutes les disciplines et les programmes. Les participants doivent être en mesure de fournir des commentaires sur la qualité des services qu'ils reçoivent de l'équipe de Leadership et partenariat et des



équipes de soutien. Cette rencontre doit avoir lieu avant la rencontre de l'équipe des Ressources humaines.

### ***Partenaires de la communauté***

La rencontre avec les partenaires de la communauté a pour but de connaître le point de vue de ces derniers sur leurs relations avec l'organisme. Les partenaires de la communauté peuvent comprendre les participants suivants : d'autres organismes de soins de santé et organismes offrant des services contractuels, la chambre de commerce et d'autres organismes communautaires tels que des institutions d'enseignement, le service d'incendie, des groupes communautaires et des municipalités. Les partenaires doivent être en mesure de fournir des commentaires sur les services offerts par l'organisme et sur les relations qu'il entretient avec eux. Cette rencontre devra avoir lieu avant la rencontre avec l'équipe de Leadership et partenariat.

### ***Exemples de questions (Rencontres avec les groupes de discussion)***

#### ***Clients***

- Est-ce que les services de l'organisme sont accessibles?
- Avez-vous l'impression que l'organisme vous écoute?

#### ***Membres du personnel***

- Comment êtes-vous informé des changements et des décisions prises par l'organisme?
- Comment pouvez-vous faire part de vos préoccupations ou de vos problèmes?

#### ***Partenaires de la communauté :***

- Quel genre de relation existe-t-il entre l'organisme et ses partenaires?

\* Est-ce que l'on répond aux attentes des partenaires de l'organisme?

DIRECTIVES POUR LES RENCONTRES AVEC LES GROUPES DE DISCUSSION



**renseignements  
importants**

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) est un organisme à but non lucratif, indépendant et financé par des services de santé provenant de partout au Canada. Les organismes de santé prennent part au processus d'agrément sur une base volontaire. Aujourd'hui, plus de mille organismes de santé sont agréés par le CCASS et leur nombre ne cesse de croître.



## *Votre opinion est importante*

### **(Rencontres avec les groupes de discussion)**

Afin de maintenir et d'améliorer la qualité des soins et des services qu'il offre, l'organisme où vous recevez vos soins de santé participera bientôt à une évaluation effectuée par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Cette évaluation a pour but de permettre aux organismes de services de santé de cerner leurs points forts et leurs possibilités d'amélioration, ainsi que d'élaborer un plan d'action pour mieux répondre aux besoins des clients, des familles et des communautés.

Cette évaluation, que l'on appelle visite, est effectuée par une équipe de professionnels de la santé expérimentés appelés visiteurs. Les visiteurs effectueront la visite de l'organisme le \_\_\_\_\_.

Au cours de la visite, les visiteurs rencontreront un groupe de clients, de membres du personnel et de partenaires de la communauté durant 45 minutes à une heure pour discuter de leur expérience et de leur opinion face à l'organisme. En tant que participant à un des trois groupes de discussion, n'hésitez pas à parler franchement. Vos commentaires demeureront confidentiels et serviront à améliorer la qualité des soins et des services offerts à votre communauté.

Canadian Council on Health  
Services Accreditation



Conseil canadien d'agrément  
des services de santé

1730, boulevard St-Laurent, bureau 100,  
Ottawa (Ontario) Canada K1G 5L1  
Tél : (613) 738-3800 ou 800-814-7769  
Télec. : (613) 738-3755 ou 800-811-7088  
[www.cchsa-ccass.ca](http://www.cchsa-ccass.ca)



DIRECTIVES POUR LES RENCONTRES AVEC LES GROUPES DE DISCUSSION

## Programme d'agrément du CCASS

### ***Directives pour l'entrevue avec les clients individuels***

- Le feuillet *Votre opinion est importante* fournit des renseignements généraux sur l'agrément.
- Les personnes invitées à participer aux entrevues devraient recevoir un exemplaire du feuillet *Votre opinion est importante*.
- Vous pouvez personnaliser le feuillet *Votre opinion* en y incluant la date de votre visite d'agrément.

---

#### ***But de l'entrevue avec les clients individuels***

Le programme d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) porte sur la qualité des soins et des services offerts par les organismes de santé. Pour leur permettre d'évaluer la qualité de ces services, les visiteurs rencontrent quelques personnes au cours de la visite. Il s'agit de clients de résidents, de membres de leurs familles ou de personnes autorisées à parler au nom des clients.

L'entrevue a pour but de permettre aux visiteurs d'obtenir les commentaires des clients au sujet de la qualité des soins et services qu'ils reçoivent. Elle devrait permettre aux visiteurs d'évaluer les éléments suivants :

- la satisfaction des clients
- dans quelle mesure le client ou la famille participe à la prise de décisions concernant les soins et services reçus
- dans quelle mesure le client connaît ses droits et responsabilités, et pense que ses droits sont respectés

- dans quelle mesure le client comprend comment procéder s'il a des plaintes ou des compliments à faire au sujet des soins et services.

Le but de l'entrevue n'est pas d'évaluer les compétences professionnelles ou les compétences des intervenants.

Les visiteurs sont liés par le Code de déontologie du CCASS. Ils s'assureront que leur présence ne compromet pas l'intimité et la dignité des clients, ainsi que la qualité des soins et services.

### *Sélection des clients qui participeront aux entrevues*

L'organisme choisira les participants. Idéalement, les clients choisis devraient représenter une variété de soins et de services et être en mesure de décrire les soins et services reçus. Les clients peuvent être choisis à partir de certains critères tels que leur état de santé, l'étape à laquelle ils sont rendus dans le processus de soins, ainsi que leur compréhension du processus d'agrément. Deux ou trois clients devraient être choisis pour chaque entrevue d'équipe de services aux clients.

### *Où auront lieu les rencontres?*

L'entrevue devrait avoir lieu là où les services sont offerts : dans l'unité à l'intérieur de l'hôpital ou du foyer de soins infirmiers; dans une salle de rencontre privée pour les clients en soins ambulatoires; au domicile du client, s'il reçoit des soins et des services à domicile; par téléphone, si la distance ou le temps empêchent les visiteurs de rencontrer les personnes concernées.

Les membres de la famille peuvent être présents pour l'entrevue. Si l'entrevue se déroule au domicile du client, le client et l'aidant naturel devraient participer à l'entrevue, si possible.



***Les visiteurs seront-ils présents pendant la prestation des soins et services à domicile?***

Pour les entrevues ayant lieu à domicile, elles devraient avoir lieu durant des visites de soins à domicile régulièrement prévues pour permettre d'observer l'interaction entre le client et le prestataire. De plus, les visiteurs pourront faire la revue des situations à risques, par exemple en ce qui concerne la prévention des infections ou l'installation et l'utilisation de l'équipement.

