



Centre canadien de lutte  
contre les toxicomanies  
Canadian Centre  
on Substance Abuse

Collaboration. Connaissance. Changement.  
Partnership. Knowledge. Change.

[www.cclt.ca](http://www.cclt.ca) • [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)

# Manuel d'Approche systémique

## Amélioration de la qualité et Approche systémique de la toxicomanie

Mai 2013

### *À qui s'adresse le présent dossier?*

- Aux dirigeants et aux décideurs, p. ex. directeurs régionaux et gestionnaires de programmes travaillant en toxicomanie et dans d'autres domaines, comme celui de la santé mentale.
- Aux fournisseurs de services et autres intervenants travaillant dans les systèmes en toxicomanie qui utilisent ou envisagent d'utiliser des mécanismes d'amélioration de la qualité.

### *Quel est le lien entre l'amélioration de la qualité et l'Approche systémique?*

- Le présent dossier fait partie du manuel d'Approche systémique, outil pratique pour ceux qui utilisent le rapport d'Approche systémique comme guide pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la gamme des services et soutiens liés à la consommation de substances au Canada.
- L'amélioration de la qualité est une approche structurée facilitant l'atteinte du but d'Approche systémique, à savoir améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services et soutiens.
- Ce dossier vous fera découvrir comment les démarches d'amélioration de la qualité ont fait leur entrée dans les secteurs de la santé et de la consommation de substances et comment elles s'alignent avec l'Approche systémique pour renforcer les services à la clientèle, le développement organisationnel et l'efficacité des ressources.

# Manuel d'Approche systémique

## Amélioration de la qualité et Approche systémique de la toxicomanie

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Citation proposée : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Manuel d'Approche systémique : Amélioration de la qualité et Approche systémique de la toxicomanie*, Ottawa, auteur, 2013.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies  
500-75, rue Albert  
Ottawa (Ontario) K1P 5E7  
Tél. : 613-235-4048  
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à [www.cclt.ca](http://www.cclt.ca)

This document is also available in English under the title:

*Systems Approach Workbook: Quality improvement and a systems approach to substance use*

ISBN 978-1-77178-009-4



# Table des matières

Résumé .....	1
Qu'est-ce que l'amélioration de la qualité? .....	1
Pourquoi l'amélioration de la qualité est-elle importante pour le domaine de la toxicomanie? .....	1
Comment utiliser les mécanismes d'amélioration de la qualité? .....	1
Amélioration de la qualité et Approche systémique de la toxicomanie .....	2
Introduction .....	2
Amélioration de la qualité et Approche systémique .....	3
Les secteurs de la santé mentale et de l'usage de substances adhèrent au mouvement vers la qualité .....	3
Démarches .....	4
Restructuration des activités .....	4
Cheminements cliniques intégrés .....	5
Cycle PEEA (planification, exécution, étude, action) .....	6
Sécurité des patients .....	6
Six Sigma .....	6
Approche Lean .....	7
Points communs entre les démarches .....	8
Aides à l'amélioration de la qualité .....	9
Agrément .....	10
Conclusion .....	11
Bibliographie .....	13



## Résumé

### **Qu'est-ce que l'amélioration de la qualité?**

De manière générale, « amélioration de la qualité » fait référence à une série d'approches structurées visant à accroître l'efficacité et l'efficience des systèmes (et de leurs processus). Nombre de ces approches sont nées dans le secteur manufacturier, avant d'être adaptées et appliquées aux secteurs de la médecine, des services sociaux et des soins de santé.

### **Pourquoi l'amélioration de la qualité est-elle importante pour le domaine de la toxicomanie?**

Les Canadiens accordent une grande importance à des soins de santé de qualité. Les soins de santé accaparent d'ailleurs la part du lion dans les budgets des provinces et territoires, budgets qui sont de plus en plus serrés. Nous savons que le système de santé doit supporter les coûts considérables liés à la consommation de substances; ces coûts ont été estimés à 8,8 milliards de dollars par année en 2004 (Rehm et coll., 2006). Nous savons aussi que la prestation de services efficaces et factuels en toxicomanie a des effets positifs, tant au niveau personnel que communautaire, sur la santé, la société et l'économie (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008). En favorisant l'efficacité et l'efficience, l'amélioration de la qualité facilite l'investissement dans des systèmes de traitement de la toxicomanie efficaces.

Dans le contexte économique et social actuel, la responsabilisation est une priorité constante. En se servant des mécanismes d'amélioration de la qualité, tant dans les systèmes que dans les services, les dirigeants du domaine de la toxicomanie peuvent faire ressortir l'importance qu'ils accordent :

- à un service à la clientèle efficace;
- à l'utilisation efficace des ressources;
- au développement organisationnel.

### **Comment utiliser les mécanismes d'amélioration de la qualité?**

L'amélioration de la qualité vise, par le perfectionnement des processus, à créer des produits et services plus efficaces. C'est ainsi que dans le secteur manufacturier, on peut parler de modifier la chaîne de production, de façon à diminuer le nombre de produits défectueux. Du côté des soins de santé, on parle de remanier les services offerts afin de rehausser l'expérience et les résultats cliniques de la clientèle. Les mécanismes d'amélioration de la qualité décrits dans le présent dossier s'appliquent aussi aux services de traitement de la toxicomanie. Le rapport *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement* pourra encadrer ce type de changement; en effet, ses recommandations et ses concepts directeurs favorisent l'amélioration de la qualité en insistant sur les points suivants :

- l'accessibilité, peu importe le point d'entrée dans le système, à un continuum complet de services;
- le dépistage précoce, l'intervention rapide et les services communautaires ou de moindre intensité;
- la possibilité de passer efficacement d'une composante du système à l'autre;
- la coordination et la transparence, grâce à la collecte de renseignements exacts et pertinents sur la clientèle et le système.



# Amélioration de la qualité et Approche systémique de la toxicomanie

*Fondamentalement, l'amélioration de la qualité est un apprentissage par l'expérience où l'amélioration fait partie intégrante du travail et où la prise de mesures intentionnelles devrait permettre d'améliorer les soins, le tout guidé par des données qui reflètent les effets. (Lynn et coll., 2007)*

## Introduction

Les soins de santé étant le principal poste de dépenses des administrations provinciales et territoriales, il revient aux décideurs de trouver un équilibre entre une hausse des coûts et les attentes du public, qui veut un accès rapide à des soins de qualité. Dans ce contexte, on a donc davantage recours aux approches structurées d'amélioration de la qualité, souvent dans l'espoir qu'elles permettront de restreindre les coûts et de rehausser la qualité.

De manière générale, « amélioration de la qualité » fait référence à une série d'approches structurées visant à accroître l'efficacité et l'efficience des systèmes et de leurs processus. Du côté des soins de santé, Batalden et Davidoff (2007) ont proposé la définition suivante :

« ... les efforts concertés et incessants de tous – professionnels de la santé, patients et familles, chercheurs, contribuables, planificateurs et éducateurs – pour apporter des changements qui permettront d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients (santé), une meilleure performance du système (soins) et un meilleur perfectionnement de la main-d'œuvre (apprentissage). » (traduction libre)

Cette définition accentue la relation entre le système, la main-d'œuvre et la clientèle. Dans le domaine des soins de santé au Canada, les approches d'amélioration de la qualité qui gagnent en popularité sont habituellement celles qui portent sur des unités de programme et des services précis. Par ailleurs, beaucoup d'efforts ont été consacrés à l'élaboration de politiques publiques et de démarches stratégiques qui influent sur la qualité dans le système, que ce soit à l'échelle régionale, provinciale, nationale ou internationale. Les vastes cadres et plans soigneusement préparés n'ont pas toujours les effets escomptés. Ce sont plutôt les projets plus restreints et apparemment plus pratiques implantés sur le terrain qui se développent bien et réussissent. À noter toutefois qu'ils ne sont pas déployés de façon uniforme auprès de la clientèle (Perla, Bradbury et Gunther-Murphy, 2011). Des mesures doivent donc être prises à tous les niveaux et se compléter.

Intégrer une approche d'amélioration de la qualité aux programmes en toxicomanie et en santé mentale<sup>1</sup> a de nombreux avantages et implications, dont quelques-uns sont décrits dans le présent dossier. En mettant en évidence les liens entre des facteurs d'amélioration de la qualité et des concepts clés d'Approche systémique, le dossier démontre l'utilité, pour le domaine de la toxicomanie, de méthodes mises au point dans le secteur privé (tableau 1). Soulignons en outre que le dossier décrit brièvement l'origine de quelques mécanismes d'amélioration de la qualité et leur application au contexte des soins de santé.

---

<sup>1</sup> Le CCLT sait qu'il existe de nombreux niveaux de collaboration et d'intégration dans les systèmes et services liés à la consommation de substances et à la santé mentale. (Pour plus de renseignements, consulter le module [Intégrer les systèmes de toxicomanie et de santé mentale](#).) L'information fournie dans le présent dossier concerne les services et systèmes de ce continuum.



Tableau 1. Concepts directeurs d'Approche systémique et amélioration de la qualité

Concept directeur	Facteurs liés à l'amélioration de la qualité
Il n'y a pas de mauvais point d'accès	Les clients peuvent-ils facilement entrer dans le système, à partir de nombreux points d'accès?
Disponibilité et accessibilité	Un continuum exhaustif de services est-il disponible et accessible au sein du système? Par exemple, la clientèle en milieu rural peut-elle accéder aux services spécialisés offerts dans les centres urbains?
Appariement	Les personnes sont-elles orientées vers des services qui tiennent compte de leurs besoins et de leurs forces, ainsi que de leur sexe et de leurs caractéristiques culturelles?
Choix et admissibilité	Les clients peuvent-ils choisir, en toute connaissance de cause, entre les services auxquels ils sont admissibles?
Souplesse	Les clients sont-ils orientés vers d'autres parties du système quand leurs besoins changent?
Capacité de réaction	Les clients reçoivent-ils l'aide nécessaire pour passer à des services de moindre intensité ou de niveau inférieur?
Collaboration	Existe-t-il des collaborations d'ordre clinique, administratif et organisationnel pour faciliter l'orientation vers d'autres services et l'accès à des services complets et pour réduire les dédoublements et les failles dans le système?
Coordination	Le système facilite-t-il l'échange d'information pour appuyer la pratique clinique, ainsi que la planification, le suivi et l'évaluation?

## **Amélioration de la qualité et Approche systémique**

Le rapport *Approche systémique de la toxicomanie au Canada* est un cadre général visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la gamme des services et soutiens en toxicomanie au Canada. L'accent est mis sur les *systèmes*<sup>2</sup>, mais le rapport reconnaît aussi, dans ses recommandations favorables aux pratiques factuelles et aux soins centrés sur le client, le rôle que jouent la main-d'œuvre et la clientèle. L'Approche systémique présente des principes et concepts qui appuient un développement efficace des systèmes, en plus d'encourager la création de liens entre les organisations pour offrir un continuum complet de services répondant mieux aux besoins de la clientèle.

Grâce aux mécanismes d'amélioration de la qualité décrits dans le présent document, il sera plus facile d'apporter aux services et systèmes des améliorations conformes à l'Approche systémique. De même, utiliser l'Approche systémique pour améliorer les services et guider le développement des systèmes montre clairement (p. ex. lors d'un processus d'agrément) qu'une démarche systémique et factuelle est appliquée.