***Exemples de Questions (Entrevues avec les clients individuels)***

- Depuis quand êtes-vous client de cet organisme?
- Êtes-vous satisfait des soins et des services reçus?
- Quels renseignements avez-vous reçus au sujet de vos soins ou services?
- Dans quelle mesure participez-vous aux décisions relatives aux soins et services que vous recevez?
- Quels choix pouvez-vous faire?
- Le cas échéant, a-t-on répondu de façon adéquate à toutes vos questions au sujet des soins et des services que vous recevez?
- Quels sont les moyens dont vous et votre famille disposez pour communiquer vos préoccupations à l'organisme de santé?
- Avez-vous des suggestions à faire afin d'améliorer les services?

**renseignements  
importants**

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) est un organisme à but non lucratif, indépendant et financé par des services de santé provenant de partout au Canada. Les organismes de santé prennent part au processus d'agrément sur une base volontaire. Aujourd'hui, plus de mille organismes de santé sont agréés par le CCASS et leur nombre ne cesse de croître.

***Votre opinion est importante******(Entrevues avec les clients individuels)***

Afin de maintenir et d'améliorer la qualité des soins et services qu'il offre, l'organisme qui prodigue vos soins de santé participera bientôt à une évaluation effectuée par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Cette évaluation a pour but de permettre aux organismes de santé de cerner leurs points forts et leurs possibilités d'amélioration ainsi que d'élaborer un plan d'action pour mieux répondre aux besoins des clients, des familles et des communautés.

L'évaluation, que l'on appelle visite, est effectuée par une équipe de professionnels de la santé expérimentés appelés visiteurs. Ces visiteurs effectueront la visite de l'organisme le \_\_\_\_\_.

Au cours de la visite, les visiteurs rencontreront les clients ou les familles, de façon individuelle pendant 10 à 15 minutes afin de discuter de leurs impressions au sujet de l'organisme. Lors de la rencontre avec les visiteurs, n'hésitez pas à parler franchement. Vos commentaires demeureront confidentiels et serviront à améliorer la qualité des soins et services offerts à votre communauté.

Canadian Council on Health  
Services Accreditation



Conseil canadien d'agrément  
des services de santé

1730, boulevard St-Laurent, bureau 100,  
Ottawa (Ontario) Canada K1G 5L1  
Tél : (613) 738-3800 ou 800-814-7769  
Télec. : (613) 738-3755 ou 800-811-7088  
[www.cchsa-ccass.ca](http://www.cchsa-ccass.ca)



DIRECTIVES POUR L'ENTREVUE AVEC LES CLIENTS INDIVIDUELS

Programme d'agrément du CCASS

## ***Directives concernant l'accès des visiteurs aux dossiers des clients et du personnel***

### **Directives concernant l'accès des visiteurs aux dossiers des clients**

#### ***But***

Dans le cadre de l'examen mené par les pairs, les visiteurs du CCASS consultent des documents en vue de valider ou de compléter les renseignements recueillis dans l'auto-évaluation de l'organisme et lors des entrevues des équipes. Les dossiers des clients constituent un type de document important que consultent les visiteurs pendant la visite. Les visiteurs consultent les dossiers principalement pour évaluer la conformité aux normes du CCASS portant sur les dossiers des clients. Ces derniers peuvent aussi être consultés pour appuyer l'évaluation de la conformité par rapport à certaines PON liées à la sécurité des patients, y compris l'enseignement au client, la transmission de l'information, le bilan médicamenteux, etc. La consultation de ces documents permet d'évaluer les points suivants : la qualité des documents cliniques dans leur ensemble, la coordination des services de santé entre prestataires et l'utilisation appropriée des dossiers des clients pour la planification et la prestation de soins et services.

La consultation des dossiers cliniques n'a pas pour but d'évaluer la compétence des prestataires de soins et de services. Cette évaluation n'est pas du ressort du CCASS.

### *Sélection des dossiers des clients*

Dans la plupart des cas, les visiteurs consulteront un nombre restreint de dossiers des clients pour chaque équipe de prestation de soins et de services qui participe à la visite. Les dossiers des clients sont choisis par l'organisme. Les dossiers devraient permettre aux visiteurs d'évaluer les processus de prestation de soins et services. Il est donc important que les visiteurs aient accès aux dossiers de nouveaux clients et à ceux de clients pour qui la prestation de soins et de services s'achève.

### *Comment la confidentialité est-elle protégée?*

En vertu du Code de déontologie du CCASS, les visiteurs sont tenus d'assurer la confidentialité de tous les renseignements obtenus au cours du processus d'agrément.

Les normes du CCASS exigent des organismes qu'ils protègent la confidentialité, la sécurité et l'intégrité des données et de l'information. Les normes précisent également que les organismes doivent se conformer aux lois en vigueur et aux politiques internes sur la confidentialité des dossiers des clients.

Conformément aux normes du CCASS, et en tenant compte des lois provinciales et fédérales en vigueur et des lois émergentes concernant l'accès aux renseignements personnels sur la santé, le CCASS recommande que les mesures suivantes soient prises à l'égard de la consultation des dossiers des clients pendant la visite d'agrément.

Dans le but de respecter la confidentialité des dossiers des clients, les **organismes de santé devraient** :

- être au courant des lois provinciales et fédérales concernant l'accès aux dossiers des clients, et s'y conformer. Il se peut que les organismes aient à obtenir le consentement des clients pour la divulgation de renseignements



- mettre en application les politiques et processus internes portant sur la divulgation de renseignements sur le client. Il se peut que l'organisme ait à obtenir le consentement du client
- joindre les formulaires de consentement signés aux dossiers fournis aux visiteurs, le cas échéant

Dans le but de respecter la confidentialité des dossiers des clients, les **visiteurs devraient** :

- se renseigner auprès des organismes sur les lois en vigueur et les politiques internes régissant l'accès aux dossiers des clients
- s'assurer qu'il y a eu obtention du consentement avant de consulter les dossiers des clients, le cas échéant

### *Références*

#### **Gestion de l'information**

Norme 7 : Le dossier de chacun des clients contient des renseignements qui sont à jour, justes, complets et protégés.

#### **Soins de courte durée**

Norme 11 : L'organisme veille au respect et à la promotion des droits des clients et des familles.

### *Suggestions pour l'obtention du consentement du client*

Chaque organisme doit déterminer la méthode la plus appropriée pour obtenir le consentement des clients. Voici quelques suggestions :

#### **Accès aux dossiers des clients hospitalisés**

Avant d'effectuer la visite, on obtient le consentement de clients qui seront présents au moment de la visite. Les visiteurs consulteront un certain nombre de dossiers parmi ceux qui auront été sélectionnés. Ces dossiers pourraient



être ceux des personnes choisies pour participer aux entrevues avec les clients individuels.

***Accès aux dossiers de clients recevant des soins et services à domicile ou dans la communauté***

Avant la visite, on obtient le consentement des clients recevant des soins et services.

***Renseigner le client au sujet du processus d'examen par les pairs du CCASS***

L'organisme peut choisir d'incorporer les renseignements suivants au formulaire d'obtention du consentement :

En vue d'assurer le maintien et l'amélioration de la qualité des soins et des services qu'il offre, l'organisme où vous recevez vos soins et services participera bientôt à une évaluation effectuée par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Cette évaluation a pour but de permettre aux organismes de services de santé de cerner leurs points forts et leurs possibilités d'amélioration, ainsi que d'élaborer un plan d'action pour mieux répondre aux besoins des clients, des familles et des communautés.

Cette évaluation, que l'on appelle visite, sera effectuée par une équipe de professionnels de la santé expérimentés appelés visiteurs. Les visiteurs effectueront la visite de l'organisme le \_\_\_\_\_.

Au cours de la visite, les visiteurs consulteront les dossiers d'un certain nombre de clients. La consultation de ces dossiers aidera les visiteurs à évaluer la coordination des soins et services offerts et de vérifier dans quelle mesure les dossiers sont complets. Les renseignements qui figurent à votre dossier demeureront confidentiels.



## **Directives pour les visiteurs concernant l'accès aux dossiers du personnel**

### ***But***

Dans le cadre de l'examen mené par les pairs, les visiteurs du CCASS consultent des documents en vue de valider ou de compléter les renseignements recueillis dans l'auto-évaluation et lors des entrevues des équipes. Les dossiers du personnel constituent un type de document important que consultent les visiteurs pendant la visite d'agrément. Les visiteurs consultent principalement ces dossiers pour évaluer la conformité aux normes du CCASS portant sur les dossiers du personnel. L'accès aux dossiers du personnel permet aux visiteurs d'évaluer la qualité et l'intégralité des documents.

La consultation des dossiers du personnel n'a pas pour but d'évaluer la compétence des personnes en poste. Cette évaluation n'est pas du ressort du CCASS.

### ***Sélection des dossiers du personnel***

Les visiteurs consulteront un nombre restreint de dossiers du personnel. Les dossiers sont choisis par l'organisme. Les dossiers devraient être choisis pour refléter la gamme de services et d'unités au sein de l'organisme, et porter sur des postes dans les services cliniques, les services de soutien et de gestion.

Il est recommandé que l'organisme choisisse environ 15 dossiers. Les visiteurs choisiront au hasard parmi ces derniers.

### *Comment la confidentialité est-elle protégée?*

En vertu du Code de déontologie du CCASS, les visiteurs sont tenus d'assurer la confidentialité de tous les renseignements obtenus au cours du processus d'agrément.

Les normes du CCASS exigent des organismes qu'ils protègent la confidentialité, la sécurité et l'intégrité des données et de l'information. Les normes précisent également que les organismes doivent se conformer aux lois en vigueur et prévoir des processus pour protéger la confidentialité.

Conformément aux normes du CCASS, et en tenant compte des lois provinciales et fédérales en vigueur et des lois émergentes concernant l'accès aux renseignements personnels sur la santé, le CCASS recommande que les mesures suivantes soient prises à l'égard de la consultation des dossiers des clients pendant la visite d'agrément.

Pour protéger la confidentialité, **les organismes de santé devraient :**

- être au courant des lois concernant l'accès aux dossiers du personnel, et s'y conformer. Il se peut que les organismes aient à obtenir le consentement du personnel pour la divulgation de renseignements. Il se peut également qu'ils soient obligés de séparer les dossiers de santé du personnel des dossiers du Service des ressources humaines
- mettre en application les politiques et processus internes portant sur la divulgation de renseignements sur les membres du personnel. Il se peut que l'organisme ait à obtenir le consentement du personnel pour la divulgation des renseignements
- joindre les formulaires de consentement signés aux dossiers fournis aux visiteurs, le cas échéant

Pour protéger la confidentialité, **les visiteurs devraient :**

- se renseigner auprès des organismes sur les lois en vigueur et les politiques régissant l'accès aux dossiers du personnel



- s'assurer qu'on a obtenu le consentement avant de consulter les dossiers du personnel, le cas échéant

### *Références*

#### **Gestion des ressources humaines**

Norme 8 : Les dossiers et l'information qui concernent le personnel sont confidentiels, à jour et complets.

## Programme d'agrément du CCASS

### *Directives pour les tournées*

#### **But**

Les tournées menées dans la pharmacie, les services d'imagerie diagnostique et les laboratoires permettent aux visiteurs d'acquérir des renseignements qui s'ajoutent à ceux des auto-évaluations. Aucun rapport spécifique n'est élaboré à la suite de ces tournées. Les observations et commentaires des visiteurs seront inclus dans les différentes sections du rapport de visite d'agrément au besoin.

Les visiteurs observeront les personnes, les processus, les lieux et l'équipement.

#### **Pharmacie**

- installations appropriées à une prestation de services sécuritaire et efficace
- espace prévu pour l'entreposage des médicaments est adéquat
- espace adéquat pour permettre le déroulement du travail
- espace pour la préparation de produits stériles est approprié
- espace pour la préparation de produits nécessaires à la chimiothérapie est approprié
- contenants et armoires pour matériel présentant un danger biologique sont étiquetés clairement
- hottes disponibles lorsqu'elles sont nécessaires pour la préparation de médicaments
- équipement de sécurité, p. ex. extincteur, douche oculaire, disponibles et dont l'emplacement est bien indiqué

- mesures de sécurité, p. ex. armoires verrouillées, enseignes indiquant l'interdiction d'accès
- procédure et livres de référence pour le personnel
- marche à suivre et endroit désignés pour les commandes hautement prioritaires
- chariots servant au transport des médicaments appropriés, p. ex. taille, tiroirs verrouillés
- système de secours pour la technologie utilisée
- systèmes en place pour réduire le nombre d'erreurs liées aux médicaments
- matériel d'enseignement à l'intention des clients

#### **Laboratoires**

- installations appropriées à une prestation de services sécuritaire et efficace
- propreté des laboratoires en général
- disposition des installations fait en sorte qu'on puisse accéder efficacement aux spécimens
- programme de sécurité en place (directives affichées, bassins oculaires)
- mécanismes en place pour recevoir les commentaires des clients
- programme d'utilisation du laboratoire
- connaissances du personnel au sujet des indicateurs de rendement, p. ex. délai d'exécution
- gestion des produits sanguins (entreposage, étiquetage, équipement de protection)
- hottes disponibles et utilisées
- processus pour retracer les spécimens, p. ex. examens de routine, exigent une attention immédiate