## **Les secteurs de la santé mentale et de l'usage de substances adhèrent au mouvement vers la qualité**

C'est dans le secteur manufacturier que de nombreuses démarches d'amélioration de la qualité sont nées. Dans les soins de santé, ce sont les procédures plus techniques et spécialisées qui, les premières, ont recouru à des mécanismes d'amélioration de la qualité (p. ex. les procédures médicales complexes et multi-étapes en place dans les hôpitaux). Dans certains secteurs de la santé

---

<sup>2</sup> Voir le glossaire du manuel d'Approche systémique pour une définition des termes en italique.



comportementale<sup>3</sup>, comme la santé mentale et la toxicomanie, la compatibilité ne semblait pas aussi évidente. Or, à mesure que les organisations se sont engagées à améliorer la qualité, les programmes de santé mentale et de toxicomanie ont aussi joint le mouvement. Les dirigeants de ces domaines savaient qu'il fallait donner du poids aux vastes stratégies visant à améliorer les services offerts. Miser sur les réussites (et où elles se produisent) a permis d'adapter les mécanismes d'amélioration de la qualité aux secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie.

## Démarches

La section qui suit décrit brièvement quelques démarches bien connues d'amélioration de la qualité qui ont guidé les changements opérés dans le secteur de la santé.

### 1. Restructuration des activités

C'est dans les années 1980, alors que les outils de technologie de l'information faisaient leur apparition, que la restructuration des activités a vu le jour. Elle fait ensuite l'objet d'un engouement croissant dans les années 1990. La restructuration des activités s'est d'abord fait connaître comme méthode permettant, par un remaniement en profondeur, de résoudre de grands problèmes systémiques et d'obtenir les résultats escomptés (Jones, 2007); l'informatique est généralement considérée comme un élément clé de la refonte d'un système. Le processus de restructuration compte cinq étapes (Davenport et Short, 1990) :

1. Définir la vision de l'entreprise et les objectifs de la restructuration (c.-à-d. fixer des buts et des objectifs agressifs)
2. Identifier les processus à restructurer (c.-à-d. identifier les processus qui sont critiques ou qui ralentissent le travail)
3. Comprendre et mesurer les processus en place (c.-à-d. définir les problèmes actuels et se fixer un point de référence)
4. Trouver des outils informatiques (c.-à-d. échanger des idées sur de nouvelles approches processus)
5. Mettre au point un prototype du processus (c.-à-d. s'occuper des aspects techniques et organisationnels)

La restructuration des activités pourrait aider à concrétiser les recommandations du rapport d'Approche systémique portant sur la capacité à recueillir et à communiquer (sous forme de rapports) de l'information sur la prestation de services. Ainsi, les autorités administratives pourraient uniformiser la saisie de données dans des systèmes centralisés et générer de l'information plus cohérente et complète. Ce faisant, il serait plus facile pour les autorités de suivre les tendances et les habitudes, et donc, de savoir où investir et quelles décisions prendre (voir p. ex. les [indicateurs nationaux de traitement](#)).

Dans les années 1990, les organismes de santé commencent à restructurer leurs activités pour faciliter l'atteinte de certains buts, comme restreindre les coûts, gagner du temps et améliorer la qualité et la qualité de la vie au travail. Depuis, la restructuration a permis d'automatiser d'innombrables processus. Parmi eux, certains étaient locaux et spécifiques, comme la gestion informatisée des documents et l'affichage des horaires des employés, alors que d'autres touchaient tout le système, comme les dossiers et cartes santé électroniques. Parfois, des processus qu'il

<sup>3</sup> Aux États-Unis, le terme « santé comportementale » fait couramment référence aux domaines où le comportement est une composante clé de l'évaluation clinique et de l'intervention. Quand on parle de consommation de substances et de santé mentale, le contexte d'utilisation et de compréhension de ce terme inclut la prévention, l'évaluation clinique, l'intervention et le suivi.



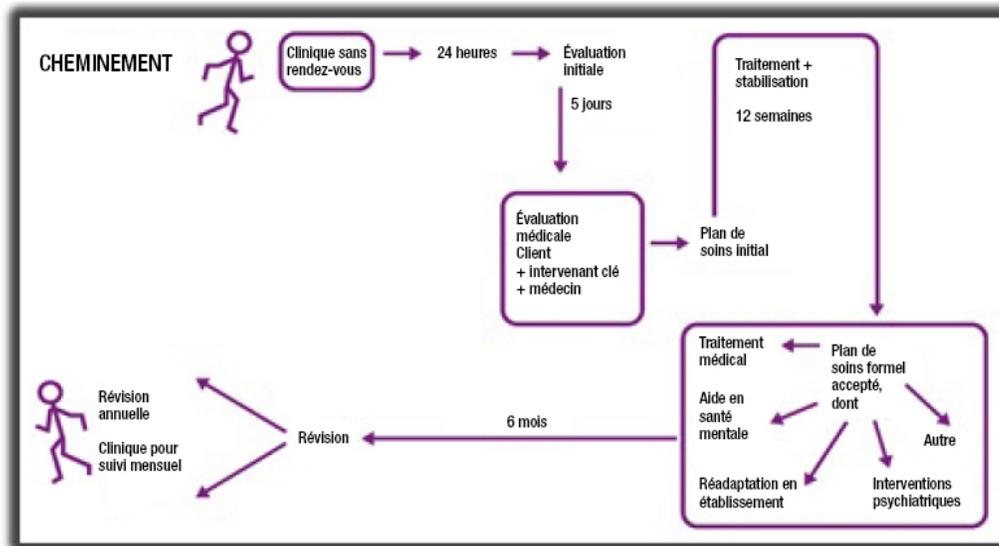
aurait fallu mettre à jour ont été automatisés tels quels, la nouvelle technologie préservant de ce fait le statu quo (p. ex. la numérisation de formulaires existants, sans en examiner le contenu ou l'efficacité). En revanche, avec d'autres processus, les avis des consommateurs et usagers ont amené une mise à jour, ce qui a grandement amélioré le fonctionnement du système pour les clients et fournisseurs (p. ex. la soumission automatisée des réclamations à l'assurance maladie). En matière de soins de santé, certains processus étant très complexes, il serait grandement bénéfique de les restructurer et de les automatiser. La plupart des organismes de santé ont encore des processus manuels qui gagneraient à être restructurés et automatisés, mais ils sont rebutés par le temps et les coûts nécessaires.

## 2. Cheminements cliniques intégrés

Les cheminements cliniques intégrés (CCI, aussi appelés cheminements critiques, cheminements cliniques, chemins cliniques ou cartes de soins<sup>4</sup>) se définissent ainsi : outil et concept qui intègrent à la pratique quotidienne des lignes directrices, des protocoles et des bonnes pratiques factuelles, centrées sur le patient et convenues localement, au bénéfice du patient... consignent les écarts par rapport au plan de traitement prévu sous forme de variances (National Health Service, 2005). Les CCI sont passés du secteur manufacturier à celui des soins de santé dans les années 1980 et 1990. Encore une fois, la nécessité de prévoir et de gérer les coûts explique en partie cette transition (DeLuc, 2000).

Les CCI s'adressent à des clientèles ayant besoin d'un service particulier et ne décrivent habituellement qu'une partie du passage de ces clientèles dans le système. Les cheminements cliniques ont un attrait pratique dans des contextes de services complexes et sont couramment utilisés en milieux de soins. Soulignons notamment que le gouvernement écossais illustre avec des diagrammes les CCI des personnes consommatrices de drogues. Voir l'exemple à la figure 1 (Effective Interventions Unit, 2002; gouvernement écossais, 2010). Il faut toutefois mentionner que les études sur l'efficacité des CCI demeurent très limitées (Noha El Baz et coll., 2007).

Figure 1. Diagramme utilisé par le gouvernement écossais pour illustrer les cheminements cliniques intégrés



Source : gouvernement écossais, 2010, p.14

<sup>4</sup> Voir le module *Manuel d'Approche systémique : Schématiser les systèmes en toxicomanie et les cheminements de la clientèle* pour un exemple d'application de ce processus aux services en toxicomanie.



### 3. Cycle PEEA (planification, exécution, étude, action)

C'est Edward Deming qui a inventé ce cycle de planification, encore une fois dans le secteur manufacturier, dans les années 1950. Ce cycle est aussi appelé « roue de Deming » (Berwick, 1996). Depuis les années 1990, il gagne en popularité dans les milieux de la santé, car il permet de concevoir, de tester et de perfectionner – rapidement et efficacement – des idées visant à améliorer la qualité. Le cycle compte quatre étapes normalisées :

1. **Planification** : Les changements à faire sont identifiés, puis l'équipe chargée des essais prépare des plans d'exécution et choisit les méthodes de mesure à utiliser.
2. **Exécution** : Le plan est exécuté, et les divergences (aussi appelées défauts) sont consignées.
3. **Étude** : Une analyse des changements permet de déterminer ce qui a bien ou mal fonctionné et de voir quels éléments auraient pu améliorer les résultats.
4. **Action** : Les leçons tirées sont assimilées, puis on décide si un autre cycle d'amélioration sera effectué.

Le cycle PEEA prône des buts clairs et mesurables et l'établissement de délais pour les atteindre (Berwick, 1996) et s'intègre, sous une forme ou une autre, à la plupart des démarches d'amélioration de la qualité. On s'en sert couramment pour surmonter les difficultés liées à la qualité des services à l'échelle locale et dans le cadre de vastes stratégies d'amélioration de la qualité.

### 4. Sécurité des patients<sup>5</sup>

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et ses organismes partenaires ont préparé une série de bonnes pratiques et de mécanismes visant à améliorer la sécurité et la qualité des services, principalement en milieu hospitalier. Le programme *Soins de santé plus sécuritaires maintenant* aborde des catégories comme le contrôle des infections, le bilan comparatif des médicaments, la prévention des chutes et les chirurgies sécuritaires. Agrément Canada a intégré les pratiques organisationnelles requises de l'ICSP à ses normes d'agrément applicables à ces catégories de services (Institut canadien pour la sécurité des patients, 2013).

### 5. Six Sigma

Dans les années 1980, Motorola met au point la méthode Six Sigma d'amélioration de la qualité (Chassin, 1998). Sigma ( $\sigma$ ) est une lettre de l'alphabet grec utilisée pour désigner l'écart type, concept statistique qui mesure la dispersion de variables par rapport à leur moyenne. Le but de la méthode Six Sigma est un processus pratiquement exempt de défauts<sup>6</sup>. Il est possible d'éliminer les erreurs et d'améliorer la qualité au moyen d'une série d'opérations :

1. **Définir** : Une charte de projet est créée pour identifier les besoins, l'envergure du projet, les buts, les indicateurs de succès, les membres de l'équipe et les échéances.
2. **Mesurer** : Un plan de collecte de données dans plusieurs sources est préparé, et des méthodes de suivi et d'étude des caractéristiques sont retenues.

---

<sup>5</sup> En 2004, l'Institute for Healthcare Improvement des États-Unis a lancé la Campagne 100 000 vies (100,000 Lives Campaign), qui a mené à la réalisation d'initiatives pour la sécurité des patients dans des milliers de milieux de soins aux États-Unis et d'autres pays, dont le Canada (Institute for Healthcare Improvement, 2012).

<sup>6</sup> L'expression « pratiquement exempt de défauts » signifie moins de 3,4 défauts par million d'unités (ou d'occasions). Cette limite inclut tous les éléments d'un processus s'éloignant au maximum de 6 déviations de la moyenne (Chassin, 1998, p. 567).