- procédure et livres de référence pour le personnel, p. ex. SIMDUT
- contenants et armoires pour matériel présentant un danger biologique étiquetés clairement
- mesures de sécurité en place (accès, affiches, etc.)
- manuel de laboratoire à l'intention des médecins
  
- système de secours pour la technologie utilisée

#### ***Services d'imagerie diagnostique***

- installations appropriées à une prestation de services sécuritaire et efficace
- salle de toilettes pour les clients à proximité du local où sont effectuées les examens
- cabines pour permettre aux clients de se changer
- respect de l'intimité des clients qui attendent un examen
- présence de procédures et livres de référence pour le personnel, par ex. SIMDUT
- équipement de sécurité disponible et facile à repérer, p. ex. extincteurs, chariot de réanimation
- mesures de sécurité, p. ex. accès interdit, enseignes, dosimètres portés par le personnel
- système de repérage des films
- présence de matériel d'enseignement à l'intention des clients

**Annexe 4**  
**Questionnaire quantitatif de la mesure**  
**de l'implantation de l'amélioration de**  
**la qualité**

---



## Quality Improvement Questionnaire

Please answer all questions to the best of your knowledge. The term ‘quality improvement’ is defined as a change in structure or process that leads to an improvement in any indicator (e.g. finance, quality, patient safety, service, growth or people)

**HOSPITAL:** XXX Hospital

**JOB CATEGORY:** Physician                      Nurse    Paramedical Staff  
 Manager    Non-clinical staff

**Please use the following scale to answer questions 1 - 26:**

**1 = to no extent** meaning the organization either is not interested or they have begun to discuss the possibility of implementing this item

**2 = to a little extent** meaning the organization is beginning to either redefine or restructure current structure or processes to incorporate this item

**3 = to some extent** meaning the organization has implemented this task and is confirming that this item will work in the current environment

**4 = to a good extent** meaning that the organization has decided that this item is important and the leadership has provided the resources necessary to ensure its sustainability.

**5 = to a great extent** meaning this item is routine in the organization.

**6 = I don’t know, N/A**

**All questions begin with To what extent....**

1	are your organization’s quality efforts led by a group that includes board members, the CEO, and other senior executives?	1 2 3 4 5 6
2	is the quality information that you receive timely?	1 2 3 4 5 6
3	is quality listed as an agenda item for every meeting in the organization?	1 2 3 4 5 6
4	does your organization use data from customers to improve services?	1 2 3 4 5 6
5	are training programs in your organization based on quality goals?	1 2 3 4 5 6
6	are the physicians personally involved in quality improvement efforts?	1 2 3 4 5 6
7	is creativity actively encouraged in this organization?	1 2 3 4 5 6
8	are employees actively involved in determining what data are collected in your organization?	1 2 3 4 5 6

9	are results from multidisciplinary teams used to improve the quality of the organization's processes?	1 2 3 4 5 6
10	do the multidisciplinary teams use quality improvement tools (e.g. flowcharting, statistical process control tools, team building exercises, control charts) to understand and improve the processes of care in your organization?	1 2 3 4 5 6
11	do the senior leaders act on employee/customer suggestions to improve the quality of care and services?	1 2 3 4 5 6
12	does the organization's culture allow for employees to implement suggestions on how to improve quality?	1 2 3 4 5 6
13	are the quality improvement plans and goals known and understood throughout the organization?	1 2 3 4 5 6
14	does each department and work group within your organization maintain specific goals to improve quality?	1 2 3 4 5 6
15	are employees involved in developing plans for improving quality?	1 2 3 4 5 6
16	do you receive relevant quality, patient safety, service and financial information so as to enable you to improve daily activities of your department?	1 2 3 4 5 6
17	are employees in this organization encouraged to try new and better ways of doing things?	1 2 3 4 5 6
18	does your organization measure customer (i.e. patient, physician, supplier, employee) satisfaction?	1 2 3 4 5 6
19	does your organization study customer complaints to identify issues to be examined?	1 2 3 4 5 6
20	do the senior leaders visibly model quality improvement behaviors in your organization?	1 2 3 4 5 6
21	do people in your hospital have a complete understanding of who their customers are?	1 2 3 4 5 6
22	do the senior leaders have a thorough understanding of how to improve the quality of care and services in your organization?	1 2 3 4 5 6
23	is there a strong commitment to quality improvement at the senior leader level in your organization?	1 2 3 4 5 6

24	does your organization actively try new things in order to improve patient care?	1 2 3 4 5 6
25	does your organization have a specific process to select suppliers based on more than price?	1 2 3 4 5 6
26	does a multidisciplinary approach exist at your organization for process improvement that includes physicians, administrators, nursing and support departments?	1 2 3 4 5 6
27	are employees given training in how to identify and use quality improvement information and tools? 1 = no current training 2 = training only to a few selected employees 3 = training to all management and a few selected employees 4 = training as a part of new employee orientation 5 = ongoing training to all employees	1 2 3 4 5 6

**THANK YOU**

# Références

- 
- <sup>1</sup> Les objectifs du millénaire pour le développement, <http://www.un.org/french/millenniumgoals/> 27 September, 2007
- <sup>2</sup> Haines A. and Sanders D., Building Capacity to attain the Millennium Development Goals, *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 99, 721-726
- <sup>3</sup> Charles D Shaw, (2004). *Toolkit for accreditation programs*, International Society for Quality in Healthcare, ALPHA Council.
- <sup>4</sup> Ngoyi, B., Tavrow, P., Abdallah, H., Hoffner, K., Tembo, J. (2002) Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience, *International Journal for Quality in Health Care*; Volume 14, Supplement 1: 7–16
- <sup>5</sup> Diana R. et coll., (2002). A framework for institutionalizing quality assurance, *International Journal for Quality in Health Care*; Volume 14, Supplement 1: 67-73.
- <sup>6</sup> Contandriopoulos André-Pierre et coll., (1993) L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et Méthodes, *Bulletin de la corporation des médecins du Québec*, vol.33, no 1 février 1993, pp 12-17.
- <sup>7</sup> Pineault, Raynald., (2004) L'efficacité populationnelle: un objectif à atteindre dans les réseaux locaux, *Colloque montréalais sur les réseaux locaux de services*.
- <sup>8</sup> Charles D Shaw, (2004). *Toolkit for accreditation programs*, International Society for Quality in Healthcare, ALPHA Council.
- <sup>9</sup> Ovretveit J. and Gustafson D. (2002). Quality Improvement Research, Evaluation of Quality Improvement Programmes. *Qual Saf Health Care*, 11:270-275.
- <sup>10</sup> Institute of Medicine. (1999). *The National Round-table on Health Care Quality: Measuring the Quality of Care*. Washington: institute of Medicine.
- <sup>11</sup> Staw, B., and L. Epstein. (2000). What Bandwagons Bring: Effects of Popular Management Techniques on Corporate Performance, Reputation, and CEO Pay. *Administrative Science Quarterly* 45(3):523-56.
- <sup>12</sup> Ovretveit J. and Gustafson D. (2002). Quality Improvement Research, Evaluation of Quality Improvement Programmes. *Qual Saf Health Care*, 11:270-275.