3. **Analyser** : Après l'examen des données, il est possible de voir les écarts par rapport aux normes et de découvrir les raisons pouvant expliquer cette variation, puis de les tester.
4. **Améliorer** : Des solutions sont trouvées, et des plans pour les appliquer sont élaborés.
5. **Contrôler** : La mise en œuvre de politiques, de lignes directrices et de stratégies de réduction des erreurs permet d'empêcher un retour aux anciennes façons de faire. Des mécanismes de contrôle de la qualité des nouveaux processus sont mis au point.

La méthode Six Sigma convient particulièrement aux milieux de soins où une définition et un suivi précis des erreurs et des taux d'erreur est possible (p. ex. les protocoles d'administration des médicaments ou de prévention des infections). Plusieurs sociétés d'experts-conseils ont aidé des organismes de santé partout en Amérique du Nord à employer la méthode Six Sigma, habituellement en conjonction avec l'approche Lean décrite dans la section ci-dessous (Chassin et Loeb, 2011).

## 6. Approche Lean

L'approche Lean s'inspire des travaux d'Edward Deming faits avec des constructeurs automobiles japonais dans les années 1950, du système de production de Toyota qui découle des travaux de Deming (Ohno, 1998) et du travail de Thomas Womack aux États-Unis dans les années 1990 (Womack et Jones, 1996). Dans les 15 dernières années, de grandes entreprises, comme le Groupe Boeing, et d'autres secteurs, dont les soins de santé, ont adopté les techniques Lean. Comme d'autres démarches d'amélioration de la qualité, des cycles d'amélioration structurée sont au cœur de l'approche Lean. L'accent est mis sur une réorientation de la culture d'entreprise vers une réflexion « Lean » (ou « sans gaspillage »), où les employés se préoccupent des besoins des consommateurs ou des clients, assurent un suivi continu et apportent sans cesse des améliorations.

Une activité **kaizen** prend la forme d'un atelier structuré où les participants connaissent bien un contexte particulier. Ils cartographient les processus, réfléchissent à la valeur ajoutée et identifient les secteurs où il y a du gaspillage<sup>7</sup>, puis ils décident des changements à apporter. Ce processus, appelé « cartographie de la chaîne de valeur », est décrit dans la boîte ci-dessous. Dans les organisations Lean, on utilise régulièrement des activités **kaizen** et d'autres outils Lean<sup>8</sup> pour atteindre des objectifs de qualité axés sur la clientèle.

---

<sup>7</sup> Parmi les catégories de gaspillage, citons la surproduction, la sous-production, les stocks inutiles, les modifications à répétition, les mouvements inutiles, les temps d'attente excessifs, le traitement inutile ainsi que le transport ou la manutention excessif (Varkey, Reller et Resar, 2007).

<sup>8</sup> La stratégie 5S est l'un de ces outils de réduction du gaspillage et signifie « sélectionner » (ne garder sur les lieux de travail que les objets indispensables), « scintiller » (nettoyer les lieux et voir si les objets sont usés), « situer » (ranger les objets à l'endroit le plus efficace), « standardiser » (normaliser les processus d'acheminement du travail) et « suivre » (maintenir les acquis des étapes précédentes) (Varkey, Reller et Resar, 2007).



### Cartographie de la chaîne de valeur

1. **Valeur** : La valeur d'un produit ou d'un service est définie du point de vue du client ou du consommateur.
2. **Chaîne de valeur** : Voir quelles étapes d'un processus sont créatrices de valeur et supprimer les autres.
3. **Livraison** : Assurer une livraison en douceur du produit ou du service vers le consommateur grâce à une suite compacte d'étapes créatrices de valeur.
4. **Traction** : Le consommateur bénéficie de la valeur de l'activité en amont, selon le temps et le besoin.
5. **Répétition** : Répéter le processus, jusqu'à l'obtention d'une qualité acceptable.

Par ailleurs, la démarche Lean d'amélioration de la qualité met maintenant l'accent sur le processus **hoshin kanri** (Huchins, 2008). Tandis que les activités Lean se pratiquent surtout sur le terrain, le **hoshin kanri**, lui, aide à définir la vision stratégique globale d'une organisation en utilisant une version modifiée du cycle PEEA à l'échelle organisationnelle (Deno, 2012).

Établi à l'Université du Wisconsin, le [National Institute of Addiction Treatment](#) (NIATx) a été le premier à appliquer la méthodologie Lean aux systèmes de traitement de la toxicomanie. Depuis, l'institut s'en sert aussi dans certains secteurs de la santé comportementale aux États-Unis. Santé Saskatchewan et les autorités régionales de santé de la Saskatchewan tentent, pour la première fois en Amérique du Nord, d'appliquer les méthodes Lean à l'ensemble du système de santé d'une province (ou d'un État) (Santé Saskatchewan, 2012). Voir l'étude de cas qui suit pour découvrir comment la région sanitaire de Five Hills en Saskatchewan s'y est prise pour intégrer le processus Lean à ses programmes de santé mentale et de toxicomanie.

### **Points communs entre les démarches**

Les différentes démarches d'amélioration de la qualité ont des buts et des méthodes assez similaires. Plusieurs concepts ressemblent à ceux d'autres domaines ou semblent aller de soi. Avec la plupart des démarches, il est important, quand on parle de fixer des buts, de modifier les processus, de mesurer les résultats et de miser sur les améliorations, de se mettre à la place du client ou du consommateur. Il est de plus en plus courant d'utiliser les concepts et mécanismes d'amélioration de la qualité dans les soins de santé, d'où l'importance de les adapter pour répondre aux besoins individuels des clients des secteurs de la toxicomanie, de la santé mentale et autres sphères de la santé (Harrigan, 2000). La majorité des professionnels de la santé au Canada connaissent au moins un peu les démarches d'amélioration de la qualité décrites dans le présent dossier.