- 
- <sup>13</sup> Kieran Walshe and ThomasG. Rundall. (2001) Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. The Milbank Quarterly, Vol.79, No3.
- <sup>14</sup> Patton MQ. The evaluator responsibility for utilisation. Evaluation practice 1988;9; 5-24.
- <sup>15</sup> Champagne, F, Denis, J-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions:l'analyse d'implantation. Service Social. Presses de l'Université Laval, 41(1) : 143-163.
- <sup>16</sup> Schacter Mark, "Capacity Building" : (January 2000) .A new Way of Doing Business for Development Assistance Organisations Policy Brief No. 6: Institute On Governance, Ottawa, Canada
- <sup>17</sup> Banuri, tariq, goran Hyden, Calestous Juma and Marcia Rivera, (1994). Sustainable Human development : from concept to Operation : A guide for the Practitioner. UNDP
- <sup>18</sup> Morgan P. (Dec. 1997) The design and use of Capacity Development Indicators, Policy Branch Of CIDA
- <sup>19</sup> Whyte A., (2004), Landscape Analysis of Donor Trends in International Development. Human and Institutional Capacity Building: A Rockefeller Foundation Series ISSUE NUMBER 2
- <sup>20</sup> Lusthaus C., Adrien MH., Perstinger M. (1999) Capacity Development: Definitions, Issues and Implications for planning, Monitoring and Evaluation. Universalia Occasional Paper, No.35.
- <sup>21</sup> Milen A., (2001). What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practices. Department of health services provision, World Health Organization, Geneva.
- <sup>22</sup> German Technical Cooperation, Partner for the Future Woldwide, <http://www.gtz.de/en/17870.htm>
- <sup>23</sup> Brown L. (2001), Measuring Capacity building, MEASURE Evaluation HRN-A-00-97-00018-00 Carolina Population Center University of North Carolina at Chapel Hill.
- <sup>24</sup> Milen A., (2001). What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practices, Department of health services provision World Health Organization , Geneva.

- 
- <sup>25</sup> Nye N, Glickman NJ. (2000) Working together. Building capacity for community development. *Housing Policy Debate*. 11:163-198.
- <sup>26</sup> World Bank. (1998). *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why*. Oxford: Oxford University Press.
- <sup>27</sup> Morgan, P., & Qualman, A. (1996). *Applying Results-Based Management to Capacity Development*. Hull: Policy Branch, CIDA.
- <sup>28</sup> UNICEF. (1996). *Sustainability of Achievements: Lessons Learned from Universal Child Immunization*. New York: UNICEF.
- <sup>29</sup> CIDA, P. B. (1996). *Capacity development: the concept and its implementation in the CIDA context*. Hull: CIDA.
- <sup>30</sup> OECD-DAC, *Criteria for Donor Agencies' Self-Assessment in Capacity Development*; DCD/DAC (99) 4, 1999.
- <sup>31</sup> Bracht N, Finnegan JR, Rissel C et al. Community ownership and program continuation following a health demonstration project. *Health Education Research* 1994;9:243-255
- <sup>32</sup> Rissel C, Finnegan J, Bracht N. Evaluating quality and sustainability issues: issues and insights from the Minnesota Heart Health program. *Health Promotion International* 1995;10:199-207
- <sup>33</sup> Roper WL, Baker EL, Dyal WW, Nicola RM. Strengthening the public health system. *Public Health Reports* 1992;107:609-615
- <sup>34</sup> Meissner HI, Bergner L, Marconi KM. Developing cancer control capacity in state and local public health agencies. *Public Health Reports* 1992;107:15-23
- <sup>35</sup> Schwartz R, Smith C, Speers MA, et al Capacity-building resource needs of state health agencies to implement community-based cardiovascular disease prevention programs. *Journal of Public Health Policy* 1993;14:480-494
- <sup>36</sup> Biegel DE. Help seeking and receiving in urban ethnic neighbourhoods. In Rappaport J, Swift C, Hess R. (Eds) *Studies in Empowerment. Steps Towards Understanding and Action*. Haworth Press New York 1984
- <sup>37</sup> SIDA, *Analysis of Needs for Capacity Development*; Policy Secretariat, Capacity Development Working Paper 4, March 2000.

---

<sup>38</sup> Cohen, J., M. (1993). *Building Sustainable Public Sector Managerial, Professional and Technical Capacity: A Framework for Analysis and Intervention*. Cambridge, Mass: Harvard Institute for International Development.

<sup>39</sup> Morgan P. (1998) *Capacité et développement des capacités : quelques stratégies*. Notes préparées pour la Direction des orientations sociales et politiques Direction générale des politiques, ACIDI

<sup>40</sup> Horton D. (2003), A. Alexaki, S. Bennett-Lartey, K.N. Brice, D. Campilan, F. Carden, J. de Souza Silva, L.T. Duong, I. Khadar, A. Maestrey Boza, I. Kayes Muniruzzaman, J. Perez, M. Somarriba Chang, R. Vernooy, and J. Watts. *Evaluating capacity development: experiences from research and development organizations around the world*. The Netherlands: International Service for National Agricultural Research (ISNAR); Canada: International Development Research Centre (IDRC), the Netherlands: ACP-EU Technical Centre for Agricultural and Rural Cooperation (CTA).

<sup>41</sup> Dimaggio et Powell (1983) *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields* *American Sociological Review*, Vol. 48, No. 2 (Apr., 1983), pp. 147-160 doi:10.2307/2095101

<sup>42</sup> Adam, M. (1999). *Les schémas. Un langage transdisciplinaire*. Paris/Montréal : L'Harmattan, Preface de Jean Louis Le Moigne, P 7-13.

<sup>43</sup> Rocher Guy, (1992) *Introduction à la sociologie générale*, troisième édition, Hurtubise, P 130-169.

<sup>44</sup> Berbaum J., (1984) *Apprentissage et formation*, Edition actualisée, le point des connaissances, collection encyclopédique, Que sais-je?

<sup>45</sup> Crozier M., Friedberg E. (1977) *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil, 39-45.

<sup>46</sup> Oandasan Ivy et coll., (2006) *Le travail d'équipe et la collaboration dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

<sup>47</sup> Cohen, S. G. et Bailey, D. R. (1997). *What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite*. *Journal of Management*, 23(4), 238-290.

<sup>48</sup> Horton D. et Coll., (2004) *L'Évaluation au cœur du renforcement organisationnel* *Expériences d'organisations de recherche et développement du monde entier*. Service international pour la recherche agricole nationale (ISNAR), Pays-Bas; Centre de recherches pour le

---

développement international (CRDI), Canada; Centre technique de coopération agricole et rurale (CTA) ACP-EU, Pays-Bas.