### Étude de cas : Utilisation de la méthode Lean

En 2007-2008, la région sanitaire de Five Hills (RSFH), régie régionale de la santé en Saskatchewan qui dessert 55 000 personnes, envisage de recourir à la méthode Lean. Ses programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, fusionnés dans la même structure administrative quelques années auparavant, sont parmi les premiers dans la région à étudier la méthode Lean.

La RSFH arrivait à voir annuellement 1 700 clients souffrant de toxicomanie et de troubles mentaux, avec environ 80 personnes sur la liste d'attente, soit près de cinq p. cent du nombre total annuel de cas dans la région. À l'aide d'exercices de type Lean, de nombreux changements ont pu être apportés dans le système de services.

**Cheminement clinique :** Lors de l'admission, un processus normalisé sert à évaluer le cas des clients à qui l'on donne, lors de ce premier contact ou appel, un rendez-vous de suivi. L'évaluation à l'admission permet de voir quel service entrera en jeu et d'assigner au client l'un des quatre niveaux de gravité (ces niveaux s'accompagnent de normes sur la rapidité d'intervention). La personne que verra ensuite le client aura pris connaissance de nombreux renseignements en format électronique recueillis lors de l'évaluation initiale, ce qui veut dire que le client ne fournit de l'information qu'une seule fois. Petit à petit, les conseillers et les thérapeutes ont intégré de bonnes pratiques à leurs outils cliniques. Grâce à un meilleur appariement et à des approches plus efficaces, on a pu diminuer le nombre moyen de séances de soins individuelles requises. Les clients sont orientés vers des séances de groupe ou d'autres services, ou alors reçoivent leur congé plus rapidement. Le nombre de clients ne se présentant pas à un rendez-vous est en baisse, et la liste d'attente, surveillée chaque semaine, compte habituellement entre 0 et 10 noms.

**Intégration :** Pour les dirigeants de la RSFH, en donnant la priorité à l'amélioration de la qualité, on a consolidé les relations de travail et développé la coordination et les échanges entre les disciplines et les programmes. Les limites professionnelles se sont estompées dans certaines parties du système, des employés ayant acquis des compétences applicables auprès d'une plus vaste clientèle.

**Agrément :** Le processus d'amélioration de la qualité et sa documentation concerne tout le monde. Deux cycles d'agrément ont été faits depuis cinq ans et, dans ses rapports d'inspection, Agrément Canada a fait des commentaires positifs sur le leadership et a constaté qu'il semblait y avoir en place une démarche efficace d'amélioration de la qualité. Des activités inspirées de l'approche Lean abordent souvent une ou plusieurs des normes, ce qui simplifie de beaucoup le processus d'agrément.

Un gestionnaire de la RSFH a décrit ainsi ce mode de travail : « Au départ, certains employés avaient l'impression que l'approche Lean remettait en question leur autonomie professionnelle. Mais nous avons continué à aborder les problèmes selon le point de vue de nos clients et à faire des améliorations, et une attitude plus souple et exploratoire a commencé à s'imposer en nous. Il nous est maintenant facile d'évaluer et de quantifier les problèmes, de tester des solutions et de mesurer leur efficacité. La plupart d'entre nous considèrent maintenant l'amélioration continue comme une partie intégrante de notre culture organisationnelle. »

## Aides à l'amélioration de la qualité

**Politiques et stratégies.** Il existe une foule d'excellents documents sur l'amélioration de la qualité à l'échelle internationale, nationale, provinciale et régionale, et nombre d'entre eux soulignent l'importance de mettre le client, et non le prestataire, au centre des préoccupations. L'Approche systémique est un bon exemple de cadre pour le changement des systèmes visant à améliorer les expériences de la clientèle et ses résultats cliniques. Des documents de ce genre sont des cadres de



références et renforcent la volonté à accroître la qualité, et ce, à tous les niveaux de nos systèmes. Parmi les organisations actives dans ce domaine, citons l'Organisation mondiale de la Santé, la Commission de la santé mentale du Canada, le Sénat canadien et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). **Centres d'expertise.** Des établissements d'enseignement, des organisations non gouvernementales, des ministères et des associations professionnelles travaillent, souvent de concert, à créer et à déployer des stratégies d'amélioration de la qualité, en plus de produire de nombreux outils d'apprentissage. Les organismes engagés dans une démarche d'amélioration de la qualité ont ainsi accès à une foule de ressources. Voir l'encadré à droite pour quelques sites Internet utiles qui facilitent l'amélioration de la qualité dans les systèmes canadiens de santé.

**Réseaux de connaissances.** L'échange d'information en vue d'améliorer la qualité des systèmes de services et de soutiens est une composante essentielle de nombreux réseaux et communautés de praticiens. Ces modes moins formels de promouvoir les bonnes pratiques et d'appuyer le changement au-delà des frontières traditionnelles administratives ou sectorielles gagnent du terrain dans le domaine de la santé. En voici quelques exemples orientés vers la consommation de substances : le réseau *SystemAction* du CCLT, le Réseau d'échange des données probantes (EENet) en Ontario, le Substance Use Network en Colombie-Britannique et Connections Canada à l'Université McMaster.

**Ressources sur l'amélioration de la qualité s'adressant aux prestataires de soins au Canada**

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies : [Manuel d'Approche systémique](#)

Santé publique Ontario : [Planificateur en ligne de programme de santé](#)

[Saskatchewan Health Quality Council](#)

Qualité des services de santé Ontario : [Outils et ressources pour équipes d'AQ](#)

**Critères de financement.** Il est de plus en plus fréquent pour les organismes de financement, dont les Instituts de recherche en santé du Canada, Santé Canada et la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé, d'inclure à leurs critères de sélection et d'évaluation leur volonté d'appuyer des approches axées sur les données probantes.

## **Agrément**

Depuis les 40 dernières années, les organismes de santé dans les pays développés accordent de plus en plus d'importance aux processus formels d'agrément. Dès le départ, les organismes d'agrément ont mis l'accent sur l'amélioration de la qualité et des résultats cliniques. Aujourd'hui, 70 pays se sont dotés de processus d'agrément dans le domaine de la santé (Nicklin, 2011), et la International Society for Quality in Health Care, organisme à but non lucratif, a été créée dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des patients dans le monde entier. Agrément Canada (autrefois le Conseil canadien d'agrément des services de santé) est le principal organisme d'agrément des systèmes de santé au Canada (Agrément Canada, 2010).

Agrément Canada établit ses normes avec l'aide d'organismes membres et d'autres experts. On recense les pratiques organisationnelles requises propres aux activités spécialisées, puis on évalue les organismes en fonction de ces pratiques lors de visites sur place. Faites habituellement aux trois ans, ces évaluations sont réalisées par des pairs visiteurs d'autres secteurs de compétences qui connaissent bien le processus d'agrément.

Les services de santé mentale et, plus particulièrement, de toxicomanie se sont engagés dans le processus d'agrément après les autres services de santé en établissement. Dans les systèmes de services en santé comportementale, instituer des mécanismes valides de mesure et d'évaluation est plus difficile, car les intrants et les extrants y sont moins concrets. La tendance se poursuit



néanmoins : d'autres programmes sur la consommation et la santé mentale s'ajoutent au processus d'agrément, et les perfectionnements appropriés ont été apportés.

Du côté de la santé mentale, Agrément Canada dispose maintenant de trois séries de normes, soit services de santé mentale, services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients, ainsi que personnes ayant une maladie mentale. Il y a quelques années, ont aussi été instaurées des normes distinctes pour les services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu. De plus, le programme d'Agrément Canada pour les services de santé des Autochtones comprend des normes pour les services de toxicomanie et les services de santé communautaire (Agrément Canada, 2013).

Voici quelques organismes d'agrément de moindre envergure dans le système de santé canadien dont relèvent les programmes en santé comportementale, y compris les programmes de traitement de la toxicomanie :

- Le Canadian Accreditation Council (CAC), qui compte de nombreux membres en Alberta (Canadian Accreditation Council, 2013);
- La Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF), qui compte un petit nombre d'organismes en toxicomanie agréés en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Ontario (CARF, 2013);
- Le Conseil québécois d'agrément (CQA), organisme responsable, en vertu de son mandat législatif, d'agréer ou de certifier les agences qui offrent des services de traitement de la consommation en établissement (Conseil québécois d'agrément, 2013);
- Le Council on Accreditation (COA), organisme étasunien ayant quelques membres au Canada (Council on Accreditation, 2013);
- Le Centre canadien de l'agrément, organisme récemment créé et établi en Ontario ayant quelques membres dans d'autres provinces (Centre canadien de l'agrément, 2013).

Processus volontaire d'autoévaluation et d'examen par les pairs, l'agrément est un concept prisé qui gagne du terrain. Plus on acquerra d'expérience avec l'agrément, plus le processus devrait influencer sur l'amélioration de la qualité des programmes de santé mentale et de toxicomanie.

## Conclusion

De multiples comptes rendus décrivent l'utilisation de mécanismes propres à l'amélioration de la qualité. Certains rapportent des résultats positifs et prometteurs, mais il faut souligner que la recherche sur les résultats obtenus par les initiatives d'amélioration de la qualité n'en est encore qu'à ses débuts (Jooseten, Bongers et Janssen, 2009; Greenfield, Pawsey, Naylor et Braithwaite, 2009; Nicklin, 2011; Sullivan et coll., 2011). Cela dit, il reste qu'on s'entend largement sur le fait que, dans les organismes de santé, les initiatives d'amélioration de la qualité et de la sécurité permettent vraiment de rehausser le service à la clientèle et procurent d'autres avantages, comme une meilleure communication, une plus grande confiance de la clientèle, une cohérence accrue et une volonté résolue des bailleurs de fonds. Comme pour toute démarche de changement, l'amélioration de la qualité n'est pas un événement isolé, mais bien une résolution de procéder à une évaluation et à une révision continues en réponse à des contextes changeants (Harrigan, 2000).

Dérivés du secteur manufacturier, les mécanismes d'amélioration de la qualité ne peuvent s'appliquer à tous les services que dispensent les systèmes de santé comportementale. Il s'agit néanmoins d'outils puissants pour améliorer des processus clés, comme la gestion des listes d'attente, l'échange d'information et les processus d'orientation.



En se servant des mécanismes d'amélioration de la qualité tant dans les systèmes que dans les services, les dirigeants des domaines de la santé mentale et de la toxicomanie peuvent faire ressortir l'importance qu'ils accordent :

- à un service à la clientèle efficace;
- au développement organisationnel;
- à la responsabilisation;
- à l'utilisation efficace des ressources.

À leur tour, les recommandations et les concepts directeurs présentés dans le rapport d'Approche systémique favorisent l'amélioration de la qualité en insistant sur les points suivants :

- l'accessibilité à un continuum complet de services;
- les services en amont, communautaires et moins intensifs;
- la possibilité de passer efficacement d'une composante du système à l'autre;
- la coordination et la transparence, par des renseignements exacts et pertinents sur la clientèle et le système.