<sup>49</sup> Horton D. et Coll.,(2004) L'Évaluation au cœur du renforcement organisationnel Expériences d'organisations de recherche et développement du monde entier. Service international pour la recherche agricole nationale (ISNAR), Pays-Bas; Centre de recherches pour le développement international (CRDI), Canada; Centre technique de coopération agricole et rurale (CTA) ACP-EU, Pays-Bas.

<sup>50</sup> Probst G., Büchel B., La pratique de l'entreprise apprenante, Ed. d'Organisation, Paris 1995

<sup>51</sup> Horton D. et Coll.,(2004) L'Évaluation au cœur du renforcement organisationnel Expériences d'organisations de recherche et développement du monde entier. Service international pour la recherche agricole nationale (ISNAR), Pays-Bas; Centre de recherches pour le développement international (CRDI), Canada; Centre technique de coopération agricole et rurale (CTA) ACP-EU, Pays-Bas.

<sup>52</sup> Morgan P. (Dec. 1997) The design and use of Capacity Development Indicators, Policy Branch Of CIDA

<sup>53</sup> USAID, MEASURE, (March 2000), Measuring Capacity Building in Health care and population programs. Summary of meeting held by Measure Evaluation, November 16-17, 1999.

<sup>54</sup> Nu'Man J., King W., Bhalakia A., Criss S., (2007) A Framework for Building Organizational Capacity Integrating Planning, Monitoring, and Evaluation. J Public Health Management Practice, January (Suppl), S24-S32.

<sup>55</sup> Connolly P., York P., (2002) Continuum of Capacity Building Evaluation, The Conservation Company, New York.

<sup>57</sup> Connolly P., York P., (2002) Continuum of Capacity Building Evaluation, The Conservation Company, New York.

<sup>58</sup> Hackman, J. R. (1987). The design of work teams. In J. W. Lorsch (ed.), Handbook of organizational behavior (p. 315-342). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

<sup>59</sup> Hackman, J. R. (1990). Groups that work (and those that don't): Creating conditions for effective teamwork. San Francisco, CA: Jossey-Bass.



- 
- <sup>60</sup> Lemieux-Charles L. et McGuire W, (2006) What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature, *Medical Care Research and Review*, Vol. 63, No. 3, 263-300
- <sup>61</sup> Morgan P. (1998) Capacité et développement des capacités : quelques stratégies. Notes préparées pour la Direction des orientations sociales et politiques Direction générale des politiques, ACIDI
- <sup>62</sup> Crozier M., Friedberg E. (1977) L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective, Editions du Seuil, 39-45.
- <sup>63</sup> Lusthaus C., Anderson G., Murphy E., (1995) Institutional Assessment: A framework for Strengthening Organizational Capacity for IDRC's Research Partners. International Development Research Center.
- <sup>64</sup> Taschereau S, (1998) Evaluating the impact of training and Institutional Development Programs, A Collaborative Approach, EDI Learning Resources Series Economic development Institute of the World Bank.
- <sup>65</sup> Hawe P , Michelle Noort , Lesley King and Christopher Jordens (1997)., *Multiplying Health Gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs Health Policy*, Volume 39, Issue 1, January, Pages 29-42
- <sup>66</sup> Penelope Hawe1, Lesley King, Michelle Noort Christopher Jordens, Beverley Lloyd, (2000), *Indicators to help with Capacity building in Health promotion*. NSW health Department.
- <sup>67</sup> Le Centre ontarien d'information en prévention (COIP), (Spring 2002) *Capacity Building for Health Promotion; More than Bricks and Motar*.
- <sup>68</sup> Brown L. (2001), *Measuring Capacity building, MEASURE Evaluation HRN-A-00-97-00018-00 Carolina Population Center University of North Carolina at Chapel Hill*.
- <sup>69</sup> Bolger, J. (May 2000). *Capacity Development: Why, What and How*, Canadian International Development Agency, CIDA, Policy Branch, Vol. 1, No. 1.,
- <sup>70</sup> Scrivens, E. (1998). *Policy issues in accreditation*, Editorial. *International Journal for Quality in Health Care*, 10 (1), 1-5.
- <sup>71</sup> Shaw D. Charles, (2003) ,Editorial, *Evaluating Accreditation*, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 15, Number 6:pp. 455-456.
- <sup>72</sup> Conseil canadien des services de santé. *Manuel du programme d'accréditation*, 2007

---

<sup>73</sup> Horton D. (2003), A. Alexaki, S. Bennett-Lartey, K.N. Brice, D. Campilan, F. Carden, J. de Souza Silva, L.T. Duong, I. Khadar, A. Maestrey Boza, I. Kayes Muniruzzaman, J. Perez, M. Somarriba Chang, R. Vernooy, and J. Watts. Evaluating capacity development: experiences from research and development organizations around the world. The Netherlands: International Service for National Agricultural Research (ISNAR); Canada: International Development Research Centre (IDRC), the Netherlands: ACP-EU Technical Centre for Agricultural and Rural Cooperation (CTA).

<sup>74</sup> Duckett, S.J. (1983). Changing Hospitals : The Role of Hospital Accreditation. *Soc. Sci. Med.*, 17 (20), 1573-1579.

<sup>75</sup> Pomey, M-P, Contandriopoulos A-P, François P, Bertrand D., (2004), Accreditation as a tool for organisational change, accepté pour publication dans *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.17.3 2004.

<sup>76</sup> Toussaint, E. (2000). L'impact du changement des standards qualité sur le management hospitalier. Étude au Centre Universitaire de Santé Mc Gill, Montréal, Québec. Mémoire réalisé dans le cadre du stage d'élève directeur à l'ENSP, Rennes, France.

<sup>77</sup> François et coll. (2001). Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2001 ; 8 (1) : 6-26.

<sup>78</sup> Lozeau Daniel, (1996) L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec, *Ruptures revue transdisciplinaire en santé*, 3(2).

<sup>79</sup> Lozeau, D. (2002). Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics du Québec. *Gestion*, Vol 27 No 3, pp.113-122

<sup>80</sup> Lemieux-Charles Louise et coll., (Summer 2000)., Use of Mid-Level Indicators in Determining Organizational Performance. *Hospital Quality*, Vol Summer, pp. 48-52.

<sup>81</sup> Beaumont, M. (2002). Recherche sur l'efficacité du programme d'agrément du CCASS. Méthodologie et résultats. Maîtrise en administration des services de santé : Faculté de médecine, Université de Montréal.

<sup>82</sup> LeBrasseur Rolland et Coll., (December 2002) Organizational Learning, Transformational Leadership and Implementation of Continuous Quality Improvement in Canadian Hospitals. *Australian Journal of Management* Vol. 27, No 2.

- 
- <sup>83</sup> Jones L. Merrick, (2001) Sustainable organizational capacity building: is organizational learning a key? *The international Journal of Human Resource Management*.
- <sup>84</sup> Witheduck Consulting Ltd. (2004). Faire honneur à nos collectivités, Processus d'agrément des centres de santé communautaire.
- <sup>85</sup> Morgan P. (1998) Capacité et développement des capacités : quelques stratégies. Notes préparées pour la Direction des orientations sociales et politiques Direction générale des politiques, ACIDI
- <sup>86</sup> Contandriopoulos et coll. 2000. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes – *Revue d'épidémiologie et Santé Publique*, 48:517-539.
- <sup>87</sup> Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- <sup>88</sup> Contandriopoulos et coll. 2000. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes – *Revue d'épidémiologie et Santé Publique*, 48:517-539.
- <sup>89</sup> Guba AEG, Lincoln YS. (1989) *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publication, ,294 P.
- <sup>90</sup> Champagne F, Denis JL. 1992 Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service social : l'avenir des service ou service d'avenir*; 41 :143-63.
- <sup>91</sup> Contandriopoulos et coll. 2000. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes – *Revue d'épidémiologie et Santé Publique*, 48:517-539.
- <sup>92</sup> Ballé C. (1990). *Sociologie des organisations, Que sais-je? Cinquième édition*, Presse Universitaire de France.
- <sup>93</sup> Crozier M., Friedberg E. ([1977] 1992) *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, coll. Points Essais.
- <sup>94</sup> ISQua. (2002). Accreditation and ALPHA. <http://www.isqua.org.au/>
- <sup>95</sup> Conseil canadien des services de santé. *Manuel du programme d'accréditation*, 2002.
- <sup>96</sup> Heidemann, E. Client-Centered Accreditation. *Int. J. Health Planning and management*. (1995); 10:209-222.

---

<sup>97</sup> Beaumont, M., Drew M., Contandriopoulos A.P., (2006), Un processus d'agrément pour la santé publique : Est-ce possible? Est-ce souhaitable? Accepté pour publication dans la Revue canadienne de santé Publique.

<sup>98</sup> Spencer, E. and Walshe, K., (2005). Literature and interview summary. Quality Improvement Strategies in Healthcare systems of the European Union. Methods for Assessing Response to Quality Improvement Strategies.

<sup>99</sup> Secrétariat du conseil du trésor, Module 2, Profil et Modèle logique.  
[http://www.tbs-sct.gc.ca/eval/tools\\_outils/rbm\\_gar\\_cour/bas/module\\_02/module\\_0209\\_f.asp](http://www.tbs-sct.gc.ca/eval/tools_outils/rbm_gar_cour/bas/module_02/module_0209_f.asp). 27 septembre 2007.

<sup>100</sup> Nonaka, I. (1994). A dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation, *Organization Science*, vol. 5, no 1, February:14-37.

<sup>101</sup> Berwick, D.M (1998). Crossing the Boundary: Changing mental models in the services improvement, *Int. J. Qual. Health Care*, 10(5):435-441.

<sup>102</sup> Meyer, J.W. & Rowan, B. (1983). Institutionalized organization:formal structure as myth and ceremony. *American journal of Sociology*, 83 (2): 340-363.

<sup>103</sup> Donabedian A., (1985) Exploration in Quality Assessment and Monitoring, Volume III, The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring : An Illustrated Analysis. Health Administration Press Ann Arbor, Michigan, P 378-379

<sup>104</sup> Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.

<sup>105</sup> Robert Frances, (1996) *Motivation et efficience au travail*, Computer Based Learning Unit, University of Leeds.

<sup>106</sup> Rouleau, L. (2003) *Théorie des organisations*, Recueil de Texte, Séminaire de doctorat, HEC Montréal.

<sup>107</sup> Argyris, C. & Schon, D.A. (1978), *Organizational Learning*, Addison-Wesley, Reading, MA.

<sup>108</sup> Tsang, E. 1997, 'Organizational learning and the learning organization : A dichotomy between descriptive and prescriptive research', *Human Relations*, vol. 50, no. 1, pp. 73–87.

<sup>109</sup> Ikujiro Nonaka, Hirotaka Takeuchi,Contributor Marc Ingham, Gérard Koenig, Published (1997) *La connaissance créatrice: la dynamique de l'entreprise apprenante* De Boeck Université, 320 pages.

---

<sup>110</sup> Koenig G., Janvier-Février (1994), L'apprentissage organisationnel : repérage des lieux, *Revue Française de Gestion*, p.76-83.

<sup>111</sup> SENGE P., (1990) *La cinquième discipline*, First.

<sup>112</sup> Merrick L. Jones (2001) Sustainable organizational capacity building: is organizational learning a key? *Int. J. of Human Resource Management* 12:1

<sup>113</sup> Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

<sup>114</sup> Yin, R.K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. (Revised Edition ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications

<sup>115</sup> Yin, R.K. (1989). *Case Study Research. Design and Methods*. (Revised Edition ed.). Newbury Park, CA: Sage Publication.

<sup>116</sup> Sofaer, S., (2002) Qualitative research methods, *International journal for Quality in Health Care*, Volume14, Number4:pp. 329-336.

<sup>117</sup> Creswell, J. W., Pano Clark, V., Gutmann, M., & Hanson, W. (2003). *Advance in Mixed methode design*. In A. Tashakkori & C. Teddie (Eds.), *Handbook of mixed methods in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks, Ca:Sage.

<sup>118</sup> Tashakkori, A., & Teddlie, C. (Eds.). (1998). *Mixed Methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, Ca: Sage.

<sup>119</sup> Creswell, J.W., (2003). *Research Design, Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, University of Nebraska, Lincoln, Second Edition, Sage Publication.

<sup>120</sup> Miles M.B. et Huberman A.M., (2003) *Analyse des données qualitatives*, 2e édition, DeBoeck Université.

<sup>121</sup> Kitzinger, J. (2000). Focus groups with users and providers of health care. In:Pope, C.& Mays, N. (Eds). *Qualitative research in health care*. (p. 20-29).

<sup>122</sup> Counte M, and Meurer S. (2001) Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in healthcare organizations. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13(3): 197- 207.

---

<sup>123</sup> Meurer SM, Rubio DM, Counte MA, Burroughs T. (2002) Development of a healthcare quality improvement measurement tool: Results of a content validity study. *Hospital Topics* 2002; Spring 80(2): 7-14.

<sup>124</sup> Meurer SM, Counte MA, Rubio DM, and Arrington B. (2004). Measuring a hospital's ability to improve. *American Journal of Medical Quality* 2004; Sep/Oct 19(5): 214-222.