## Bibliographie

- Agrément Canada. *Organismes de santé agréés*, 2010. Consulté au <http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/National%20Accredited%20Organizations.pdf>.
- Agrément Canada, 2013. Consulté au <http://www.accreditation.ca/Shop-for-Standards>.
- Bataldan, P.B. et F. Davidoff. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality & Safety*, vol. 16(2–3), 2007.
- Berwick, D. A primer on leading the improvement of systems, *British Medical Journal*, vol. 312, 1996, p. 619. Consulté au <http://www.bmj.com/content/312/7031/619.full>.
- Canadian Accreditation Council, 2013. Site Internet : <http://www.cacohs.com>.
- Centre canadien de l'agrément, 2013. Site Internet : <http://www.centrecanadiendelagrément.ca/accueil>.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Manuel d'Approche systémique : Intégrer les systèmes de toxicomanie et de santé mentale*, Ottawa, auteur, 2013. Consulté au <http://www.nts-snt.ca/2013%20Document%20Library/nts-systems-approach-integrating-substance-use-and-mental-health-systems-fr.pdf>.
- Chassin, M.R. Is health care ready for Six Sigma quality? *Milbank Quarterly*, vol. 76(4), 1998, p. 565–591.
- Chassin, M.R. et J.M. Loeb. The ongoing quality improvement journey: Next stop, high reliability, *Health Affairs*, vol. 30, 2011, p. 4559–4568.
- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities Canada, 2013. Site Internet : <http://www.carf.org>.
- Conseil québécois d'agrément, 2013. Site Internet : [www.agrement-quebecois.ca](http://www.agrement-quebecois.ca).
- Council on Accreditation, 2013. Site Internet : <http://www.coacanadastandards.org>.
- Davenport, T.H. et J.E. Short. The new industrial engineering: Information technology and business process redesign, *Sloan Management Review*, vol. 31(4), 1990, p. 11–27.
- De Luc, K. Care pathways: An evaluation of their effectiveness, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, 2000, p. 485–496. doi : 10.1046/j.1365-2648.2000.01500.x.
- Deno, F. *Create a high performance culture with hoshin kanri*, 2012. Consulté au <http://www.realinnovation.com/content/c080623a.asp>.
- Drucker, P. *The essential Drucker: The best of sixty years of Peter Drucker's essential writings on management*, New York, Harper Collins, 2001.
- Effective Interventions Unit. *Integrated care for drug users integration: Principles and practice*, Édimbourg, Scottish Executive, 2002. Consulté au <http://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/icdu/icdu.pdf>.
- Greenfield, D., M. Pawsey, J. Naylor et J. Braithwaite. Are accreditation surveys reliable? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 22, 2009, p. 105–116.



- Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement. *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa, Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008. Consulté au [http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/TWS\\_Treatment/nts-report-fra.pdf](http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/TWS_Treatment/nts-report-fra.pdf).
- Harrigan, M.L. *En quête de qualité dans les soins de santé canadiens : amélioration continue de la qualité*, Ottawa, Santé Canada, 2000. Consulté au <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/qual/2000-qual/index-fra.php>.
- Huchins, D. *Hoshin kanri: The strategic approach to continuous improvement*, Burlington (VT), Gower, 2008.
- Institut canadien pour la sécurité des patients, 2013. Page Web *Les chirurgies sécuritaires sauvent des vies*, <http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/safesurgery/pages/default.aspx>.
- Institute for Healthcare Improvement, 2013. Site Internet : <http://www.ihl.org>.
- International Society for Quality in Health Care, 2013. Site Internet : <http://www.isqua.org>.
- Jones, M. Reengineering. Dans *International encyclopedia of organization studies*, Thousand Oaks (CA), SAGE, 2007, p. 1363–1365. Consulté au <http://sage-ereference.com/view/organization/n465.xml>.
- Joosten, T., I. Bongers et R. Janssen. Application of lean thinking to health care: Issues and observations, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21(5), 2009.
- Lynn, J., M. Baily, M. Bottrell, B. Jennings, J. Robert, R.J. Levine, ... et B. James. The ethics of using quality improvement methods in health care, *Annals of Internal Medicine*, vol. 146(9), 2007, p. 666–673.
- National Health Service. *About clinical pathways*, 2005. Consulté au <http://web.archive.org/web/20071019154713/http://www.library.nhs.uk/pathways/page.aspx?pagename=ICPS#what>.
- National Institute of Addiction Treatment, 2013. Site Internet : <http://www.niatx.net/Home/Home.aspx?CategorySelected=HOME>.
- Nicklin, W. *L'utilité et les répercussions de l'agrément dans le milieu des soins de santé : analyse documentaire*, Agrément Canada, 2011. Consulté au <http://www.accreditation.ca/fr/content.aspx?pageid=87&langType=3084>.
- Noha El Baz, N., B. Middel, J.P. van Dijk, A. Oosterhof, P.W. Boonstra et S.A. Reijneveld. Are the outcomes of clinical pathways evidence-based? A critical appraisal of clinical pathway evaluation research, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 13(6), 2007, p. 920–929.
- Ohno, T. *Toyota Production System: Beyond large scale production*, Portland (OR), Productivity Press, 1998.
- Perla, R., E. Bradbury et C. Gunther-Murphy. Large-scale improvement initiatives in healthcare: A scan of the literature, *Journal for Healthcare Quality* [édition électronique avant impression], 2011. doi : 10.1111/j.1945-1474.2011.00164.x.
- Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra et coll. *Les coûts de l'abus de substances au Canada : Points saillants*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2006. Consulté au <http://www.cclt.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011333-2006.pdf>.



Saskatchewan Health. *Five year and 2012–13 strategic priorities for the healthcare system*, 2012. Consulté au <http://www.finance.gov.sk.ca/PlanningAndReporting/2012-13/HealthPlan1213.pdf>.

Scottish Government. *A wait off our shoulders: A guide to improving access to recovery focused drug and alcohol treatment services in Scotland*, Édimbourg, auteur, 2010. Consulté au <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/313876/0099592.pdf>.

Sullivan, T., F.D. Ashbury, J. Pun, B. Pitt, N. Stipich et J. Neeson. Responsibility for Canada's healthcare quality agenda: Interviews with Canadian health leaders, *Healthcare Papers*, vol. 11(3), 2011, p. 10–21.

Varkey, P., M.K. Reller et R. Resar. Basics of quality improvement in health care, *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 82(6), 2007, p. 735–739.

Womack, J.P. et D.T. Jones. *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*, New York, Simon & Schuster, 1996.