<sup>125</sup> Counte M, and Meurer S. (2001) Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in healthcare organizations. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13(3): 197- 207.

<sup>126</sup> Ovretveit J. and Gustafson D. (2002). Quality Improvement Research, Evaluation of Quality Improvement Programmes. *Qual Saf Health Care*, 11:270-275.

<sup>127</sup> D. C. Hoaglin D.C., Mosteller F., Tukey J.W. (éditeurs), (2000), *Understanding Robust and Exploratory Data Analysis*, Chapitre 6, pp. 166-210, John Wiley & Sons, Inc, New York.; réédition du livre (1983) dans une nouvelle collection: Wiley Classics Library.

<sup>128</sup> Shahpar C., Li G., (1999) Homicide Mortality in the United States, 1935-1994: Age, Period, and Cohort Effects, *American Journal of Epidemiology*, Copyright The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Vol 150, No.11.

<sup>129</sup> Organisation mondiale de la Santé  
<http://www.who.int/whosis/database/country/compare.cfm?country=SAU&indicator=PopTotal&language=french>, 19 septembre, 2007-09-21.

<sup>130</sup> Mufti, Mohammed H. (2000) *Health care development strategies in the Kingdom of Saudi Arabia*, Kluwer Academic, Plenum Publisher, New York.

<sup>131</sup> *Medical Business News*, (2006) page 50, June edition.

<sup>132</sup> Document récupérer des archives personnels de ARAMCO, (Arabian American Oil Company)

<sup>132</sup> Fort A.L. (1999) *Want sustainability? Build capacity: A framework and tool for measuring Progress*. Presentation to the Global Health Council's Global Health, Poverty and Development Annual Conference.

<sup>133</sup> Larivey, Michelle, octobre 2007, *Guide des émotions*,  
<http://www.redpsy.com/guide/fierte.html>

- 
- <sup>134</sup> Cohen, S. G. et Bailey, D. R. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23(4), 238-290.
- <sup>135</sup> Oandasan Ivy et coll., (2006) Le travail d'équipe et la collaboration dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- <sup>136</sup> Horton D. et Coll.,(2004) L'Évaluation au cœur du renforcement organisationnel Experiences d'organisations de recherche et développement du monde entier. Service international pour la recherche agricole nationale (ISNAR), Pays-Bas; Centre de recherches pour le développement international (CRDI), Canada; Centre technique de coopération agricole et rurale (CTA) ACP-EU, Pays-Bas.
- <sup>137</sup> Porter, E., (1985), *Competitive Advantage : Creating and Sustaining Superior Performance*, new York :Free Press, P.37.
- <sup>138</sup> Counte M, and Meurer S. (2001) Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in healthcare organizations. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13(3): 197- 207.
- <sup>139</sup> Meurer SM, Rubio DM, Counte MA, Burroughs T. (2002) Development of a healthcare quality improvement measurement tool: Results of a content validity study. *Hospital Topics* 2002; Spring 80(2): 7-14.
- <sup>140</sup> Meurer SM, Counte MA, Rubio DM, and Arrington B. (2004). Measuring a hospital's ability to improve. *American Journal of Medical Quality* 2004; Sep/Oct 19(5): 214-222.
- <sup>141</sup> Guba, G. Egon & Lincoln, S. Yvonna (1990) *Fourth Generation Evaluation*, Sage publication, Chapitre 8, page 228 – 251, Second Printing.
- <sup>142</sup> Guba, G. Egon & Lincoln, S. Yvonna (1990) *Fourth Generation Evaluation*, Sage publication, Chapitre 8, page 228 – 251, Second Printing.
- <sup>143</sup> Ovretveit J. and Gustafson D. (2002). Quality Improvement Research, Evaluation of Quality Improvement Programmes. *Qual Saf Health Care*, 11:270-275.
- <sup>144</sup> Brown L. (2001), *Measuring Capacity building, MEASURE Evaluation HRN-A-00-97-00018-00* Carolina Population Center University of North Carolina at Chapel Hill.

- 
- <sup>145</sup> Health Council of Canada. (2005). Health care renewal in Canada: Accelerating change. Toronto, ON: Health Council of Canada.
- <sup>146</sup> Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L. et Law, S. (mai 2005). Conceptualizing and combining evidence for health system guidance: Final report. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation.
- <sup>147</sup> Health Canada. (2003). First Ministers' accord on health care renewal. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>148</sup> Borrill, C., West, M. A., Shapiro, D. et Rees, A. (2000). Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care*, 6(8), 364-371.
- <sup>149</sup> Zwarenstein, M., Reeves, S. et Perrier, L. (2005, mai). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative intervention. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 148-165.
- <sup>150</sup> D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin-Rodriguez, L. et Beaulieu, M. D. (2005, mai). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 116-131.
- <sup>151</sup> Davies, R. A. and Ware E. J 1988, *Involving Consumers in Quality of Care Assessment*, Health Affairs Spring.
- <sup>152</sup> Rogers, E. (1995), *Diffusion of innovation*, Free Press, New York, 4 th edition
- <sup>153</sup> Maisonneuve, Jean, (1968 – 2004), *La dynamique des groupes*, Que sais-je? Quatorzième édition, Presse des universités de France.
- <sup>154</sup> Porter E. Michael (1985), *Competitive advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*, New york: Free Press, P.37.
- <sup>155</sup> Pomey, M-P, Contandriopoulos A-P, François P, Bertrand D., (2004), Accreditation as a tool for organisational change, accepté pour publication dans *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.17.3 2004
- <sup>156</sup> Tuckman B W. (1965) Developmental sequence in small groups. *Psychol. Bull.* 63:384-99, Naval Medical Research Institute, Bethesda, MD
- <sup>157</sup> Colienne de Walcque, Bart Seuntjens, Karel Vermeyen, Gert Peeters, Imgard Vinck, (2008), *Comparative study of hospital accreditation programs in Europe*,



---

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgian Health Care Knowledge Centre.

<sup>158</sup> Schacter Mark, "Capacity Building" : (January 2000) .A new Way of Doing Business for Development Assistance Organisations Policy Brief No. 6: Institute On Governance, Ottawa, Canada

<sup>159</sup> Morgan P. (Dec. 1997) The design and use of Capacity Development Indicators, Policy Branch Of CIDA

<sup>160</sup> Beaumont, M. (2002). Recherche sur l'efficacité du programme d'agrément du CCASS. Méthodologie et résultats. Maîtrise en administration des services de santé : Faculté de médecine, Université de Montréal.

<sup>161</sup> Champagne, F (novembre 2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude N° 39,ISBN 0-662-87980-5

<sup>162</sup> Denis, J-L, Langley, A., Pineault, M. (1996) Devenir leader dans une organisation complexe, Revue internationale de Gestion, 21(4), (15-24).